UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Psicopatología y género: determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sandra Toribio Caballero

Directores

Violeta Cardenal Hernáez
Alejandro Ávila Espada
María Mercedes Ovejero Bruna

Madrid

© Sandra Toribio Caballero, 2021

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Psicopatología y género: Determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Sandra Toribio Caballero

DIRECCIÓN

Violeta Cardenal Hernáez
Alejandro Ávila Espada
María Mercedes Ovejero Bruna

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Psicopatología y género: Determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Sandra Toribio Caballero

DIRECCIÓN

Violeta Cardenal Hernáez
Alejandro Ávila Espada
María Mercedes Ovejero Bruna

Madrid, 2021

… las personas que me rodeaban consideraban
que estaba “loca”, de modo que era como si lo estuviera. (…)
¿Cómo decidir qué es locura, qué es cordura, qué es el estrés,
la ira, el enfado o la confusión? (…)
A mí me condenaron, pero nunca me convencieron.
Kate Millet, *“Viaje al manicomio”*

El feminismo es una forma de vivir individualmente
y de luchar colectivamente.
Simone de Beauvoir, *“El segundo sexo”*

Agradecimientos

Estar escribiendo estas líneas significa haber podido completar la tarea que empecé hace ya ocho años. Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer su apoyo en este tiempo.

En primer lugar, a mis directoras y director de tesis. A la Dra. Violeta Cardenal Hernáez, por su entusiasmo, acompañamiento y conocimiento, esenciales desde el primer momento. Al Dr. Alejandro Ávila Espada, al que estaré siempre agradecida por su generosidad, sabiduría y buen hacer, no sólo en la elaboración de esta tesis, si no en todos los demás proyectos compartidos -especialmente Ágora Relacional y sus maravillosas ramificaciones -, que marcan y guían mi vida. A la Dra. María Mercedes Ovejero Bruna, sin quien esta tesis simplemente no hubiera sido posible, por su inmenso conocimiento puesto siempre a disposición de la investigación, y por hacer que no me desconectara de la labor que teníamos entre manos.

A todas/os las/los colegas y amigos/as psicoterapeutas que me ayudaron en la ardua recogida de muestra:

- *Equipo/familia de Ágora Relacional: Alejandro Ávila, Manuel Aburto, Rosa Domínguez, Ignacio Blasco, Carolina Fontela y Carlos Rodríguez Sutil.*
- *Charo Castaño, por su inmensa ayuda para que pudiera recoger cuestionarios de mujeres a través del Instituto Palacios.*
- *Ipsa Levante: Silvia Jiménez y Raimundo Guerra.*
- *Centro de Psicoterapia Vínculo: María Contreras.*
- *Beatriz Valbuena, por su inmensa ayuda para que pudiera recoger cuestionarios de mujeres a través de SECOE.*
- *Catalina Munar, Marina Bueno, Yolanda Bernáez, Andrea Iturriaga, Jorge Gómez, Claudia Llaudaró, Laura Tormo, Celia Arroyo, Monsterrat Gómez, Leyre Manni, Inés Trigo, Isabel Nieto, Aleksandra Misiolek, Carlos Baselga, Miriam Alonso, Mónica Calzada y Rocío Vergillo.*
- *Maite Climent y Pablo Nieva, quienes además de ayudarme con la recogida de muestra, han resultado imprescindibles en la parte final de la tesis.*

- *Mario Nervi, quien además de recoger numerosísimos cuestionarios, ha sido esencial para poder pensar y elaborar todo el aprendizaje de estos años, y por el 'holding' en momentos de crisis.*
- *María de la Calle y Berta Ponce, amigas y compañeras de despacho, no sólo participar en la recogida de muestra, si no por aligerar la intensidad de lo que conlleva el trabajo psicoterapéutico en el día a día.*

A todas las personas con las que he tenido la suerte de trabajar en la consulta todos estos años, mayoritariamente mujeres, con las que he podido aprender y compartir lo difícil y complejo que es vivir. A las 368 mujeres que completaron los cuestionarios de la investigación, por confiar en que esta tesis pudiera contribuir a que tengamos una mejor salud.

A mis amigas: Isabel Luján (por "llevarme en la cabeza) y a Yolanda López y a Julia Bayona (porque 33 años no son nada).

A la Dra. Nora Levinton, por recibirme, acompañarme y apoyarme en el lujo que está siendo el tiempo compartido.

A mi madre, Ángela Caballero Huertas, y a mi padre, Miguel Ángel Toribio Hernández, por apoyarme siempre, en todo; por confiar, creer y transmitirme que podría hacer lo que quisiera (aunque fuera trabajando mucho). A mis abuelos (José y Eladio) y abuelas (Mercedes y Desi), por criar y educar a una hija y a un hijo feministas, aún sin saberlo.

A Tomás Ocaña Urwitz, por enseñarme que el amor no se crea ni se destruye, solo se transforma, y por estar dispuesto a renunciar a privilegios.

Y al bebé que viene en camino, esperando que conozca un mundo más justo e igualitario.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos ..... **I**

ÍNDICE DE CONTENIDOS ..... **III**

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS ..... **VIII**

Resumen extendido **1**

Extended abstract **4**

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN **11**

1.1 Justificación de la investigación 11

1.2 Presentación general del trabajo 17

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES SOBRE EL SEXO Y EL GÉNERO **21**

2.1 Definiciones generales 21

2.2 Términos que se confunden también en la literatura científica 24

2.3 El sistema sexo/género. El género como constructo 26

2.4 Género: Un concepto en constante evolución 28

CAPÍTULO 3: DIFICULTADES METODOLÓGICAS EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LAS MUJERES **35**

3.1 Definición de salud 35

3.2 Morbilidad diferencial 36

3.3 Sesgos en la investigación científica de la salud de las mujeres 44

3.3.1 La infrarrepresentación de las mujeres en investigación 44

3.3.2 Falta de datos desagregados por sexo 45

3.3.3 Androcentrismo 46

3.3.4 El Síndrome Yentl 48

3.3.5 Considerar la ciencia como neutral y objetiva 49

3.3.6 El exceso o déficit de lo femenino como causa de psicopatología: "la feminización de la locura" 51

CAPÍTULO 4: PSICOPATOLOGÍA DIFERENCIAL 58

4.1 Modelos psicológicos de personalidad 58

4.2 Prevalencia de los trastornos psicológicos por sexo 62

4.2.1 Trastornos psicológicos con prevalencia parecida 63

4.2.1.1 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 63

4.2.1.2 Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados 63

4.2.2 Trastornos psicológicos con mayor prevalencia en hombres 64

4.2.2.1 Algunos trastornos de personalidad 64

4.2.2.2 Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta 65

4.2.2.3 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos 65

4.2.2.4 Suicidio 66

4.2.3 Trastornos psicológicos con mayor prevalencia en mujeres 67

4.2.3.1 Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos 67

4.2.3.2 Trastornos depresivos 68

4.2.3.3 Trastornos de ansiedad 71

4.2.3.4 Trastornos de la personalidad 72

4.2.3.5 Trastorno bipolar y trastornos relacionados 73

4.2.3.6 Trastorno de estrés post-traumático 74

4.2.3.7 Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados 76

4.2.3.8 Otras sintomatologías no recogidas en los manuales diagnósticos 77

4.3 Internalización versus externalización 80

CAPÍTULO 5: LOS MALESTARES DE LAS MUJERES. 89

5.1 Socialización de género 93

5.2 Identidades, roles y estereotipos de género 97

5.3 Violencia machista 101

5.4 Los mitos del amor romántico 110

5.5 Problemática en torno al cuerpo 116

5.6 Ámbito laboral 121

5.7 Interseccionalidad 123

CAPÍTULO 6: EL MODELO BIOPSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA Y EL GÉNERO 129

6.1 Antecedentes históricos 129

6.2 El modelo biopsicosocial y su relación con la psicopatología y el género 134

CAPÍTULO 7: ESTUDIO EMPÍRICO 144

7.1 Objetivos de la investigación 144

7.1.1 Objetivo general 144

7.1.2 Objetivos específicos 144

7.2 Método 145

7.2.1 Participantes 145

7.2.2 Instrumentos de evaluación 147

7.2.2.1 Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia 147

7.2.2.2 Screening del/de la terapeuta 148

7.2.2.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (Personality Assessment Inventory, Morey, 2007), versión abreviada 149

7.2.2.4 Test de actitudes hacia la comida EAT (Eating Attitudes Test, EAT-26, Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1979, 1982) 150

7.2.2.5 Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (Conformity to Femenine Norms Inventory CFNI, Mahalik et al., 2005) 151

7.2.2.6 Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Conformity to Masculine Norms Inventory CMNI, Mahalik et al., 2003) 152

7.2.3 Procedimiento 154

7.2.4 Diseño 155

7.2.5 Análisis de datos 156

7.2.6 Resultados 158

7.2.6.1 Perfil sociodemográfico de las participantes 158

7.2.6.2 Perfil clínico de las participantes del grupo clínico 160

7.2.6.3 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio 163

7.2.6.4 Estudio clasificador: Análisis Random Forest 166

CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 172

8.1 Discusión 172

8.1.1 Objetivo específico 1. Determinar la importancia de las variables de psicopatología a la hora de clasificar a las mujeres dentro de dos grupos mutuamente excluyentes: grupo clínico versus grupo no clínico 175

8.1.2 Objetivo específico 2. Estudiar la importancia dentro del modelo clasificador de las variables asociadas a los roles de género 178

8.1.3 Objetivo específico 3. Estudiar la calidad clasificatoria del algoritmo en términos de Prevalencia, Sensibilidad, Especificidad, Precisión en el diagnóstico, Odds ratio diagnóstica, Índice de Youden, Valor predictivo positivo, y Valor predictivo negativo 180

8.2 Conclusiones 181

8.2.1 Implicaciones 182

8.2.2 Los roles de género constriñen y son perjudiciales para la salud 182

8.2.3 La necesidad de definir bien el constructo 186

CAPÍTULO 9: LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS 190

9.1 Limitaciones 190

9.1.1 Limitaciones de los instrumentos de evaluación 192

9.2 Perspectivas futuras 193

9.3 Reflexiones finales 208

REFERENCIAS **213**

ANEXO I: LISTADO DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS **252**

ANEXO II: CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DE PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO **252**

ANEXO III: CORRELOGRAMAS ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS **25668**

ANEXO IV: MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA **272**

ANEXO V: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN **283**

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla	Título	Capítulo	Pág.
1	Prevalencia de trastornos en salud mental por sexo	1	16
2	Resumen de las definiciones de sexo y género	2	22
3	Morbilidad diferencial en hombres y mujeres	3	43
4	Prevalencia de trastornos mentales por sexo (según nomenclatura DSM-5)	4	77
5	Ejemplos de determinantes y de conductas en la esfera de la salud en función del género, y su influencia en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	5	91
6	Resultado encuesta *¿Qué quieres ser de mayor?*	5	101
7	Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres	5	105
8	Fiabilidad de las puntuaciones de cada instrumento y subescalas en el presente estudio	7	153
9	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas cuantitativas	7	158
10	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas cualitativas	7	159
11	Variables del screening clínico (solo grupo clínico)	7	161
12	Estadísticos descriptivos de cada una de las variables del presente estudio	7	163
13	Matriz de confusión	7	166
14	Importancia de cada variable predictora	7	167
15	Indicadores adicionales de la calidad clasificatoria	7	168
16	Directrices para la incorporación equitativa del sexo y género en la investigación (SAGER)	9	198
17	Rasgos centrales de la metodología feminista, según García et al. (2013)	9	205
18	Listado de las variables estudiadas	Anexo I	252
19	Correlaciones entre las variables de psicopatología y género	Anexo II	256

20	Análisis de regresión logística binaria: coeficientes y odds ratios	Anexo IV	272
21	Análisis de regresión logística binaria: desvianza	Anexo IV	274
22	Análisis de regresión logística binaria: comprobación de la colinealidad en cada predictor	Anexo IV	278
23	Análisis de regresión logística binaria: comprobación de la colinealidad del modelo	Anexo IV	279

Figura	**Título**	**Capítulo**	**Pág.**
1	Visión de conjunto de los tres dominios que componen la personalidad según Karterud y Kongerslev (2020), traducción propia	4	60
2	Teoría Triangular del Amor (Sternberg, 1986)	5	110
3	Esquema del Modelo Biopsicosocial, Evans y Stoddart (1990), traducción propia	6	131
4	Modelo de los sistemas complejos, Frankel et al. (2003)	6	132
5	Diagrama explicativo del sexo/género desde un enfoque biopsicosocial, según Barker (2019)	6	134
6	Sistema biopsicosocial y el sujeto, según Velasco (2007).	6	135
7	Factores biopsicosociales determinantes en el proceso salud-enfermedad, según Velasco (2007)	6	137
8	Flujo de participantes	7	146
9	Procesos biopsicosociales protectores de la salud, según Velasco (2007)	9	207
10	Correlograma de las variables clínicas	Anexo III	269
11	Correlograma de las variables del CFNI	Anexo III	270
12	Correlograma de las variables del CMNI	Anexo III	271
13	Comprobación de supuestos de la regresión logística	Anexo IV	277

Resumen extendido

Psicopatología y género: Determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres.

La salud de mujeres y hombres es diferente, siendo las mujeres quienes tienen peor salud general: presentan mayor número de trastornos crónicos, mayor deterioro cognitivo y prevalencia de dolor severo (Case & Paxson, 2005; Chiasson & Hirsch, 2005; Crimmins et al., 2010; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018a; Oksuzyan et al., 2019; Sánchez-López et al., 2012). Pero si hay un área de la salud donde la diferencia de sexo en la prevalencia de trastornos es especialmente significativa es en salud mental, teniendo las mujeres casi el doble de prevalencia que los hombres (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018b; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Velasco et al., 2007).

Los datos epidemiológicos muestran que en algunos diagnósticos no hay diferencias de sexo, pero hay otros muchos trastornos donde la prevalencia es muy superior en mujeres. Es el caso de los trastornos alimentarios (Kohen, 2010; Ruiz et al., 2016), trastornos afectivos como la depresión (Ferrari et al., 2013; Pérez & Serra, 1997; Pérez & Gaviña, 2019; Sáenz-Herrero, 2019; Salk et al., 2017), ansiedad y distimia (Leal, 2006; Pérez & Gaviña, 2019) y algunos trastornos de personalidad, como el trastorno límite (Kienast et al., 2014; Ortiz-Tallo et al., 2011a; Millon & Grossman, 2003; Tomko et al., 2014). De lo anterior, podría señalarse también que las mujeres tienen mayor prevalencia en trastornos relacionados con la internalización (ansiedad, depresión) y los hombres con la externalización (trastorno de personalidad antisocial, adicciones) (Eaton et al., 2012).

Esta morbilidad diferencial entre hombres y mujeres puede explicarse mediante dos tipos de formulaciones: la primera sostiene que los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos son los condicionantes de las diferencias de morbilidad entre ambos sexos. Sin embargo, los datos resultan insuficientes a la hora de explicar dicho fenómeno (Fine, 2018; Montero et al., 2004; Pérez & Serra, 1997). La segunda se basa en las teorías ambientalistas, que defienden que son las variables socioculturales las que, a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos, condicionan la forma diferencial en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico (Montero et al., 2004; Sánchez-López et al., 2013). El que las mujeres tengan peor salud mental que los hombres puede estar relacionado con que son afectadas de forma diferente por el estrés

social (Kohen, 2010): son más pobres que los hombres – "feminización de la pobreza" (Belle & Doucet, 2003) - y sufren más abusos (sexuales y violencia machista), tanto durante la infancia como durante la adultez (OMS, 2018). La violencia de género, la división sexual del trabajo, la doble o triple jornada y los ideales de belleza son factores que indicen significativamente en que las mujeres tengan peor salud (Sánchez, 2018).

De lo expuesto surge el interés de analizar hasta qué punto influye el género (lo sociocultural) en que las mujeres terminen por solicitar asistencia psicológica. El objetivo será estudiar la capacidad de clasificación de las variables clínicas, teniendo como referencia la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) y de determinados factores socioculturales (conformidad con las normas de género) a la hora de determinar si una mujer está recibiendo asistencia psicológica o no. Así mismo, se estudiará la importancia de cada una de las variables clínicas y socioculturales a la hora de pronosticar qué mujeres estarían recibiendo terapia psicológica.

Para realizar la investigación empírica, se reclutó una muestra de 358 mujeres entre los 18 y los 80 años. 168 fueron reclutadas de centros de atención psicológica privados y estaban recibiendo atención psicológica y/o psiquiátrica, y 190 fueron controles (no estaban recibiendo ayuda psicológica/psiquiátrica). Se utilizaron instrumentos de evaluación que recogían información sociodemográfica (de elaboración propia), variables clínicas [Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (versión abreviada) y Test de actitudes hacia la comida (EAT)] y de conformidad con las normas de género [Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI) y Masculinas (CMNI)]. De cara al análisis de datos, se construyó un algoritmo clasificador empleando un *Random Forest*.

Los principales motivos de consulta del grupo clínico están relacionados con problemas de ansiedad (39.29%), seguidos de problemas de pareja (27.98%) y depresión (27.38%). Ninguna de las mujeres del grupo clínico tenía como motivo de consulta problemas con el alcohol y las drogas.

Los datos obtenidos indican que, cuando una mujer puntúa más en alto en las variables clínicas Ideaciones Suicidas y Rasgos Límites, es más probable que esté recibiendo atención psicológica, siendo Ideaciones Suicidas la variable de mayor peso. Las siguientes variables con mejor capacidad de clasificación a la hora de determinar si una mujer está recibiendo ayuda psicológica son algunas de las típicamente asociadas a la conformidad con los roles de género femeninos (Cuidado de niños, Valorar las Relaciones y Fidelidad Sexual). Las variables clínicas

de Estrés, Afabilidad, Agresividad, Ansiedad, Trastornos Relacionados con la ansiedad y Quejas somáticas son las siguientes con mejor capacidad de clasificación. Respecto a la conformidad con las normas de género masculinas, la variable Búsqueda de Posición Social es la que primero aparece, seguida muy de cerca de la variable clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ser mujer y puntuar alto en una variable "típicamente masculina" (de género) hace que sea casi igual de probable buscar ayuda psicológica que cuando se puntúa alto en la escala clínica de problemas con la alimentación.

Por lo tanto, se puede concluir que algunas variables de género resultaron relevantes a la hora de informar sobre si una mujer recibe o no tratamiento psicológico, es decir, una mayor conformidad con las variables de género hace que las mujeres demanden más asistencia psicológica. Resulta imprescindible incluir la perspectiva de género en investigación para alcanzar una comprensión más amplia respecto a la etiología de los trastornos, lo cual resulta de vital importancia para poder diseñar programas de prevención educativa y en salud. Este planteamiento puede contribuir a "despsicopatologizar" los trastornos que padecen las mujeres, haciendo recaer los determinantes también en factores socioculturales.

Extended abstract

Women's health is different from men's health, with women having the worst general health: they have a higher number of chronic conditions, higher levels of cognitive impairment, and a higher prevalence of severe pain and physical disability (Case & Paxson, 2005; Chiasson & Hirsch, 2005; Crimmins et al., 2010; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Spanish Ministry of Health, Consumer Affairs, and Social Welfare], 2018a; Oksuzyan et al., 2019; Sánchez-López et al., 2012). However, if there is one area of health where gender-based differences in the prevalence of disorders is particularly significant, that is mental health, where the prevalence of mental health problems is twice as high in women as in men (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Spanish Ministry of Health, Consumer Affairs, and Social Welfare], 2018b; World Health Organisation [WHO], 2018; Velasco et al., 2007).

Epidemiological data show that there are a number of diagnoses for which there are no sex-based differences, but there are many other disorders where the prevalence is much higher in women. This is the case of eating disorders (Kohen, 2010; Ruiz et al., 2016), affective disorders such as depression (Ferrari et al., 2013; Pérez & Serra, 1997; Pérez & Gaviña, 2019; Sáenz-Herrero, 2019; Salk et al., 2017), anxiety and dysthymia (Leal, 2006; Pérez & Gaviña, 2019; Sánchez-López & Cuéllar, 2013), and some personality disorders, such as borderline disorder (Kienast et al., 2014; Ortiz-Tallo et al., 2011a; Millon & Grossman, 2003; Tomko et al., 2014). It also follows from the above that women have, in general, a higher prevalence of internalising disorders (anxiety, depression) while men tend towards externalising disorders (antisocial personality disorder, addictions) (Eaton et al., 2012).

The sex differential in morbidity may be explained by two hypotheses. The first hypothesis holds that constitutional, genetic, and/or endocrine factors are determinants of sex-based differences in morbidity. However, it seems that most studies in this area fall short in explaining this phenomenon (Fine, 2018; Montero et al., 2004; Pérez & Serra, 1997). The second hypothesis is based on environmental theories, which argue that sociocultural variables acting through socially imposed roles and patterns of behaviour are what ultimately condition the way in which men and women manifest their psychological distress (Montero et al., 2004; Sánchez-López et al., 2013). Women's mental health being poorer than men's may be related to women being affected differently by social stress: they usually are poorer than men— 'feminisation of poverty' (Belle &

Doucet, 2003)—and experience more abuse (sexual abuse and sexist violence) than men during both childhood and adulthood (WHO, 2018a). Gender-based violence, the sexual division of labour, women's double or triple shifts (work, housework/caregiving, and affective networks), and beauty ideals (social pressure on their bodies) are other significant contributors to women's poorer health (Sánchez, 2018).

Based on the above, we set out to analyse to what extent gender (sociocultural aspects) contributes to women seeking psychological care. Our objective was to study the classification ability of a number of clinical variables—taking as a reference the classification of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or DSM-5 by the American Psychiatric Association (2013)—and sociocultural factors (conformity to gender norms) in order to ascertain whether or not women were receiving psychological care and determine the importance of each of the variables when predicting which women were receiving therapy.

The total sample consisted of 368 women, but 10 of the assessments were discarded due to missing data. The final sample was made up of 358 women (18-80 years old): 168 were recruited from private psychological care centres and were receiving psychological and/or psychiatric care, and 190 were controls, as they were not receiving psychological/psychiatric care. The assessment instruments collected sociodemographic information (using a sociodemographic questionnaire) and data on clinical variables (Personality Assessment Inventory PAI and Eating Attitudes Test EAT-26) and conformity to gender norms (Conformity to Feminine Norms Inventory CFNI and Conformity to Masculine Norms Inventory CMNI). Regarding the data analysis, a classifier algorithm was built using a *Random Forest*.

The main reasons for consultation in the clinical group are related to anxiety problems (39.29%), followed by couple relationship problems (27.98%) and depression (27.38%). None of the women in the clinical group reported alcohol or drug problems as a reason for consultation.

The data obtained indicate that women scoring higher on the clinical variables Suicidal Ideation (the variable with the highest weighting) and Borderline Features are more likely to be receiving psychological care. The following variables with the highest classification ability in determining whether a woman is receiving psychological care are typically associated with conformity to feminine gender roles: Care for Children, Nice in Relationships, and Sexual Fidelity. The clinical variables Stress, Warmth, Aggression, Anxiety, Anxiety-Related Disorders, and Somatic Concerns have the highest classification ability. In terms of conformity to masculine

gender norms, the variable Pursuit of Status is ranked first, followed closely by the clinical variable Eating Disorders. Being female and scoring high on a "typically masculine" (gender) variable makes that woman almost as likely to seek psychological help as when scoring high on the clinical variable Eating Disorders.

We can conclude that some gender variables have been found to be relevant in determining whether women are receiving psychological care, i.e. greater conformity to gender roles leads women to seek more psychological care. The inclusion of a gender perspective in research will help to achieve a broader understanding of the aetiology of disorders, i.e. the underlying reasons why men and women become ill differently, a phenomenon that is not sufficiently explained by biology. Being able to analyse the weight of sociocultural variables in the development of a given mental illness becomes crucial in order to identify the relevant factors of an illness. Taking a gender perspective approach and pointing to sociocultural factors as determinants, with the implications that this entails, can help to 'depsychopathologise' disorders experienced by women and to design interventions promoting healthier behaviours.

Primera parte

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación de la investigación.

La presente investigación surge en primer lugar de una inquietud clínica. Después de llevar unos años trabajando como psicoterapeuta en diferentes contextos (público y privado), tenía la sensación de que los malestares que mujeres y hombres traían a la consulta eran bien diferentes. Por ejemplo, los hombres consultaban menos, y cuando lo hacían, muchas veces lo laboral tenía mucho peso en el motivo de consulta, mientras que las mujeres consultaban mucho más y por sufrimientos más difusos (ansiedad, depresión) y en muchas ocasiones relacionados con el amor. ¿Pasaba eso sólo en mi consulta, o era algo más generalizable? Comencé entonces la formación del Máster Doctorado Oficial "Mujeres y Salud", y pude empezar a entender algo más de los motivos subyacentes de las diferentes formas de enfermar de hombres y mujeres. Decidí comenzar el proyecto de Tesis Doctoral para tratar de comprobar si el que las mujeres que tuvieran más interiorizados los mandatos tradicionales de género influía en que tuvieran más probabilidad de enfermar de los trastornos mentales más típicamente "femeninos". La recogida de muestra resultó dificultosa, especialmente por lo complejo de acceder a la muestra clínica y porque la compilación de cuestionarios resultó en un total de 395 ítems – un número muy elevado – que hizo que no fuera un cuestionario ni fácil ni rápido de responder. Pese a todo, se consiguió que participaran en la investigación 368 mujeres, un gran número de terapeutas y la colaboración de varias entidades.

Sin duda, a lo largo de estos años estamos asistiendo a lo que se ha empezado a llamar "cuarta ola feminista". Uno de los momentos clave del comienzo de la misma fue el movimiento *#MeToo*, iniciado en octubre 2017 con la denuncia pública en la que numerosas mujeres acusaban al productor de Hollywood Harvey Weinstein por agresión y acoso sexual, y que terminó siendo un fenómeno mundial en las redes sociales. Miles de mujeres en todo el mundo utilizaron la

etiqueta #YoTambién para denunciar que no eran una excepción las mujeres acosadas o abusadas, sino algo mucho más frecuente. Poco tiempo después, la manifestación del 8-M de 2018 en Madrid terminaría siendo referente mundial por la gran movilización vivida: BBC y CNN abrían con esas imágenes sus informativos, y el New York Times y el Washington Post incluían crónicas de ese día (Álvarez, 2018). Tal y como Cobo (2019) señala, "la globalización del feminismo pone de manifiesto tanto la fortaleza de las ideas feministas como el crecimiento de la conciencia social crítica frente a la desigualdad y la explotación económica y sexual de las mujeres" (p. 134), y es que la autora señala que la globalización del feminismo es sin duda una característica de esta cuarta ola. Llegó un momento donde la presencia del feminismo empezó a ganar terreno en los medios de comunicación y parecía que estuviera en todas partes: periódicos, redes sociales, series de televisión, películas, libros… Se empezó a hablar de la importancia de una perspectiva de género en diferentes ámbitos: legal, jurídico, laboral, empresarial, político, económico, urbanista… y por supuesto, también en salud general y salud mental.

Y es que, desde esta perspectiva, mi motivación inicial (comprender algo más acerca de porqué hombres y mujeres enferman y consultan por motivos diferentes) cobraba mucho más sentido. Empezaba a entender el marco teórico que podría, de forma más amplia, dar cabida y ayudarme a comprender mejor a las personas con las que trabajaba en la consulta.

Para poder comenzar con la investigación, resultaba imprescindible conocer el estado de la cuestión, esto es, que los datos recogidos a nivel estadístico pudieran proporcionar una panorámica sobre la salud de mujeres y hombres en España. Existía una Encuesta Nacional de Salud reciente, del año 2017 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018a). A modo de resumen, en esa encuesta se especificaba que "las diferencias de problemas crónicos entre hombres y mujeres son sustanciales, generalmente ellas con peor salud (trastornos músculo esqueléticos, del

estado de ánimo, asma…) y mayor uso de servicios, aunque en lo referente a estilos de vida presentan mejores indicadores (tabaco, alcohol, sobrepeso…)". De forma más concreta se incluyen a continuación algunos de los datos de dicha encuesta desglosados:

- Los hombres tienen una mejor percepción de su estado de salud general que las mujeres en todos los grupos de edad - salvo en la infancia - y en todas las clases sociales.
- Las mujeres padecen más trastornos crónicos en la adultez en la mayoría de los diagnósticos (dolor de espalda crónico, artrosis, alergia crónica, varices en las piernas, migrañas o dolores de cabeza frecuentes, ansiedad crónica, depresión, problemas de tiroides, cataratas y asma). En algunos trastornos la proporción es parecida (hipertensión arterial, colesterol alto, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y en ningún tipo de trastorno crónico la prevalencia era significativamente mayor en hombres que en mujeres.
- Respecto a los trastornos crónicos prevalentes en población infantil, los niños padecen más alergia crónica, asma, trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad), autismo o trastornos del espectro autista y lesiones o defectos permanentes causados por un accidente que las niñas. El porcentaje en trastornos mentales (depresión, ansiedad), diabetes y epilepsia es parecido, y en ningún caso las niñas padecen significativamente más trastornos crónicos que los niños. Con estos datos, se puede afirmar que los niños tienen peor salud general en la infancia, pero que es una tendencia que se invierte en la adultez, pasando a ser las mujeres quienes tienen peor salud.
- Respecto al deterioro cognitivo, el 23% de las mujeres y el 16% de los hombres de 45 o más años tienen dificultad para concentrarse.

- Poniendo en relación el deterioro cognitivo con la clase social, los datos de la encuesta informan de que en las clases altas el deterioro cognitivo es menor y la brecha de sexo también es menor.
- Respecto a la autonomía para las actividades de la vida diaria, el 87% de los hombres y el 76% de las mujeres no tienen dificultad alguna para el cuidado personal.
- El 15% de los mayores de 65 años sufre dolor severo o extremo, y de ese porcentaje el 9% son hombres y el 21% mujeres.
- Las mujeres también hacen más uso de los servicios sanitarios:
    - De atención primaria, en todos los grupos de edad.
    - Tanto en urgencias como en atención especializada ambulatoria, en todos los grupos de edad menos en la franja de los 5-14 años y de más de 85 años, donde los hombres hacen más uso de este servicio.
    - En hospitalización y hospital de día las tasas de uso son parecidas entre hombres y mujeres (en hospitalización hay más mujeres en la franja de los 25 a los 44 años). Podría señalarse que esa franja coincide con la edad en la que las mujeres dan a luz. Las mujeres también acuden más a consultas de dentistas que los hombres en todos los grupos de edad (menos en la franja de 0 a 4 años).
- Las mujeres también salen peor paradas en cuanto a la inaccesibilidad percibida a distintos tipos de atención sanitaria (atención médica por lista de espera, por dificultad de transporte, por motivos económicos en atención médica y atención dental, en cuanto a los medicamentos recetados y atención mental por motivos económicos).
- Los hombres tienen más obesidad y sobrepeso que las mujeres en la adultez. En la infancia, las tasas de sobrepeso y obesidad son parecidas entre niños y niñas (afecta más a clases

menos acomodadas). Como posible factor explicativo, es necesario señalar aquí, como se verá más adelante, que hay una mayor presión social sobre el cuerpo de las mujeres.

- Las mujeres presentan más sedentarismo en tiempo de ocio en todos los grupos de edad (menos en la franja de los 45 a los 54 años). Los datos también indican que el 35% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la Organización Mundial de la Salud, y que ese incumplimiento es mayor en mujeres (37% frente al 34%), tal y como señala el Informe Monográfico de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 sobre "Actividad física, descanso y ocio". Estos estilos sedentarios, cada vez más predominantes por el desarrollo de la tecnología, inciden directamente en que cada vez haya más obesidad y en consecuencia riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares.
- Respecto al consumo diario de tabaco en mayores de 15 años, los hombres consumen más que las mujeres. Sin embargo, hay un cambio en la tendencia de consumo.
    - En 1993 había un 44% de hombres que consumían tabaco a diario, habiendo descendido ese porcentaje hasta el 25.6% en 2017.
    - En 1993 había un 20.8% de mujeres que consumían tabaco a diario, y en 2017 esa tasa se mantiene muy parecida: 18.8%.

Es decir, mientras que los hombres han reducido a la mitad su consumo de tabaco, las mujeres siguen fumando lo mismo que 14 años antes.

- Con relación al consumo habitual de alcohol, los hombres consumen más que las mujeres. Respecto a la tendencia, en 2006 un 64.8% de los hombres de más de 15 años consumía alcohol al menos un día a la semana, habiendo descendido ese porcentaje al 49% en 2017. En 2006 el porcentaje de mujeres que consumían alcohol al menos una vez a la semana era

del 32.6%, mientras que en 2017 es del 24.6%. Es decir, en las mujeres también desciende el consumo de alcohol, pero en menor medida.

Si hay un área de la salud donde las diferencias de sexo en la prevalencia de trastornos son especialmente significativas, es en salud mental, ya que las mujeres tienen casi el doble de problemas de salud mental que los hombres (Encuesta Nacional de Salud de España, 2018): el 14.1% de las mujeres frente al 7.2% de los hombres. El 9.1% de las mujeres refiere ansiedad crónica, frente a un 4.3% de hombres. En depresión, la prevalencia es de 9.2% en las mujeres y de un 4% en los hombres. De las personas mayores de 65 años con algún grado de deterioro cognitivo, el 34.5% eran mujeres y el 30% hombres. Resulta especialmente significativo que esto no es siempre así en todas las franjas de edades, ya que los niños presentan mayor número de trastornos de salud mental que las niñas (salvo en trastornos de ansiedad/depresión); además, la mayor diferencia por sexo se encontró en los trastornos de conducta (incluyendo hiperactividad), donde aparecía un 2.8% de niños frente a un 0.7% de niñas. El 10.7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir: el 13.9% de mujeres y el 7.4% de hombres. El 7.9% de las mujeres toman antidepresivos o estimulantes (frente a un 3.2% de hombres).

Tabla 1

Prevalencia de trastornos en salud mental por sexo

	Mujeres	Hombres
Problemas de salud mental general	14.1%	7.2%
Ansiedad crónica	9.1%	4.3%
Depresión	9.2%	4%
Personas mayores de 65 años con algún grado de deterioro cognitivo	34.5%	30%
Consumo de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir	13.9%	7.4%
Consumo de antidepresivos o estimulantes	7.9%	3.2%
Trastornos de conducta (incluyendo hiperactividad) en la infancia	0.75	2.8%

Nota. Encuesta Nacional de Salud de España (2018).

Sabemos que las mujeres viven más años, pero también que tienen una peor calidad de vida, lo que se ha venido llamando la "paradoja mortalidad/morbilidad" (Sánchez-López & Limiñana, 2017).

¿Qué sucede para que los niños tengan peor salud general y mental que las niñas, pero que esa tendencia se invierta en la adultez? ¿Puede influir la socialización en que se invierta esa tendencia? ¿Qué pasaría si cambiara la sociedad o la educación y viviéramos en una sociedad más igualitaria, enfermarían entonces hombres y mujeres de otro tipo de causas, de causas más parecidas?

1.2 Presentación general del trabajo

En la primera parte del presente trabajo se hará una revisión de los fundamentos conceptuales sobre los términos "sexo" y "género", distinción que será clave para poder desarrollar la investigación (capítulo 2). Debido a que históricamente y aún en la actualidad se han utilizado indistintamente ambos conceptos y esto ha dificultado el estudio de la salud de las mujeres, se pasará a revisar ésta y otras dificultades metodológicas en la investigación en salud de las mujeres (capítulo 3). Seguidamente, desde el marco de los modelos de la personalidad, se hará una revisión de las diferencias de prevalencia de sexo en los diagnósticos psicopatológicos, teniendo en cuenta en cuales hay apenas diferencias, cuáles son más prevalentes en hombres y cuáles en mujeres (capítulo 4). Por último, se hará una revisión de factores que pueden ser explicativos de esas diferencias de prevalencia desde lo sociológico (capítulo 5), y se enmarcará el trabajo dentro del modelo biopsicosocial como modelo explicativo (capítulo 6).

Una vez explicado el marco teórico que engloba la investigación, se pasará, en la segunda parte, al análisis estadístico de las variables y de los resultados obtenidos, finalizando con las conclusiones, discusión y perspectivas futuras de la investigación en psicopatología y género.

Capítulo 2

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES SOBRE EL SEXO Y EL GÉNERO

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES SOBRE EL SEXO Y EL GÉNERO.

Objetivo del capítulo: En este capítulo se revisarán las definiciones de sexo y género, se analizará cómo ambos términos siguen siendo confundidos no sólo en el lenguaje coloquial, sino también en la literatura científica. Se explicará cómo el género pasó a ser una categoría de análisis y cuáles son los enfoques actuales del sistema sexo/género.

2.1 Definiciones generales.

En muchas ocasiones los términos "sexo" y "género" se confunden. El término "sexo" se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente (cromosomas, genes, gónadas, hormonas, morfología…), mientras que el término "género" se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para hombres, mujeres, niños, niñas y personas con identidades no binarias (OMS, 2019). El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y el lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las relaciones o responsabilidades relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto (OMS, 2018). Es algo que se aprende, puede ser educado, cambiado y manipulado: en resumen, se trata de un término que se utiliza para describir las características de hombres y mujeres basadas en factores sociales (OMS, 2002). Las personas nacen con sexos masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento, aprendido, configura y compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros que hombres y mujeres

desarrollarán en sociedad. Ejemplos de esta adscripción de características en nuestra sociedad es pensar que las mujeres son habladoras, cariñosas y organizadas y los hombres son activos, fuertes y emprendedores. Podemos decir que el género es la construcción psicosocial del sexo (Jayme & Sau, 1996).

Tabla 2

Resumen de las definiciones de sexo y género

Sexo	Género
El sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hembras o machos. Este conjunto de características biológicas no son mutuamente exclusivas, ya que hay personas que nacen con características sexuales físicas o biológicas que no encajan en las categorías tradicionales de hembra o macho (personas intersexo).	El género se refiere a las normas, roles y relaciones construidas socialmente de y entre mujeres, hombres, chicos y chicas. El género también se refiere a las expresiones e identidades de mujeres, hombres, chicos y chicas y de las personas de identidades diversas. El género es inextricable de otros determinantes sociales y estructurales de salud que conforman la salud y la igualdad y que pueden variar a lo largo del tiempo y del lugar.
Las diferencias de sexo pueden ser observadas a nivel de cromosomas, expresión de genes, hormonas, sistema inmune y también en la anatomía (por ejemplo, tamaño corporal, y anatomía sexual y reproductiva).	Las diferencias y desigualdades influyen en la exposición a los factores de riesgo, en las conductas dirigidas hacia la salud y en las conductas de riesgo, en el acceso y utilización de la información sobre la salud; a la hora de acceder a los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de salud; y en la experiencia del cuidado de la salud, incluyendo los términos de acceso y de control de los recursos y relaciones de poder.
Ejemplos de afecciones específicas del sexo: • Cáncer de cuello de útero (en mujeres). • Cáncer de próstata (en hombres). • Reguladores del sistema inmune relacionados con el cromosoma X que pueden favorecer respuestas inmunes en niñas.	Ejemplos de factores relacionados con la salud que tienen como consecuencia diferentes resultados en salud: • Embarazos precoces, también como consecuencia de matrimonios con niñas, aumenta el riesgo de las chicas a resultados perjudiciales para la salud. • Como consecuencia de la división del trabajo relacionada con el género, hombres y mujeres pueden estar expuestos/as a diferentes riesgos de lesiones o enfermedades laborales.

- Las normas de género de la masculinidad fomentan el uso de tabaco y alcohol entre hombres, mientras que las normas de género relacionadas con la liberación y libertad de la mujer están teniendo como objetivo – por parte de la industria tabacalera – a mujeres jóvenes.
- El acceso de las mujeres a los servicios sanitarios puede estar limitado por la falta de acceso y control a las finanzas del hogar, por los roles relacionados con el cuidado, y por las restricciones en su movilidad; mientras que la utilización de los hombres de los servicios sanitarios puede estar influenciado por las normas de masculinidad en las que la búsqueda de ayuda no está visto como algo varonil.
- Adicionalmente a las normas y roles de género, la discriminación basada en la identidad de género contribuye a que las personas transgénero experimenten altas tasas de estigma y discriminación incluyendo los encuadres sanitarios, así como una falta de servicios adecuados que den respuesta a sus necesidades.

Nota. Organización Mundial de la Salud (2019), traducción propia.

El concepto "género" fue utilizado por primera vez por John Money en 1955. Lo utilizó en relación con el "rol del género" para definir las conductas atribuidas a las mujeres y a los hombres (hasta entonces los conceptos sexo y género se habían utilizado indistintamente), tal y como señala Aguilar (2008). En los años 70 se empezó a utilizar de forma más generalizada como categoría analítica que diferenciaba las diferencias de sexo biológicas y la forma en la que esas diferencias dan cuenta de conductas y competencias asociadas a las categorías "masculina" y "femenina" (Pilcher & Whelehan, 2004).

Pasando a una definición y uso más actual, podría tomarse la de De Miguel (2015), quien señala que

> se entiende por género (…) la construcción social de la diferencia sexual entre hombres y mujeres. (…) El concepto de género no cuestiona las diferencias biológicas entre los dos sexos. Lo que sí niega es la traducción causal de las diferencias anatómicas en 'naturalezas sociales' o caracteres distintos. Lo femenino y lo masculino son categorías sociales, y la perspectiva de género invita a investigar cómo se construyen y operan organizacionalmente estas definiciones. (p. 231)

2.2 Términos que se confunden también en la literatura científica.

Los conceptos sexo y género no se confunden sólo en el lenguaje coloquial, sino también en el lenguaje científico: se utilizan con frecuencia indistintamente de forma confusa (Sánchez-López & Limiñana, 2017) aún en la actualidad.

Durante la realización de esta tesis doctoral, y como parte de la búsqueda de artículos científicos que hablaran de diferencias de sexo y/o género, se pudo comprobar que estos términos eran también confundidos con mucha frecuencia en la literatura científica. Se llevó a cabo una búsqueda en 7 de las bases de datos más utilizadas en investigación en Psicología (Medline, Psicodoc, PsycArticles, PsicInfo, PubMed, Socpus y Web of Science); todas ellas con exhaustivos procedimientos de revisión de artículos. Se incluyeron como criterios de búsqueda investigaciones que utilizaran el Test de Personalidad PAI (Ortiz-Tallo et al., 2011b) y que la muestra estuviera compuesta por hombres y mujeres. De los 90 artículos revisados, el 19% sí hablaban de las diferencias de sexo entre hombres y mujeres en los resultados de la investigación. El 12% no hacían ningún tipo de análisis desagregando los resultados por sexo y el 69% hablaban de diferencias de "género" a pesar de que no lo medían (es decir, en realidad estaban hablando de diferencias de "sexo" en base a la categoría mujer-hombre de las personas que habían participado en esas investigaciones).

Tal como señala Fernández (2010), la primera obligación de cualquier persona que se proponga investigar debería ser "delimitar el terrero que pretende explorar" (p. 256). Heidari et al. (2018) explican que para tratar de solucionar sesgos como el anterior, se llevó a cabo un estudio en base al cual se elaboraron las guías SAGER, "diseñadas para promover el informe sistemático por sexo y de género en la investigación" (p. 206). Estas guías están también "dirigidas a los editores para que las utilicen como un instrumento práctico para evaluar un manuscrito de investigación y como un vehículo para crear conciencia entre los/las autores/as y revisores/as" (p. 206). Entre otros aspectos, se anima a que se tenga en cuenta si el sexo y el género son relevantes para el objeto de estudio. Recomiendan también utilizar debidamente los términos sexo y género, "ya que el uso de definiciones comunes mejorará la capacidad de realizar metaanálisis de los datos publicados y archivados" (p. 206). Por ejemplo, indican que el término "sexo" deberá utilizarse como una clasificación de hombre o mujer

> basada en la distinción biológica en la medida en que sea posible confirmarlo (…) por autodeclaración o si se les asignó después de un examen externo o interno de las características del cuerpo, o mediante pruebas genéticas y otros medios (Heidari et al., p. 206).

Consideran también imprescindible que en los resultados se aporten los datos estratificados por sexo y que habrá que realizar un análisis de género cuando corresponda.

Haarmans (2019) hace referencia al enfoque definido como SGBA (del inglés *Sex- and Gender-Based Analysis*) que surgió también para dar respuesta a problemas metodológicos originados por la utilización indistintamente de los términos "sexo" y "género". Éste enfoque indaga sobre las diferencias biológicas (basadas en el sexo) y socioculturales (basadas en el género) que existen entre mujeres y hombres, chicos y chicas, sin partir de la base de que puedan de hecho

existir diferencias. Incorpora diferentes niveles de análisis (desde lo micro hasta lo macro), teniendo en cuenta cómo "la etnicidad, el estatus socioeconómico, la discapacidad, la orientación sexual, el estatus de migración, la edad y la geografía interactúan con el sexo y el género" (p. 142).

2.3 El sistema sexo/género. El género como constructo.

Como se ha indicado anteriormente, fue Money quien utilizó por primera vez el término "rol de género" y Stoller quien formuló en 1963 el concepto "identidad genérica" (Aguilar, 2008) y dio por válida la incorporación del vocablo género al terreno de la ciencia (Fernández, 2010).

En ese contexto de empezar a separar lo biológico de lo social, se llevaron a cabo por primera vez investigaciones sobre reasignación de sexo, de la mano de Money, para quien el género podía adquirirse independientemente de la biología, y que consideraba que, si la socialización empezaba lo suficientemente pronto, se podía "garantizar la aparición de la identidad de 'género' apropiada" (Rippon, 2019, p. 66). Así se trató de hacer en el caso John/Joan: Money medió para que un bebé nacido niño pero cuyo pene había sufrido daños irreparables fuera criado como una niña. Tras una vida de sufrimiento, John/Joan terminó por quitarse la vida (Rippon, 2019). Este caso se ha utilizado frecuentemente en la literatura sobre el tema "como prueba de que la identidad de género tiene unos orígenes biológicos fijos que es imposible anular" (Rippon, 2019, p. 67), es decir, que es más sencillo modificar el cuerpo que la identidad de género (Rodríguez, 2019). Lo anterior apunta, nuevamente, a la importancia de distinguir entre sexo y género.

Más adelante, Rubin (1975) definió por primera vez el sistema sexo/género (Aguilar, 2008): "El sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humanas y en el que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas" (p. 4). Dicho de otro modo: el sistema sexo-género se refiere a las formas de relación establecidas entre mujeres y hombres en el seno de una sociedad (Aguilar, 2008).

Con anterioridad a estas conceptualizaciones en el campo de la investigación, Simone de Beauvoir había publicado "El segundo sexo" (1949), y sostenía que las diferencias entre hombres y mujeres son el resultado de una construcción cultural y no biológica, tesis recogida en la frase más célebre de la autora: "No se nace mujer, se llega a serlo". El libro está considerado como el primer eslabón en lo que pasó a conocerse como estudios de género (Aguilar, 2008).

Los estudios de género nacieron con el feminismo de los años sesenta y setenta, en el contexto de la segunda ola del feminismo y el surgimiento del feminismo radical, y pasaron a ocupar el lugar de los anteriormente conocidos como estudios sobre las mujeres (*Women's Studies*). La categoría "género" había empezado a utilizarse como herramienta de análisis "para comprender los procesos de desigualdad en salud entre hombres y mujeres" (García et al., 2013, p. 17), por lo que las investigaciones sobre las mujeres fueron ampliando su objeto de estudio y pasaron a ser "estudios de género", incluyendo diferentes sexualidades, gays, lesbianas, nuevas masculinidades… (Rodríguez, 2019).

Hasta entonces, la ciencia se había presentado como "objetiva y universal". Las críticas del feminismo al modelo hegemónico tienen como punto de partida el "conocimiento situado" que propone Haraway (1991), según el cual el conocimiento siempre sería parcial. García at al. (2013) señalan tres puntos fundamentales en los que se asienta esta crítica:

- Rechazo de una objetividad estricta falible como meta, es decir, el objeto de estudio en investigación no es una elección neutral, y la forma de abordaje es subjetiva y está "condicionada por diversos y complejos factores sociales – clase social, género, edad, cultura científica – y por cuestiones ideológicas" (p. 18).

- Búsqueda y cuestionamiento de los sesgos de género que existen cuando se investigan aspectos relativos a la salud, sesgos que son "derivados de conceptualizaciones y prácticas androcéntricas y sexistas" (p. 19).
- Resulta necesario repensar estructuras y procedimientos para solventar las carencias y sesgos de género en el ámbito científico, pero también resulta necesario repensar la epistemología.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que, de cara a tratar de conceptualizar dos conceptos intrínsecamente conectados, es necesario hablar de la doble realidad sexo-género (Fernández, 2004), según la cual sexo y género son dos condiciones complejas y diferenciadas, aunque pueda existir cierto solapamiento y relación entre ambas. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto (OMS, 2019).

Tal y como señalan García et al. (2013), el género puede entenderse como un sistema de relaciones sociales (las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre mujeres y hombres) y también como una categoría analítica (que permite analizar e interpretar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en sus contextos).

Rodríguez señala (2019) que "el fin último del sistema sexo-género (…) es la eliminación del sistema social que produce el sexismo y el género" (p. 28), citando a continuación a Gayle Rubin (1975): "El sueño que me parece más atractivo es el de una sociedad andrógina y sin género (aunque no sin sexo) en que la anatomía sexual no tenga ninguna importancia para lo que una es, lo que hace o con quién hace el amor" (Rodríguez, 2019, p. 28).

2.4 Género: Un concepto en constante evolución.

Aunque tradicionalmente se tratado de conceptualizar el género como un factor binario (femenino/masculino), esta conceptualización es errónea (Heidari et al., 2018), ya que el espectro

de identidades de género y las expresiones que utilizan las personas para identificarse a sí mismas y a sus géneros es mucho más amplio. Ciertos dualismos, como alma-cuerpo, lo biológico-lo social, estarían condenados a desaparecer, como explica Fernández (2010). De hecho, la conversión de una dimensión continua en una categoría dicotómica supone problemas a la hora de diseñar e interpretar los resultados de las conductas de salud relacionados con la variable sexo (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017).

Si retomamos la definición de sexo de la OMS (2017) de que el sexo hace referencia a las características que vienen determinadas biológicamente (cromosomas, genes, gónadas, hormonas, morfología…), es necesario añadir también que esos mismos elementos no se encuentran en la naturaleza clasificados en una categoría binaria o dicotómica, sino que son un continuo. Fine (2018) indica que "los cerebros humanos no se pueden clasificar en dos categorías distintas (cerebro masculino/cerebro femenino), sino que están formados por mosaicos singulares de rasgos". Es cierto que, de ese mosaico de rasgos de los cerebros, hay algunos que son más comunes en las hembras y otros más en los machos (Joel, 2011), pero no existe una correspondencia única y exacta entre "hombre/masculinidad" y "mujer/feminidad" (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017).

Fausto-Sterling (2006) expone que "el sexo de un cuerpo es un asunto demasiado complejo. No hay blanco o negro, sino grados de diferencia" (p. 17) haciendo referencia que el sexo existe como tal en la naturaleza, y que "etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social" (p. 17). De hecho, la autora propuso en 1993 que el sistema de dos sexos podría reemplazarse por otro de cinco sexos, esto es, que además de machos y hembras, se incluyeran las categorías de hermafroditas 'auténticos' (según su propia terminología), 'seudohermafroditas' masculinos y 'seudohermafroditas' femeninos (Fausto-Sterling, 2006).

En esta misma línea, Sweeney (2017) señala que partir de una conceptualización del género binaria, dificulta la comprensión de la variación genética, de la anatomía y de la fisiología (cerca de un 1,7% de la población es intersexo). Añade que más allá de las características tradicionalmente categorizadas como "biológicas", las características sexuales secundarias, los perfiles hormonales y la capacidad reproductiva son cada vez más maleables por los avances tecnológicos.

En esta línea surgió la Teoría Queer, con el fin de dar cabida a las identidades no normativas y tradicionalmente silenciadas por el androcentrismo de la ciencia (Fonseca & Quintero, 2009). Representaría un constructivismo extremo, donde no sólo el género es una construcción social, sino que el sexo también lo sería; algunas de las aportaciones más importantes en esta línea son la de Judith Butler desde la filosofía y la de Paul B. Preciado en España (Rodríguez, 2019). En palabras de Butler: "un sistema binario de géneros mantiene implícitamente la idea de una relación mimética entre género y sexo, en la cual el género refleja al sexo o, si no, está restringido por él" (Butler, 1990/2001, p. 39).

Es decir, hay una línea de autores y autoras que niegan la validez del binomio naturaleza/cultura como base de la dicotomía sexo/género, como señala Aguilar (2008) citando a Haraway (1995). Haraway cuestionó la distinción "sexo-género", ya que consideraba que había tenido nefastas consecuencias para gran parte de la teoría feminista, "al no reparar en que no sólo el género es una construcción social, sino también lo son el cuerpo y la biología" (Rodríguez, 2019).

Por lo tanto, podría decirse que el género no es algo fijo o estático, sino un concepto que está en un constante redefinirse y reformularse, teniendo en cuenta tanto los cambios sociales como la investigación científica.

Lo anterior podría resultar confuso. Se partía, en primer lugar, de definiciones de la OMS que establecían que el sexo era lo biológico y que el género era lo social, pero queda también patente cómo otras ramas consideran que lo que se considera biológico es también social, en tanto en cuanto a que los parámetros para quedar incluido en una categoría u otra (hombre o mujer) no están necesariamente tan claramente definidos en la naturaleza (hay más de dos categorías: intersexo). Estas dos conceptualizaciones están en la base de uno de los debates actuales del feminismo, especialmente a raíz de la propuesta de ley trans sobre la autodeterminación de género de Podemos, que propone eliminar los requisitos médicos para que las personas trans pudieran cambiar de sexo en el Registro Civil (los requisitos actuales incluían que la persona llevara al menos dos años en proceso de hormonación, y un informe médico o psicológico que reconociera disforia de género) (Sosa, 2020). El debate suscitado tiene que ver con que hay otra corriente que considera que la autoderminación de género supondría una amenaza para las mujeres y la lucha feminista (elDiario, 2020), por existir el riesgo de que quedaran invisibilizadas las desigualdades por el hecho de ser mujer.

Entendiendo lo complejo de la realidad sexo-género, y aun teniendo en cuenta lo anterior, en la presente investigación se utilizará la categorización hombre-mujer cisgénero (esto es, personas cuya identidad de género es concordante con su sexo biológico) para poder definir de forma clara el constructo objeto de estudio y categoría de análisis, con el fin de poder operativizar las variables de la investigación empírica.

Resumen del capítulo: En este capítulo se han revisado las definiciones de sexo y género, así como la frecuente confusión de ambos términos en la literatura científica. Se ha revisado cómo se fue desarrollando el concepto de género y sus implicaciones, así como las diferentes líneas de pensamiento en relación con el mismo.

Capítulo 3

DIFICULTADES METODOLÓGICAS EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LAS MUJERES

CAPÍTULO 3: DIFICULTADES METODOLÓGICAS EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LAS MUJERES.

Objetivo del capítulo: En el presente capítulo se hará un recorrido general por la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, desde donde se verá que las mujeres tienen peor salud general y mental, y se analizarán los sesgos en la investigación de la salud de las mujeres, que dificultan que pueda haber una comprensión con perspectiva de género de esa morbilidad diferencial.

Tal y como se muestra en el capítulo 2, definir el objeto de estudio y el constructo no es tarea fácil ni existe un enfoque mayoritariamente compartido. No obstante, resulta necesario revisar los datos sobre la salud de hombres y mujeres para poder seguir profundizando en las similitudes y diferencias.

La Organización Mundial de la Salud señalaba ya en 2009 que mujeres y hombres se enfrentan a muchos problemas de salud semejantes, pero que las diferencias existentes son de tal magnitud que requieren ser estudiadas.

3.1 Definición de salud

Antes de pasar a profundizar en las diferencias, conviene revisar qué se entiende por salud. La Organización Mundial de la salud utiliza la siguiente definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se trata de una definición que se utilizó por primera vez en 1946 (no ha sido modificada desde entonces), cuando la Organización Mundial de la Salud elaboró su Constitución en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York. Fue firmada por representantes de 61 estados y entró en vigor en 1948 (OMS, 2020a). La Constitución de la OMS reconoce también que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos

fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS, 2020). A pesar de esto, las mujeres tienen mayor dificultad para obtener la asistencia sanitaria que necesitan y para proteger mejor su salud por las desigualdades de género en educación, ingresos, empleo… (OMS, 2009a).

Valls-Llobet (2009) amplía la definición hablando de la salud como libertad, y pone el "énfasis en la necesidad de potenciar la capacidad de decisión personal, el empoderamiento de los individuos, del acceso a los recursos para tener unas vidas más saludables" (p. 25-26). Valls-Llobet hace referencia también a la salud con relación a la capacidad de disfrute y para vivir, uniendo el concepto de salud

> a la potenciación de la energía de las personas, a mejorar su rendimiento físico e intelectual (…) un concepto de salud relacionado con la calidad de vida, con la capacidad de trabajar en mejores condiciones, pero no sólo entendiendo el cuerpo como productivo, sino como cuerpo de seres capaces de gozar del ocio, de la sexualidad, de la sensualidad y de las relaciones humanas (p. 26).

3.2 Morbilidad diferencial

Tal y como se refería en el capítulo 1 y según los datos de la Encuesta Nacional de Salud más reciente (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017), las mujeres tienen peor salud: más trastornos crónicos (dolor de espalda crónico, dolor severo, artrosis, alergia crónica, varices en las piernas, migrañas o dolores de cabeza frecuentes, problemas de tiroides, cataratas y asma…), mayor deterioro cognitivo y mayor prevalencia en trastornos mentales (ansiedad crónica, depresión). Las mujeres hacen también un mayor uso de servicios sanitarios (de atención primaria, de urgencias, de atención especializada ambulatoria, más visitas al dentista…), a pesar de tener mejores indicadores en lo que a estilos de vida se refiere (tabaco, alcohol, sobrepeso…).

Según un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (2019), las mujeres viven más que los hombres, pero esos años adicionales no son siempre años de salud. A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer es superior en las mujeres, también lo es a la edad de 60 años, y también es mayor la esperanza de vida sana. Antes de los 5 años, los niños tienen 11% más de probabilidad de morir que las niñas. A partir de los 15 años, las muertes derivadas de accidentes de tráfico son el doble de probables en hombres que en mujeres; los hombres tienen cuatro veces más posibilidad de morir víctimas de un homicidio que las mujeres. Sin embargo, uno de cada cinco homicidios en el mundo es cometido por la pareja o por un miembro de la familia, y ahí las mujeres suponen el mayor número de víctimas.

Como señala este informe de la OMS, más allá de la mortalidad, la violencia contra las mujeres, anclada en la desigualdad de poder y estatus de mujeres y niñas, conlleva una amplia tasa de morbilidad. En el 2013 se estimó que, a nivel mundial, el 35% de las mujeres y chicas, entre los 15 y los 49 años, reportaban haber sufrido violencia física o sexual bien por un compañero o por alguien que no lo fuera a lo largo de su vida. Las mujeres y niñas sufren también prácticas dañinas, como la mutilación genital femenina, y los matrimonios infantiles y forzados. Respecto a la exposición a los factores de riesgo, la OMS (2019) estipulaba que la tasa de prevalencia de consumo de alcohol fue cinco veces mayor en hombres que en mujeres en el 2016, y el consumo de tabaco era cuatro veces mayor en hombres.

Teniendo en cuenta esta diferencia en la prevalencia de trastornos en salud general y mental, resulta imprescindible profundizar en el estudio de las diferencias en salud de hombres y mujeres, poniendo el foco en los problemas de salud específicos de las mujeres, tal y como recoge el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2009. Dicho informe pone de relieve que existen amplias y persistentes inequidades y desigualdades entre hombres y mujeres. En primer

lugar, se señala lo que se comentaba anteriormente: las mujeres suelen vivir más que los hombres, pero tienen peor calidad de vida. Esto se ha llamado "la paradoja mortalidad/morbilidad": las mujeres viven más años que los hombres, pero tienen peor salud (Sánchez-López & Limiñana, 2017).

Además, existen diferencias importantes entre los países de altos ingresos y los de bajos ingresos: en los primeros "las mujeres de todos los grupos de edad viven más tiempo y presentan menor morbilidad y mortalidad que las de los países de ingresos bajos" (OMS, 2009a, p. 2). Especialmente significativa es la diferencia en la mortalidad materna: el 99% de las defunciones maternas se producen en los países en vías de desarrollo. Dicho informe destaca también la importancia de la sexualidad y la reproducción como aspectos centrales de la salud de las mujeres (a nivel mundial, el sida es la principal causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva), pero sin dejar de lado otras patologías tradicionalmente menos estudiadas. Por ejemplo, los traumatismos causados por accidentes de tráfico están entre las cinco causas principales de muerte de las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva en casi todas las regiones de la OMS. El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial en las mujeres entre los 20 y 59 años. Los trastornos mentales, especialmente la depresión, son una causa fundamental de discapacidad en mujeres de todas las edades. Independientemente de los ingresos que tenga el país (bajos, medianos o altos), las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares son importantes causas de mortalidad y de problemas crónicos en mujeres mayores de 60 años.

En otro informe de la OMS (2009b) se destacan algunos otros datos relevantes sobre la salud de la mujer:

- La tasa de tabaquismo es 10 veces mayor en hombres que en mujeres, pero el consumo de tabaco en mujeres jóvenes en países de desarrollo está aumentando rápidamente, debido a

que las campañas publicitarias y comerciales tienen como objetivo cada vez más a las mujeres. Además, las mujeres tienen menor tasa de éxito al intentar dejar de fumar, el tratamiento sustitutivo con nicotina puede ser menos eficaz y presentan recaídas con mayor frecuencia que en los hombres.

- En el África subsahariana hay más mujeres que hombres infectadas por el VIH (61%).
- Los casamientos infantiles están disminuyendo, a pesar de lo cual se estima que 100 millones de niñas se casarán antes de los 18 años a lo largo de los próximos 10 años.
- En la mayoría de los países del mundo, son las mujeres quienes se encargan mayoritariamente de la cocina, lo que supone que mueran con mucha más frecuencia que los hombres por neumopatías obstructivas crónicas (relacionadas con el humo de interiores).

En lo que respecta a la pandemia ocasionada por el coronavirus, Naciones Unidas informa en un informe de 2020 (United Nations, 2020) que, aunque las mujeres tengan menos probabilidad de fallecer por la COVID-19, tienen asociados otros factores de riesgo, como un mayor aumento de la violencia machista y abuso debido a los requerimientos de confinamiento.

Uno de los factores determinantes en que las mujeres tengan peor salud general que los hombres es la violencia machista, que a su vez puede definirse como violencia física, sexual, psicológica, económica… (Marino & Jausoro, 2019). Los datos de la Organización Mundial de la Salud (2017) señalan que una de cada tres mujeres en el mundo (35%) ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de la vida, y que el 38% de los asesinatos a mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja hombre (OMS, 2017). Por supuesto, tal y como señala la OMS en ese mismo informe, las consecuencias pueden ser mortales (homicidio, suicidio), producir lesiones, ocasionar embarazos no deseados, abortos

provocados, enfermedades de transmisión sexual, etc. Otras consecuencias reportadas en lo relativo a la salud física son las "cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general". Pero también psicológicos: depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios, etc. La violencia/abuso sexual sufrida también está relacionada con un mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como con prácticas sexuales de riesgo en momentos posteriores de la vida. La OMS también alerta de las penosas consecuencias que la violencia machista puede ocasionar a niños y niñas que crezcan en familias con un hombre maltratador: hay mayor riesgo de trastornos emocionales, conductuales, y también mayores tasas de mortalidad en menores de 5 años.

Las enfermedades autoinmunes (celiaquía, tiroiditis de Hashimoto, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea y reactiva, lupus, diabetes tipo I…) son más frecuentes en mujeres que en hombres, aunque no está clara la causa: la artritis reumatoide se presenta en mujeres en un 75% de los casos y el lupus con una proporción de 9:1 (Valls-Llobet, 2009).

La sensibilidad química múltiple es un síndrome complejo que aparece como un conjunto de síntomas relacionados con diversos agentes y componentes que se encuentran en el medio ambiente; aparecen reacciones con niveles de exposición que normalmente son tolerados por la mayoría de la gente (Ministerio de Sanidad, 2011). No se ha encontrado etiopatogenia clara, por lo que se piensa que su origen puede estar más relacionado con lo psicosomático. Presenta comorbilidad con algunos trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión, ataques de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo. Respecto a la prevalencia, los estudios señalan que la mayoría de las personas que padecen este síndrome son mujeres (con una media de 81,5%) (Ministerio de Sanidad, 2011).

La endometriosis afecta al menos a un 10% de las mujeres en edad fértil y sus manifestaciones clínicas son muy variables (desde ausencia de síntomas hasta formas severas y crónicas de dolores intensos, esterilidad asociada…), aunque se cataloga generalmente como una enfermedad crónica. El diagnóstico resulta con frecuencia complicado y lento (hasta 7 u 8 años) en parte por la creencia extendida de que es normal que la menstruación duela. Es frecuente la comorbilidad con depresión y ansiedad (Ministerio de Sanidad, 2013).

El dolor crónico sin causa orgánica, al que la terminología psicomédica se refiere también como fibromialgia, es más prevalente en mujeres que en hombres (4.2% frente a un 0,2%) (Cabo-Meseguer et al., 2017); el 95% de los diagnósticos son en mujeres (Pujal et al., 2015). Además, se trata de un trastorno que tarda años en ser diagnosticado, para el que se desconoce la causa y para el que no parece haber por el momento tratamiento adecuado (Pujal et al., 2015). El dolor en el sistema musculoesquelético (en columna cervical, dorsal y lumbar, en articulaciones: manos y pies) es la primera causa de consulta de las mujeres en los centros de atención primaria y también la primera causa de baja laboral entre las mujeres (Valls, 2008a). La prevalencia del dolor en población general es de un 30% en mujeres (dos veces más elevada que en hombres) (Valls, 2008a). Parece que también que la fibromialgia está relacionada con determinantes traumáticos físicos (como accidentes de coche o laborales), con interrupciones de sueño prolongadas en el tiempo (lactancia o primeros años de crianza), con trabajos repetitivos sin las condiciones ergonómicas necesarias desde edades muy tempranas (como pueden ser limpieza, peluquería…), y también con abusos sexuales en la infancia y adolescencia y otras situaciones de estrés físico y mental (Valls, 2008a).

El síndrome de fatiga crónica tiene una prevalencia también mayor entre mujeres que en hombres, con una proporción de 4:1 (Faro et al., 2016). Requiere especial mención ya que es un

trastorno devastador sin marcadores biológicos identificables: el diagnóstico se realiza en función de los síntomas informados por el/la paciente y según los criterios o marcadores diagnósticos establecidos (Rasouli et al., 2019). Éstos incluyen el que la fatiga sea persistente y debilitante, que tenga un inicio definido y que no dependa del esfuerzo continuo, que no desaparece después del descanso, el nivel de actividad física diaria debe haberse reducido notablemente durante al menos 6 meses y deben reportarse síntomas adicionales como malestar después del esfuerzo, dolor muscular, dolor de articulaciones múltiples y/o dolor de cabeza (Rasouli et al., 2019).

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en mujeres a partir de los 70 años en España; sin embargo, la intervención y el esfuerzo terapéutico en estas patologías es menor en las mujeres que en los hombres, lo que influye en que cuando se produce una crisis (por ejemplo, un infarto), las mujeres lleguen en peores condiciones. En muchos estudios sigue habiendo infrarrepresentación de mujeres, y sigue sin estar claro el papel del ácido acetilsalicílico (aspirina) para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en mujeres, frente a lo que comúnmente se piensa (Valls, 2008b).

Uno de los ámbitos de la salud donde las diferencias de sexo son especialmente relevantes es en salud mental. El informe sobre salud mental y género de la Organización Mundial de la Salud señalaba ya en 2002 que las diferencias por sexo se encuentran sobre todo en alteraciones mentales comunes, que son el doble de frecuentes en mujeres (Velasco et al., 2007; OMS, 2018).

Tabla 3

Morbilidad diferencial en hombres y mujeres

Salud de las mujeres	Salud de los hombres
• Hacen más uso de los servicios sanitarios (atención primaria, urgencias, atención especializada, dentista…).	• A los 11 años, los niños tienen 11% más de probabilidad de morir que las niñas.
• Tienen mejores indicadores de salud (tabaco, alcohol, sobrepeso).	• Prevalencia de 5 veces más en consumo de alcohol y 4 veces más en consumo de tabaco. • Más obesidad y sobrepeso.
• Mayor esperanza de vida al nacer y mayor esperanza de vida sana.	• A partir de los 15 años, el doble de probabilidad que las mujeres de muerte derivada de accidente de tráfico.
• 1 de cada 5 homicidios en el mundo es cometido por la pareja o miembro de la familia – ahí las mujeres son el mayor número de víctimas	• 4 veces más posibilidad de morir de un homicidio.
• Mayor prevalencia en… - Trastornos crónicos (dolor de espalda, dolor severo, artrosis, alergia, migrañas, dolores de cabezas, problemas de tiroides, cataratas y asma, dolor crónico sin causa orgánica/fibromialgia, síndrome de fatiga crónica…) - Enfermedades cardiovasculares - Deterioro cognitivo - Enfermedades autoinmunes - Sensibilidad química múltiple - Trastornos mentales (ansiedad, depresión)	

Teniendo en cuenta lo anterior, Valls (2008a) indica la necesidad de desarrollar la morbilidad femenina diferencial, que define como "el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino" (p. 11). Tal y como señala, esa morbilidad diferencial puede ser debida a las diferencias biológicas con el sexo masculino (trastornos de la menstruación, enfermedades derivadas de embarazos y partos, tumores ginecológicos…), o, en cualquier caso, debería incluir las enfermedades que – sin ser específicas del sexo femenino – aparecen con mucha mayor prevalencia

(anemias, dolor crónico, enfermedades autoinmunes, enfermedades endocrinológicas, ansiedad, depresión…).

Las diferencias en la prevalencia respecto a la forma de enfermar de hombres y mujeres, que indican que las mujeres tengan peor salud general y mental, requieren de una profundización en el estudio de la salud de las mujeres.

Al comenzar a trabajar en la presente tesis, uno de los problemas ya señalados que se encontró fue la confusión de los términos sexo y género en la literatura científica. Esta confusión a la hora de definir el constructo conllevaba, inevitablemente, dificultad a la hora de medir las variables, analizar resultados y extraer conclusiones.

Éste área de conocimiento ha conllevado históricamente y hasta la actualidad importantes dificultades metodológicas asociadas, a las que podríamos también referirnos como sesgos en la investigación científica.

3.3 Sesgos en la investigación científica de la salud de las mujeres

3.3.1 La infrarrepresentación de las mujeres en investigación

Las mujeres han estado infrarrepresentadas en la investigación. Heidari et al. (2018) hacen referencia a ensayos clínicos de tratamiento cardiovascular donde sólo el 27% de las personas que habían participado eran mujeres; además, sólo un tercio de los estudios que incluían hombres y mujeres hicieron un análisis de las diferencias de sexo.

La infrarrepresentación de las mujeres en la investigación puede tener consecuencias muy negativas para la salud de las mismas. Heidari et al. (2018) ponen como ejemplo cómo de las “diez prescripciones farmacéuticas recetadas que se retiraron del mercado de los Estados Unidos entre 1997 y 2001, ocho causaron un daño mayor a las mujeres que a los hombres” (p. 204).

Tal y como señalan Marino y Jausoro (2019), Valls (2000) se ha ocupado de estudiar en profundidad algunos de los sesgos de género que han podido influir en que las mujeres hayan estado infrarrepresentadas en las investigaciones en medicina:

- Se han extrapolado a las mujeres los resultados obtenidos en investigaciones cuyas muestras estaban compuestas por hombres, asumiendo que los factores protectores y de riesgo eran los mismos.
- Se ha considerado que hombres y mujeres enfermaban de formas diferentes, lo que ha tenido como resultado que muchos de los problemas tradicionalmente considerados "de mujeres" se han limitado a la salud reproductiva, mientras que otros de los síntomas han sido tradicionalmente ignorados o tratados con analgésicos o ansiolíticos, es decir, se han terminado por medicalizar o psicologizar muchos de los problemas de salud de las mujeres.
- El abordaje clínico – especialmente biomédico o farmacológico – ha tenido como resultado que se enmarquen las demandas como patológicas.

En esta línea, Criado (2019) señala que la exclusión de las mujeres en las muestras se ha tratado de justificar alegando que los cuerpos de las hembras (tanto humanos como de animales) son demasiado complejos, demasiado variables y demasiado costosos de investigar; también se ha hecho referencia a que reclutar mujeres para incluir en las muestras es más difícil (lo que, tal y como indica la autora, sin duda puede relacionarse con el que las mujeres tengan menos tiempo libre) y en última instancia se ha tratado de negar que exista tal problema como el de la infrarrepresentación y que las mujeres están bien representadas en la investigación.

3.3.2 Falta de datos desagregados por sexo

La infrarrepresentación de las mujeres en la investigación ha supuesto que haya menos datos sobre la salud de las mujeres, y a su vez, esto supone hay un sesgo de género en los libros de

texto y en las facultades de medicina, tal y como señala Criado (2019), que carecen de información específica diferencia por sexos. Esto a pesar de que se sabe que hay diferencias de sexo en todos los tejidos y sistemas de órganos, de prevalencia y gravedad en las enfermedades, de funcionamiento del corazón, en la capacidad pulmonar, enfermedades autoinmunes, células, Parkinson, infartos… (Criado, 2019).

No sólo sigue habiendo escasos datos sobre las diferencias de sexo a la hora de enfermar, sino que en la actualidad siguen sin desagregarse por sexo muchos de los indicadores necesarios para poder hacer un análisis detallado de los determinantes de la salud de hombres y mujeres. Por ejemplo, en el informe de 2019 de la Organización Mundial de la Salud sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2019), se indicaba que los datos desagregados por sexo sólo estaban disponibles en 11 de los 28 indicadores relacionados con la salud considerados como relevantes para la definir tales metas.

Costa et al. (2001) revisaron los datos del Inventario de Personalidad NEO aplicado a 23.000 participantes de 26 culturas. Encontraron que había rasgos compartidos entre hombres (Asertividad, Búsqueda de la emoción, Apertura a las ideas) y que otros eran más comunes entre mujeres (Neuroticismo, Ser agradable, Calidez y Apertura a los sentimientos).

Como se indicaba en el Capítulo 2, en una de las sub-búsquedas realizadas en las bases de datos más utilizadas en psicología y como parte de esta tesis doctoral, se encontró que, de 90 artículos analizados, el 12% no hacían ningún análisis de datos desagregando los resultados por sexo, a pesar de que incluían en sus muestras mujeres y hombres.

3.3.3 Androcentrismo

Los dos puntos anteriores (“La infrarrepresentación de las mujeres en investigación” y la “Falta de datos desagregados por sexo”) pueden explicarse también bajo el paraguas de lo que se ha venido llamado “el androcentrismo de la ciencia”. Consiste en un acercamiento generalizado

(debido a que está presente en todas las ramas de conocimiento) a las ciencias con una perspectiva masculina, que afecta tanto a la práctica en investigación como a la construcción del cuerpo teórico (García et al., 2013). Esto implica la identificación de lo masculino con la norma (Ortiz, 2002).

Entre otras consecuencias de los sesgos científicos, y específicamente del androcentrismo entendido como la identificación de lo masculino con la norma, está la medicalización de los procesos naturales en las mujeres. García y Pérez (2018) destacan como consecuencias de la perspectiva médica androcentrista:

- Se considera que lo que se separe del índice de salud en los hombres es enfermedad, por lo que procesos como la menopausia se han medicalizado en exceso mediante la terapia hormonal sustitutiva.
- En lo que respecta a los ciclos menstruales, se ha dedicado más investigación en encontrar medicación anticonceptiva (sin tener en cuenta los efectos negativos adversos para la salud de las mujeres en el largo plazo) que en ayudar a regular el ciclo y los dolores derivados.
- En esta línea, otra estrategia de salud muy extendida en la actualidad es la vacunación masiva de las mujeres contra el virus del papiloma humano, incluida en el calendario de vacunación de las niñas de 11 a 14 años, a pesar de que se trata de una vacuna que sólo protege contra 2 de los posibles 200 subtipos de virus, de que el cáncer de útero es en realidad una enfermedad poco frecuente (hay que tener en cuenta que el que la enfermedad sea un problema de salud pública es lo que conduce una vacunación masiva) y de que algunos países como Japón la han retirado por problemas de seguridad.
- Algo parecido pasa con la píldora anticonceptiva masculina, que se estudia y ensaya desde hace años pero que no acaba de sacarse al mercado por sus consecuencias negativas para los hombres (a pesar de que estas consecuencias son menos dañinas que las de la píldora

para mujeres, cuyo uso está mundialmente extendido y normalizado, y por contraposición, se ha podido desarrollar exitosamente la Viagra para hombres, pero no así para mujeres).

Vivimos en una sociedad donde la perspectiva imperante es la androcéntrica, es decir, la que asume que las experiencias de los hombres son generalizables y que es a partir de ellas que pueden obtenerse los criterios objetivos a través de los cuales las experiencias de las mujeres pueden organizarse y ser evaluados (Pilcher & Whelehan, 2004).

3.3.4 El Síndrome Yentl

Bernardine Patricia Healy (cardióloga y primera mujer en dirigir el instituto nacional de salud en Estados Unidos) describió en su artículo de 1991 "The Yentl Syndrome" la existencia de un sesgo de sexo a la hora de tratar las enfermedades coronarias, como ya se venía recogiendo en varios estudios científicos (Healy, 1991). El nombre se eligió en base a Yentl, un personaje literario en la historia breve de Isaac Bashevis Singer del siglo XIX: Yentl, una chica judía, se tenía que disfrazar de hombre para poder ir a la escuela y estudiar el Talmud, práctica prohibida para las mujeres (Healy, 1991). Es también el nombre del personaje Yentl, al que da vida Barbra Streisand en la película homónima de 1983, donde una chica judía decide disfrazarse de hombre para poder estudiar (Redacción Fotogramas, 2008).

Healy (1991) utilizaba esa comparativa para explicar que las mujeres han sido tratadas de forma desigual en las relaciones sociales, en política, negocios, y también en investigación en salud. Según explica, ni las mujeres ni el personal médico reconocían del todo que el infarto de miocardio fuera la mayor causa de muerte entre las mujeres de Estados Unidos, entre otras cosas, porque la mayoría de los estudios en esta materia sólo habían incluido, hasta la fecha, hombres en sus muestras. Por lo tanto, era más probable que una mujer no recibiera el tratamiento adecuado para un problema cardiovascular (aun refiriendo los mismos síntomas que un hombre) por el hecho de ser mujer (Ribera, 2016). Otra de las consecuencias de que sólo se hubieran incluido hombres

en las muestras, era que el personal médico tenía dificultades en reconocer los ataques al corazón en mujeres porque sus síntomas no encajan con los tradicionalmente esperados: dolores y pinchazos en el brazo izquierdo y en el pecho, que son los síntomas que normalmente aparecen en hombres, mientras que en las mujeres los ataques al corazón se manifiestan con mayor frecuencia con dolor de estómago, falta de respiración, náuseas o fatiga (Criado, 2019).

Valls (2020) se refiere a esto como a "la invisibilidad de las mujeres para la ciencia" (p. 165) y engloba cómo los síntomas de las mujeres siguen estando encubiertos de forma generalizada como si se tratara de demandas somáticas o psicológicas; explica que la "ciencia médica ha sido sesgada debido a su androcentismo, por lo que se hace necesario investigar en qué apartados y cómo ha conseguido invisibilizar a las mujeres o sesgar su aproximación diagnóstica y terapéutica" (p. 167).

3.3.5 Considerar la ciencia como neutral y objetiva

El "mito del investigador imparcial" hace referencia a una concepción errónea de la época del positivismo, según la cual las personas que llevan a cabo investigaciones tienen valores neutrales y son cien por cien objetivos (Liss et al., 2019). Sin embargo, todas las teorías parten de observaciones personales o de teorías que ya habían sido establecidas con anterioridad. Pueden aparecer sesgos en la cuestión a investigar, a la hora de seleccionar la muestra (que no sea lo suficientemente representativa), en la forma de medir (operacionalizar) las variables o al analizarlas (Liss et al., 2019). Obviamente también en el perfil de la persona que investiga: la mayoría de los autores seniors de las publicaciones con revisión por pares son blancos, de clase alta y profesores de larga trayectoria en las universidades mejor valoradas en investigación (Cundiff, 2012; Eagly & Riger, 2014), tal y como señalan Liss et al. (2019).

En los siglos XVIII y XIX se empezaron a buscar, desde la biología, diferencias sexuales con los métodos científicos de la época: Darwin describía los rasgos masculinos asociándolos con

grados superiores de perfección, mientras que relacionaba las características femeninas con "estados menos evolucionados, más imperfectos e inferiores" (García & Pérez, 2018, p. 26).

Rippon (2019) considera equivocada la noción de que se puede asignar un sexo determinado (femenino o masculino) al cerebro, especialmente al considerar que estas afirmaciones atribuyen las diferencias en "comportamiento, aptitudes, logros, personalidad, incluso esperanzas y expectativas, a que se tenga uno u otro tipo de cerebro" (p. 14), contribuyendo a perpetuar los estereotipos de género. Es decir, que no tiene base científica el establecer causa-efecto entre cerebro y comportamiento. Como señala la autora, históricamente se ha considerado que la biología era el destino, pero en los últimos treinta años la investigación aporta cada vez más datos acerca de la maleabilidad y plasticidad del cerebro, por lo que se sabe que incluso de adultos nuestros cerebros cambian continuamente. La autora señala que "sigue sin estar clara la relación entre el tamaño de ninguna estructura del cerebro y la expresión de ningún comportamiento con el que pueda estar relacionada" (p. 48).

Fine et al. (2013) hacen hincapié en la importancia de la plasticidad para explicar por qué no tiene sentido seguir explicando hoy en día de las diferencias sexuales en el cerebro. Las autoras explican que, tradicionalmente, las ideas científicas partían de la base de que los circuitos cerebrales funcionaban como un camino de una sola dirección y de forma causal, desde los genes a la conducta, mediante la influencia de las hormonas y lo cerebral. Sin embargo, está demostrado que el cerebro se adapta y tiene plasticidad para responder a las experiencias y condiciones ambientales, y "que la modulación de la función endocrina de esos factores experienciales contribuye a la plasticidad" (p. 550), por lo que la relación entre ciencia y sociedad es un camino de dos direcciones, un camino de ida y vuelta. La teoría de la organización del cerebro explica

cómo la exposición de las hormonas prenatales da lugar a estructuras y funciones sexuales diferentes, pero hoy en día sabemos que esos efectos hormonales no son permanentes.

Es cierto que numerosos estudios encuentran diferencias entre las estructuras cerebrales de hombres y mujeres, pero esas diferencias no son sexualmente dimórficas - el dimorfismo es "la condición de las especies animales o vegetales que presentan dos formas o dos aspectos anatómico diferentes" (Real Academia Española, s.f., definición 1) -, sino que lo que sucede es que hay bastante solapamiento entre las distribuciones en ambos sexos (Hyde et al., 2019): las autoras señalan también que el cerebro es dependiente del contexto y que la estructura del cerebro es multimórfica más que dimórfica.

Este tipo de explicaciones podrían enmarcarse en el "neurosexismo", término acuñado por Fine (2010) en su libro "Cuestión de sexos. Cómo nuestra mente, la sociedad y el neurosexismo crean la diferencia". Rippon (2016) define el neurosexismo como "la práctica de afirmar que existen diferencias fijas entre los cerebros femeninos y masculinos, lo que puede explicar la inferioridad o la inadecuación de las mujeres para ciertos roles" (Rippon, 2016, párr. 4).

3.3.6 El exceso o déficit de lo femenino como causa de psicopatología: "la feminización de la locura"

García (2019), empieza el prólogo del libro de Millet (1990/2019) con el título "Mujeres y locura", diciendo que

> Ya desde muy pequeñas aprendemos que la mujer tiene mayor inclinación a la locura que el hombre, y muy pronto el mito y la amenaza de mujeres que enloquecieron puebla nuestro imaginario (…), las mujeres hemos sido protagonistas indiscutibles de la pérdida de la razón. Pero la locura ha estado siempre envuelta en vergüenza. Si en el pasado se confinaba entre los muros de los manicomios, hoy su voz se pierde en el parqué de una consulta privada o en las largas colas de los centros de salud públicos (2019, p. 13).

"Mujeres y locura" es también el título del libro de Chesler (1972/2019), quien describe algo parecido:

> Ya en el siglo XVI, los maridos encerraban a sus mujeres, y las hacían callar, en manicomios (…). En siglo XVII, en el primer psiquiátrico de Francia, el Salpêtriére, se reservaron pabellones especiales para las prostitutas, las mujeres embarazadas, las pobres y las jóvenes.
>
> Las mujeres empobrecidas y prostituidas debieron ser víctimas de una violencia crónica, tanto sexual como física, desmedida. Las crisis que acababan sufriendo no se entendían como una respuesta humana normal ante la persecución y el trauma. (p. 141)

Chesler (1972/2019) añade que "la adaptación al rol 'femenino' fue la unidad de medida de la salud mental de la mujer y del progreso psiquiátrico" (p. 145). Aquellas mujeres que expresaban conductas que quedaban fuera de lo tradicionalmente entendido como femenino – como, por ejemplo, tener libido – fueron históricamente ingresadas en asilos, practicándoseles histerectomías y cliterodectomías, se las encerraba por tener depresiones post-parto… (Criado, 2019). La autora hace referencia a que, si bien es cierto que hoy en día esas prácticas ya no se llevan a cabo, podría decirse que lo que ahora se hace es medicalizar los malestares de las mujeres: las mujeres tienen 2,5 más de probabilidad de tomar antidepresivos que los hombres, y no sólo porque pidan ayuda en mayor medida: puede, al menos en parte, ser porque a muchas se les receten antidepresivos cuando en realidad no están deprimidas, lo que puede deberse a que es mucho más frecuente que el malestar físico de las mujeres sea considerado como "emocional" o "psicosomático". Una serie de investigaciones llevadas a cabo en la década de los 80 y de los 90 mostraron que cuando los hombres reportaban dolor, la tendencia era que recibieran analgésicos, mientras que las mujeres tenían más probabilidad de recibir sedantes o antidepresivos haciendo la

misma consulta (Hoffman & Tarzian, 2001). Desde esta óptica también se puede hablar, de nuevo, del síndrome de Yentl, que explica por qué hay numerosas historias de mujeres que no han sido diagnosticadas o cuyo dolor no ha sido tratado porque padecían de causas orgánicas de enfermedades exclusivas de mujeres o más frecuentes en ellas (Criado, 2019).

Esto ha sido denominado como "feminización de la locura" (Ruiz & Jiménez, 2003): explica cómo las mujeres tenían más probabilidad de recibir una etiqueta diagnóstica como enfermas mentales, por el doble estándar al que hace referencia Chesler (1972/2019). A lo que se refiere Chesler es a que las personas especialistas en salud mental tienen diferentes criterios en función de si se es hombre o mujer, y que "para que a una mujer se la considere cuerda, debe 'ajustarse' y aceptar las normas de comportamiento atribuidas a su sexo, aunque estos tipos de conducta sea, por regla general, socialmente menos deseables" (p 191).

En la línea de Chesler, Caponi (2019) revisa cómo la idea normativa de lo que supone "ser mujer" data del siglo XIX, y como la psiquiatría fue ampliando las patologías "o locuras femeninas a lo largo de su historia" (p. 19). Lo explica de la siguiente manera:

> cuando se reducen hechos sociales graves, como la violencia familiar, el asedio moral, la humillación cotidiana sufrida por muchas mujeres, a diagnósticos psiquiátricos ambiguos como *depresión, ansiedad, bipolaridad*. (…) esa naturalización servirá para mantener intactas las desigualdades, las subordinaciones, la violencia o la marginación que provocaron sufrimiento a esa mujer que psiquiatras, hombres de estado y hombres vulgares prefieren definir como "loca". (p. 47)

Pérez y García (2018) hacen referencia a Chesler (1972/2019) diciendo que "las mujeres han sido categorizadas como mentalmente inestables, tanto si se conformaban con los dictados de la feminidad como si se rebelaban a ellos" (p. 149).

Resumen del capítulo: Aunque las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, llevan a cabo un mayor número de conductas predictivas y presentan menos adicciones, tienen, paradójicamente, peor estado de salud, bienestar y calidad de vida que los hombres. Consumen más servicios sanitarios, un mayor número de psicofármacos y presentan mayor prevalencia en numerosos trastornos psiquiátricos. Sin embargo, a la hora de profundizar en el estudio de la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres se encuentran sesgos que lo dificultan, entre los que están la infrarrepresentación de las mujeres en investigación hace que falten datos segregados con sexo, el androcentrismo de la ciencia que considera lo masculino como norma y el pensar la ciencia es neutral y objetiva, entre otros.

Capítulo 4

PSICOPATOLOGÍA DIFERENCIAL

CAPÍTULO 4: PSICOPATOLOGÍA DIFERENCIAL

Objetivo del capítulo: Existe una morbilidad diferencial en hombres y mujeres, en salud general y también en salud mental. En este capítulo se revisarán y analizarán cuáles son los trastornos psicológicos de prevalencia parecida en hombres y mujeres, los de mayor prevalencia en hombres y los más prevalentes en mujeres, así como posibles causas que lo explican.

4.1 Modelos psicológicos de personalidad

El estudio de la personalidad ha ido dando lugar a diferentes modelos explicativos. Algunos enfoques se han centrado más en describir la personalidad desde los rasgos que la componen, como es el caso del Modelo de los Cinco Factores de McCrae y Costa (Izdebska, 2015). Este modelo asume que los rasgos de personalidad tienen una estructura jerárquica, organizada en cinco dominios (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad), cada uno de los cuales tiene a su vez facetas diferentes (Romero et al., 2002). Tiene en cuenta tanto la estructura como la dinámica de la personalidad, entiende la "normalidad" y la "patología" como un continuo e incorpora al modelo los principios de la teoría de la evolución de Darwin, donde la personalidad sería el estilo "más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su ambiente" (Cardenal et al., 2007, p. 310). Tal y como Cardenal et al. (2007) indican, fue a Millón a quien la Asociación Americana de Psiquiatría le encargó la elaboración del Eje II del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III, en 1980, lo que suponía la posibilidad de "establecer diagnósticos de comorbilidad con los síndromes clínicos del Eje I y que habían sido hasta ese momento el diagnóstico principal de las 'enfermedades mentales'" (p. 312). Las autoras señalan también que

> no hay que perder de vista la influencia de los factores socioculturales sobre los estilos y trastornos de personalidad, pues su interacción con la personalidad puede producir la retroalimentación y potenciación de determinados rasgos patológicos (Millon & Grossman, 2005). (Cardenal et al., 2007, p. 313).

Otras propuestas tienen un enfoque más estructural. En esta última línea, estaría el enfoque de Kernberg (2016), que define la personalidad como

> la integración dinámica de la totalidad de experiencia subjetiva y patrones de comportamiento de una persona, incluyendo tanto (1) las conductas y experiencias del self y del mundo circundante conscientes, concretas y habituales, el pensamiento psíquico consciente y explícito, y los deseos y temores habituales, así como (2) los patrones de comportamiento, experiencias y puntos de vista inconscientes, y estados intencionales. Es una integración dinámica en tanto en cuanto a que conlleva una asociación organizada e integrada de múltiples rasgos y experiencias que se influyen los unos a los otros (…). En este sentido, la personalidad representa una entidad mucho más compleja y sofisticada que la simple suma de todos los rasgos que la componen. (p. 145, traducción propia)

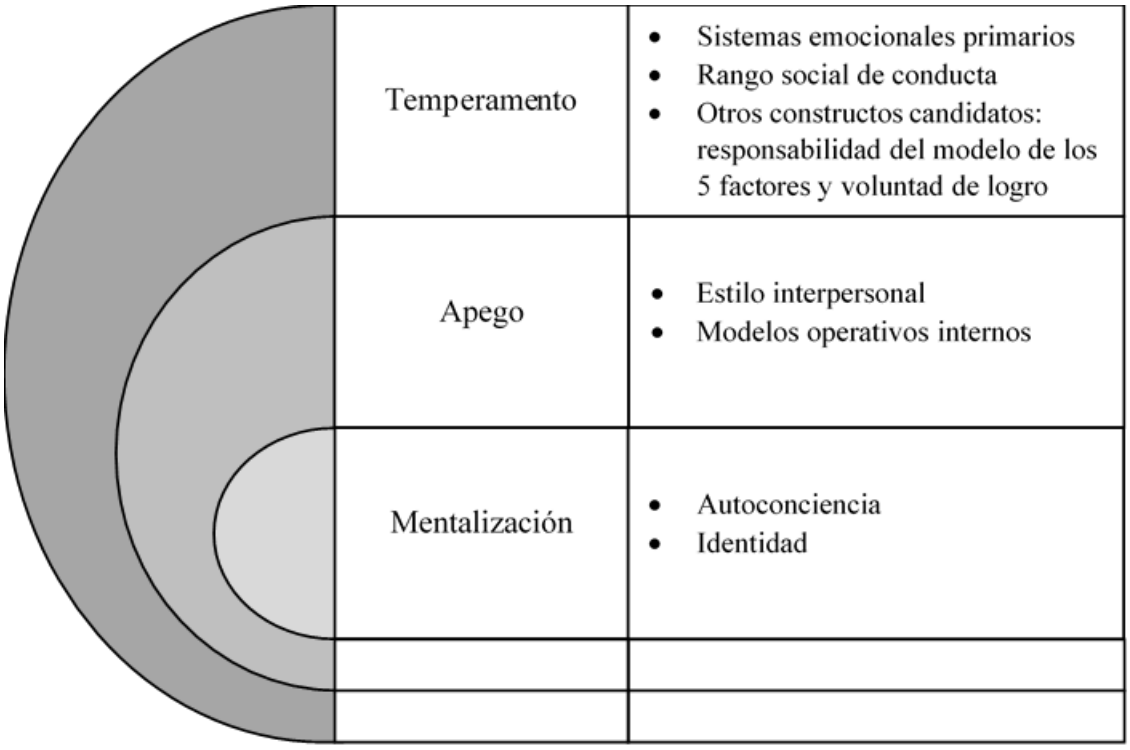
Kernberg (2016) añade que la mayoría de las personas expertas en investigación de la personalidad estarán de acuerdo con entender que la personalidad está codeterminada tanto por factores genéticos como por la interacción de la persona con el ambiente durante su desarrollo. Describe la personalidad como una organización a modo de paraguas, que incluye como componentes: el temperamento, las relaciones objetales, el carácter, la identidad, un sistema de valores éticos (“super-yo”) y la capacidad cognitiva (inteligencia).

El modelo de personalidad de Kernberg (2016) supone una de las formas más complejas y también coherentes de comprender la mente, mediante la explicación de una estructura de

personalidad. Por estructura se entiende el patrón interno de organización de los procesos mentales que forman una matriz y se derivan en rasgos y conductas, por lo que puede ser muy útil para el estudio de la psicopatología (Izdebska, 2015). Tomando como base la propuesta de Kernberg (2016) y teniendo en cuenta que las revisiones de los manuales diagnósticos (DSM, CIE) ponen de relieve la necesidad de una teoría de la personalidad, Karterud y Kongerslev (2020) proponen un modelo integrativo de la personalidad con el siguiente esquema:

Figura 1

Visión de conjunto de los tres dominios que componen la personalidad según Karterud y Kongerslev (2020), traducción propia



Tal y como explican, en esta conceptualización integrativa de la personalidad, el temperamento sería lo primero que se conforma desde un punto de vista evolutivo, y es un prerrequisito para que pueda darse el apego, que a su vez es un prerrequisito para que pueda darse la mentalización.

El estudio de la personalidad pone el foco en las diferencias individuales y en principio conlleva una comprensión más profunda de cómo nuestras sociedades 'de género' dan forma y refuerzan también las actitudes, emociones y conductas de hombres y mujeres, pese a lo cual han sido pocas las contribuciones desde el ámbito de la personalidad a los estudios de género (Stake & Elsele, 2010). Como señalan las autoras, esto puede tener que ver con que históricamente se ha prestado poca atención a los problemas específicos de las mujeres, lo que va en la línea de los sesgos revisados en el capítulo 3. Stake y Elsele indican que se han ignorado también otras diferencias, como la etnicidad y la orientación sexual, y que las muestras de estudio estaban generalmente compuestas por hombres blancos, por lo que las hipótesis que se generaban tenían una perspectiva "blanca y androcéntrica" (p. 19, traducción propia): los resultados extraídos se consideraban generalizables, y cuando las muestras sí incluían mujeres, no se daba cuenta de las diferencias de sexo.

Resultaría útil, también en el estudio de la personalidad, poder contar con datos desagregados por sexo, para poder estudiar – por ejemplo – las diferencias en la expresión de los afectos. Stake y Elsele (2010) hacen referencia a que para los chicos y hombres está penalizado socialmente la expresión de debilidad – lo que puede dificultar que expresen sus afectos o que incluso puedan reconocerse a sí mismo síntomas de ansiedad o depresión -, mientras que las chicas y las mujeres pueden sentirse menos inhibidas a la hora de expresar emociones negativas.

Dentro del campo de la personalidad, sí que se han estudiado la masculinidad y la feminidad como constructos: históricamente, a modo de categoría unidimensional y bipolar, estando la masculinidad en un lado del extremo, y la feminidad en el otro, y posteriormente, como dimensiones separadas (Stake & Elsele, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hará a continuación una revisión de la prevalencia por sexo de los trastornos psicopatológicos, siguiendo la clasificación del DSM-5 (APA, 2013/2014).

4.2 Prevalencia de los trastornos psicológicos por sexo

En la Encuesta Nacional de Salud de España de 2017 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018b) se recogen los siguientes datos respecto a salud mental:

- Una de cada diez personas (mayores de 15 años) refirió haber recibido algún diagnóstico de salud mental, lo que incluía ansiedad y depresión. El 6,7% de las personas adultas refirió padecer (4,3% de los hombres y 9,1% de las mujeres). La depresión era declarada en la misma proporción (6,7%), y del mismo modo que sucedía con la ansiedad, la prevalencia en depresión era más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). La prevalencia de depresión era el doble en las personas desempleadas (7,9%) respecto a las personas que estaban trabajando (3,1%), y lo mismo sucedía con la ansiedad crónica (9,4% vs 4,4%).
- Respecto al consumo de fármacos, el 10,7% de la población encuestada en ese momento refirió consumir tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres y 7,4% de los hombres), y el 4,8% antidepresivos o estimulantes (6,7% de las mujeres y 2,7% de los hombres).
- Un 5,4% de la población refería haber acudido a un/a profesional de la psicología, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses (6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres).

Los datos encontrados en la revisión de la literatura científica hecha son coincidentes con los anteriores. En general, la prevalencia de problemas de salud mental es el doble en mujeres (14,3%) que en hombres (7,4%), tal y como señalan Sánchez-López et al. (2008); de un 24,6% en mujeres y un 14,7% en hombres, según Bones et al., (2010). Éstos mismos autores y autoras

enumeraron como las variables más asociadas a la mayor prevalencia de problemas de salud mental el estar separado/a o divorciado/a, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas y estar limitado/a en la realización de actividades cotidianas por un problema de salud. Parece que el ser mujer es el factor más asociado con tener problemas de salud mental (Bones et al., 2010).

Pasaremos a continuación a revisar aquellos trastornos incluidos en el DSM-5 sobre los cuáles se ha encontrado en la revisión bibliográfica datos de diferencias, y también de algunas otras manifestaciones sobre mortalidad (como las diferencias en suicido) no recogidas como tal en el DSM-5.

4.2.1 Trastornos psicológicos con prevalencia parecida

Los datos epidemiológicos muestran que hay algunos diagnósticos donde no hay apenas diferencias de sexo. Por ejemplo:

4.2.1.1 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La prevalencia de la esquizofrenia es muy similar en hombres y en mujeres. Ha sido citada como uno de los trastornos que tradicionalmente tenían una incidencia parecida (Jiménez & Vázquez, 2012; Sánchez-López et al., 2008; Sáenz-Herrero, 2019). Hartung y Lefler (2019) señalan que ha sido así hasta el DSM-IV inclusive, pero que desde el DSM-5, se establece que hay mayor prevalencia en hombres.

4.2.1.2 Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

No hay apenas diferencias de sexo, aunque sí que varía el contenido: en las mujeres la compulsión suele estar relacionada con la limpieza y en hombres con el chequeo (Pérez & Serra, 1997). Hartung y Lefler (2019) destacan cómo hasta el DSM-IV la prevalencia de estos trastornos

era parecida en hombres y mujeres, pero que en el DSM-5 aparecen diferencias de sexo: en la infancia hay más prevalencia en hombres, pero en la adultez se invierte la tendencia y aparece más en mujeres, lo que de nuevo podría estar relacionado con los efectos de la socialización diferencial.

4.2.2 Trastornos psicológicos con mayor prevalencia en hombres

En algunos trastornos la prevalencia es superior en hombres, como es el caso del trastorno antisocial de la personalidad, dependencia de algunas sustancias (alcohol, nicotina, marihuana y otras drogas), tal y como señala Matud (2017) y en general trastornos que tienen que ver con la externalización del comportamiento. Los hombres tienen también mayor prevalencia en trastornos psicóticos y bipolares, así como en policonsumo (Miquel et al., 2010). De forma más detallada:

4.2.2.1 Algunos trastornos de personalidad

El trastorno de la personalidad antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide y evitativo (Cale & Lilienfeld, 2002; Garnica, 2015; Hartung y Lefler, 2019) son trastornos más prevalentes en hombres. El trastorno de personalidad narcisista tiene una prevalencia de hasta tres veces más en hombres que en mujeres (Hartung & Lefler, 2019).

El que trastornos (y rasgos) narcisistas sean más prevalentes en hombres, se ha explicado desde una perspectiva de género y biopsicosocial (Grijalva et al., 2015): la teoría del rol social hace que las personas estén penalizadas si se desvían de las expectativas de su rol de género, y por eso se espera de las mujeres que sean más emocionales, cariñosas, que les interese la crianza… y no se espera que sean agresivas, dominantes o arrogantes. En el caso de los hombres, se espera que sean más dominantes y no débiles. Por lo tanto, las mujeres serán socialmente más sancionadas si muestran rasgos de personalidad más concordantes con la personalidad narcisista, mientras que es más esperable en el caso de los hombres.

4.2.2.2 Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta

El trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo-intermitente, el trastorno de la conducta y la piromanía son más frecuentes en hombres (Hartung & Lefler, 2019). Hay una mayor proporción de hombres que acuden "solos o conducidos por las fuerzas de orden público" a la atención en los servicios de urgencia psiquiátricos (Montero et al., 2004).

Desde una perspectiva de género, algunas investigaciones relacionan el crimen con las masculinidades, en el sentido de que podría ser una fuente a través de la cual adolescentes chicos y hombres construyen sus identidades en torno a lo masculino (Miller, 2014).

4.2.2.3 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Algunos trastornos tienen una ratio que indica que son más frecuentes en hombres: Los trastornos por consumo de alcohol, de cannabis, de fenciclidina (2:1), otros alucinógenos (3:1), inhalantes (3-4:1), opiáceos (3-4:1), por consumo de cocaína, tabaco y juego patológico (Hartung & Lefler, 2019).

En lo referente al alcoholismo, sabemos también que, aunque el número de casos es mayor en hombres (con una ratio de 3:1, según Else-Quest y Shibley, 2018), la tasa de mortalidad es más alta en mujeres (Gaviria & Alarcón, 2010). Campbell y Wolff (2017) señalan que la brecha entre el consumo de alcohol que había entre hombres y mujeres ha ido disminuyendo, habiendo aumentado la tasa de consumo en las mujeres. Añaden que, aunque las mujeres consumen alcohol en menor cantidad y con menor frecuencia, sufren consecuencias más graves que los hombres en cuanto a problemas de riñón y comorbilidad con otros trastornos de abusos de sustancias. Algunas investigaciones señalan que es posible que las mujeres sufran más los efectos negativos del alcohol por diferencias a nivel metabólico (Else-Quest & Shibley, 2018).

Else-Quest y Shibley (2018) señalan que, hasta 1995, seguía siendo muy habitual que no se incluyeran mujeres en las investigaciones sobre este tema, seguramente porque el alcoholismo

sigue siendo un problema que se consideraba "masculino". Las autoras resumen varias investigaciones que indican que el alcoholismo está peor visto en mujeres que en hombres, y que por lo tanto las mujeres deben limitar su consumo de alcohol para evitar el rechazo social, y que los hombres tienen más presión social para beber que las mujeres, comportamientos todos ellos relacionados con los roles de género. Las autoras señalan también que el consumo de alcohol en mujeres está muy relacionado con haber sufrido abusos sexuales en la infancia, y con sufrir ansiedad y depresión (trastornos en los que el consumo de alcohol puede ser causa y efecto).

En un informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre patrones de mortalidad en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2019), se señalaba que "entre 2001 y 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad por las causas de muerte atribuibles al tabaquismo ha descendido 21.2% en hombres y ha aumentado 87% en mujeres" (p. 4).

Sánchez-López et al. (2013) señalan que las conductas en relación con la salud se construyen en torno a las normas de género, y en el estudio que llevaron a cabo, observaron cómo las normas de género masculinas estaban relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco en hombres. En el caso de las mujeres, una mayor conformidad con las normas de género femeninas actuaba como factor protector frente al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. De cara a la interpretación de estos resultados, las autoras señalaban la importancia de tener en cuenta el papel que juega la socialización de género.

4.2.2.4 Suicidio

A pesar de no tratarse de un diagnóstico, resulta necesario mencionarlo, ya que los hombres cometen suicidio en mayor medida que las mujeres (Mackenzie et al., 2019) y tienden a utilizar medios más violentos para llevarlo a cabo (Bahamón et al., 2019; Corona et al., 2016; Kohen, 2010). En una revisión llevada a cabo por Sadeh y McNiel (2013), se encontró que la ira era un mejor predictor de intento autolítico que la depresión en hombres (no había relación entre la ira y

los intentos de suicidio en mujeres); encontraron también que la agresión proactiva se asociaba con intentos de suicidio en pacientes hombres consumidores de sustancias, pero no así en mujeres (Conner et al., 2009). Sugieren también que las tendencias respecto a la expresión de la ira (en cuanto a conducta) predicen mejor los intentos de suicidio en hombres, lo relacionado con la internalización (como pueden ser pensamientos y actitudes hostiles) predice mejor los intentos autolíticos en las mujeres.

4.2.3 Trastornos psicológicos con mayor prevalencia en mujeres

Hay otros muchos trastornos donde la prevalencia de trastornos es abrumadoramente superior en mujeres. Es el caso del trastorno depresivo, distimia, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y específica (Matud, 2017). Esto podría resumirse en una mayor prevalencia de las mujeres en trastornos afectivos y de ansiedad, y menor en trastornos de control de impulsos y de abuso de sustancias (aunque estos últimos están aumentando tanto en mujeres en todos los grupos de edad, según Alexander y McMahon, 2010). De forma más detallada:

4.2.3.1 Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Tiene la ratio de proporción más alta mujeres-hombres de todos los trastornos psiquiátricos (Fletcher-Janzen, 2009; Sáenz-Herrero et al., 2019): el 90% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres (Else-Quest & Shibley, 2018; Kohen, 2010; Ruiz et al., 2016).

Varios estudios señalan como causas posibles factores biológicos (en base a estudios llevados a cabo con gemelos/as) y también determinados rasgos de personalidad, como baja autoestima y perfeccionismo, y haber tenido experiencias traumáticas, como abuso sexual en la infancia (Else-Quest & Shibley, 2018).

Desde una perspectiva feminista, se pone principalmente el foco en los procesos de socialización y la presión de los medios de comunicación. Tal y como sugieren Ruiz et al. (2016), el que la prevalencia de estos diagnósticos sea muy superior entre chicas adolescentes y mujeres

"refleja las consecuencias de la cultura popular dominante que a menudo centra su atención en las mujeres y sus cuerpos" (p. 35). El ideal cultural de la delgadez en las chicas, algo que ha ido en aumento a lo largo del siglo XX, y parece estar relacionado con que haya tanta diferencia en la prevalencia; los chicos no son inmunes frente a la presión social, pero en su caso existe más bien un "ideal muscular" (Keel & Forney, 2013). En esta línea, Sáenz-Herrero et al. (2019) explican que el ideal del cuerpo de las mujeres como delgado es el predominante en nuestras sociedades en la actualidad (no hace tantas décadas el ideal de cuerpo de mujer era Marilyn Monroe, con unas proporciones más voluminosas y menos delgadas), mientras que el ideal del cuerpo de los hombres no se ha modificado desde la antigua Grecia: el ideal atlético era y sigue siendo el ideal del cuerpo para los hombres.

4.2.3.2 Trastornos depresivos

La depresión es dos e incluso tres veces más frecuente en mujeres que en hombres (Bleichmar, 1999; Else-Quest & Shibley, 2018; Pérez & Gaviña, 2019a; Sáenz-Herrero, 2019; Salk et al., 2017) en todas las edades, grupos raciales/étnicos y nacionalidades (Liss et al., 2019). Hasta la pubertad apenas hay diferencias en cuanto a la prevalencia entre hombres y mujeres; es a partir de entonces cuando empiezan a hacerse significativas esas diferencias: desde los 12 años ya empiezan a aparecer diferencias de sexo (Pérez & Gaviña, 2019b), y entre los 13 y los 14 años la prevalencia ya es mucho mayor en chicas (Cova, 2005).

Se ha encontrado la existencia de un sesgo profesional en cuanto a si los síntomas depresivos son referidos por un hombre o por una mujer (Pla et al., 2013; Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017), es decir, es más probable que, explicando los mismos síntomas, una mujer acabe siendo diagnosticada de depresión que un hombre. Esto puede tener que ver con que algunos síntomas depresivos coinciden con el rol de género tradicional femenino (sumisión, falta de asertividad, altruismo, sentimientos de autoculpa y la necesidad de ser una buena

esposa/madre/ama de casa) (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017). Küey (2010) refiere que, si la mujer entra en tratamiento y mejora en su sintomatología depresiva (coincidente con lo que es esperable desde el rol de género tradicional femenino), es posible que tenga que enfrentarse a otros tipos de problemas más relacionados con la estigmatización. El que los hombres presenten menos sintomatología depresiva puede tener que ver con el hecho de que tengan más dificultad a la hora de hablar de sus preocupaciones acerca de su propia salud mental, y también con que en muchas ocasiones son más tendentes a manejar dichos malestares desde la adicción (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017).

Hay diferentes teorías explicativas acerca de porqué hay mayor número de diagnósticos de depresión en mujeres que en hombres, y es también necesario tener en cuenta que su etiología es multifactorial (Pérez & Gaviña, 2019b). En primer lugar, es más probable que las mujeres pidan ayuda psicológica que los hombres (hay más aceptación social si una mujer pide ayuda que si lo hace un hombre); parece también que los hombres tienen menor probabilidad de recordar episodios previos de depresión (Liss et. al, 2019). Además, al tener las mujeres peor salud física general, es más probable que la depresión aparezca de forma secundaria, o que los síntomas de algunas enfermedades autoinmunes (esclerosis múltiple, hipotiroidismo…) coincidan con algunos de los síntomas de la depresión (fatiga, falta de energía, sueño excesivo…) (Liss et. al, 2019).

Algunas explicaciones desde las teorías sociológicas establecen también una conexión entre la feminización de pobreza y la depresión (Salk et al., 2017).

El que la prevalencia de depresión sea el doble en mujeres que en hombres, se ha tratado de explicar tradicionalmente desde lo biológico (fluctuaciones hormonales en depresión postparto, menopausia…), pero los resultados obtenidos no muestran datos concluyentes respecto a un papel determinante de las hormonas (Liss et al., 2019). Sí influyen otros factores de índole cognitiva en

el desarrollo de la depresión, como por ejemplo la rumiación: los datos muestran que las mujeres tienden a rumiar más que los hombres, que tiene efectos más negativos en las mujeres y que puede dar cuenta de parte de las diferencias de prevalencia en depresión (Krause et al., 2018; Nolen-Hoeksema, 2012; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Esto está relacionado con el autosilenciamiento, que conllevaría que las mujeres inhibieran su expresión propia con el fin de agradar a los otros y poder también así permanecer en las relaciones en las que están (Jack & Dill, 1992). En esta línea, Chodorow (1978) sugería que las mujeres desarrollan su sentido del *self* en el contexto de las relaciones significativas con los otros. La depresión también está relacionada con la insatisfacción con el cuerpo: a mayor insatisfacción corporal, mayor probabilidad de estar deprimida (Jackson et al., 2014). El neuroticismo, la introversión, la dependencia interpersonal, la autocrítica y el perfeccionismo también han sido descritos como rasgos de personalidad que hacen aumentar la vulnerabilidad a sufrir depresión, y estos tienen mayor peso en las mujeres (Pérez & Gaviña, 2019).

Otras explicaciones posibles sugieren que las mujeres pueden tolerar más que los hombres el reconocerse en depresión, lo que a su vez estaría relacionado con las diferentes formas de crianza de niños y niñas, a ellos se les anima a mostrarse como no necesitados de ayuda, lo que quizás pueda hacer que los hombres aparezcan infrarrepresentados en las muestras de pacientes con depresión (Clearfield & Nelson, 2006).

La prevalencia de la distimia (trastorno depresivo persistente en DSM-5) es también mayor en mujeres (Leal, 2006; Pérez & Gaviña, 2019)1.

1 Cabe destacar que en el DSM-5 aparecen como categorías diagnósticas separadas el Trastorno Bipolar y el Trastorno Depresivo; hasta el DSM-IV aparecían bajo la misma categoría, Trastornos del Estado de Ánimo.

Desde una perspectiva de género, también se ha tratado de explicar el porqué de una diferencia en la prevalencia tan abrumadoramente superior de las mujeres en este trastorno: los síntomas que conforman la lista del Trastorno Depresivo en el DSM se obtuvieron exclusivamente de una muestra de mujeres, aún sin hacer referencia al sexo o al género, tal y como señalan Pérez y Gaviña (2019). Las mujeres presentan, así mismo, ratios más altas de comorbilidad con ansiedad, y tienen mayor probabilidad que los hombres de que la depresión curse con trastorno de ansiedad, bulimia o trastorno somatomorfo; los hombres presentan más comorbilidad con alcohol y abuso de otras sustancias (Pérez & Gaviña. 2019).

4.2.3.3 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad (como el trastorno de pánico, las fobias específicas y el trastorno de ansiedad generalizada) afectan en mayor medida a las mujeres (Alexander & McMahon, 2010; Gater et al., 1998; Pérez & Gaviña, 2019a; Sánchez-López & Cuéllar, 2013), hasta con una ratio de 2:1 (Hartung & Lefler, 2019). Desglosando por subtipos de trastorno: las mujeres tienen cuatro veces más probabilidad de sufrir agorafobia (Bekker & Van Mens-Vcrhulst, 2007), tres veces más de sufrir ansiedad generalizada, dos veces más de sufrir trastorno de pánico y dos veces más de sufrir fobia específica (Liss et al., 2019). Ya en la adolescencia la prevalencia es de hasta tres veces mayor en chicas que en chicos, incluidas las fobias específicas y la fobia social (Warner & Bott, 2010).

Cabe destacar aquí que, según el DSM-5, son más prevalentes en mujeres que en hombres los trastornos relacionados con el consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (Hartung & Lefler, 2019).

Respecto a las posibles explicaciones de que las mujeres tengan mayor prevalencia en trastornos de ansiedad que los hombres, está tanto el que las mujeres tienen un bienestar psicológico menor que los hombres, peor calidad de vida y peor salud, así como el que a los

hombres les cueste más reportar síntomas de ansiedad (o que se entiendan como debilidad, como el llorar) debido a los roles de género (Sáenz-Herrero et al., 2019). Sáenz-Herrero et al. refieren también que las mujeres están de media más expuestas a situaciones traumáticas (violencia machista, pobreza…), que generan mayor ansiedad y vulnerabilidad hacia este tipo de trastornos.

4.2.3.4 Trastornos de la personalidad

Respecto a los trastornos de personalidad, los datos epidemiológicos (Escribano, 2006; García et al., 2010; Kienast et al., 2014; Napal-Fernández, 2019; Skodol & Bender, 2003) muestran que en mujeres la tasa de prevalencia del trastorno límite es mayor que en hombres (3:1). Se trata de un diagnóstico que, históricamente, ha sido utilizado en mucho mayor medida en mujeres que en hombres, lo que ha podido tener que ver con el tipo de síntomas referidos por las mujeres diagnosticadas con este trastorno (depresión, ansiedad, trastornos alimentarios o trauma), mientras que los síntomas referidos por hombres tenían más que ver con explosiones de ira o abuso de sustancias (Liss et al., 2019). Por esto podrían resultar más difíciles de discriminar en un diagnóstico diferencial. Napal-Fernández (2019) hace referencia a que se puede considerar a este trastorno como al heredero de la histeria y como el "reverso" o la otra cara del trastorno de personalidad antisocial: mientras que la ratio para el trastorno límite es de 3:1 (teniendo las mujeres mayor prevalencia), para el trastorno antisocial es de 1:3 (los hombres 3 veces más de prevalencia). Hacen referencia a cómo puede haber un sesgo a la hora de clasificar a las mujeres con rasgos que encajen más en este trastorno, y a los hombres en otros.

El trastorno límite, de sintomatología parecida a la histeria, diagnóstico utilizado históricamente de forma sistemática para diagnosticar a mujeres y relacionarla con la locura (Napal-Fernández, 2019), ha sido también conceptualizado desde la perspectiva del doble vínculo, ya que las mujeres podrían ser catalogadas y patologizadas en esta línea tanto por mostrar

conformidad como por no mostrarla con las expectativas de la pasividad femenina (Chesler, 1972/2019).

Desde una perspectiva feminista, se ha argumentado que se trata de una etiqueta diagnóstica utilizada en mujeres que rechazaban las normas tradicionales de género manifestando, por ejemplo, enfado, o bien en aquellas que actuaban de forma consistente con las normas de género femeninas pero que expresaban su malestar en forma de autolesiones (Chesler, 1972/2019). Se ha hecho referencia también a este sesgo en el diagnóstico basado en los estereotipos femeninos (donde las conductas más dependientes se etiquetan como trastorno límite de la personalidad); además, la ira y el abuso sexual, relacionados con el diagnóstico de este trastorno (y también más asociados a lo masculino), muchas veces hace que se diagnostique a los hombres con trastorno de la personalidad antisocial (Karim et al., 2019). También se ha encontrado que entre el 40% y el 70% de las personas diagnosticadas con trastorno límite han sufrido abuso infantil (Ball & Links, 2009).

Además del trastorno límite, hay otros dos trastornos de la personalidad que tienen mayor prevalencia en mujeres: el trastorno de la personalidad histriónica y el dependiente, aunque de nuevo podría entenderse que esta mayor prevalencia está relacionada con un sesgo de género (Skodol & Bender, 2003). De hecho, en el DSM-5 no hay datos concluyentes sobre si las mujeres tienen mayor prevalencia o parecida (Hartung & Lefler, 2019) en ninguno de los dos trastornos.

4.2.3.5 Trastorno bipolar y trastornos relacionados

Las tasas del trastorno bipolar son parecidas en ambos sexos, pero en las mujeres el ciclaje es más rápido y sufren mayor número de episodios depresivos y fases mixtas (Leal, 2006; Pérez & Gaviña, 2019a). López-Zurbano y González-Pinto (2019) explican que las diferencias de sexo más significativas se dan en el trastorno bipolar tipo I, con predominancia de la depresión en las mujeres: para las mujeres la fase depresiva es más larga y pasan más tiempo hospitalizadas por

este motivo. Añaden que también tienen más síntomas depresivos en las fases maníacas y mayor ideación e intentos suicidas (los hombres hacen menos intentos, pero son más "violentos y letales" (p. 741) y toman más medicación antidepresiva y sedantes e hipnóticos. Refieren también que los hombres tienen más sintomatología maníaca.

4.2.3.6 Trastorno de estrés post-traumático

Los dos factores de riesgo principales para sufrir trastorno de estrés post-traumático son el sexo y una historia previa de trauma (especialmente de violencia en la infancia), tal y como señalan Villamor-García y Sáez (2019).

Tolin y Foa (2008) hicieron una revisión de la investigación cuantitativa en torno al trauma y al trastorno de estrés post-traumático (TEPT) de los 25 años anteriores. Del metaanálisis de 290 investigaciones sobre TEPT que revisaron, obtuvieron los siguientes datos:

- La prevalencia de TEPT a lo largo de la vida es de aproximadamente el doble de alta para mujeres que para hombres (10% vs. 5%), a pesar de que son los hombres quienes tienen mayor probabilidad de padecer un suceso traumático. Esto puede deberse a que existe un riesgo diferente de sufrir TEPT en función del tipo de trauma al que uno se haya visto expuesto. Es decir, aunque los hombres están significativamente más expuestos al trauma en general, es más probable que las mujeres sean víctimas de determinados tipos de ataques que son más traumáticos para la persona.
- Al clasificar los trabajos según el tipo de trauma que revisaban, vieron que los tipos de experiencias traumáticas más prevalentes en mujeres eran la agresión sexual/violación (el suceso traumático con la tasa más alta de riesgo para desarrollar TEPT) y el abuso sexual infantil. Los tipos de traumas con mayor prevalencia en hombres eran accidentes, ataque no sexual, combate, guerra o terrorismo, desastres o incendios, presenciar una muerte o lesión,

enfermedad o lesiones no especificadas. En abuso infantil no sexual y negligencia infantil no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

- Analizaron también si había diferencias entre hombres y mujeres ante un mismo acontecimiento traumático, encontraron que había de un pequeño a un moderado efecto indicando una mayor frecuencia y severidad de TEPT entre las mujeres en comparación a los hombres.
- Revisaron también la sintomatología que presentaban hombres y mujeres diagnosticados/as con TEPT, y encontraron diferencias. En los hombres, aparecían en mayor medida irritabilidad, ira o comportamiento agresivo (conductas relacionadas con la externalización del comportamiento), mientras que las mujeres diagnosticadas con TEPT presentaban síntomas más relacionados con ansiedad, depresión y quejas somáticas (sintomatología más relacionada con la internalización).

Respecto a la expresión clínica de este tipo de trastornos, las mujeres tienen cinco veces más de probabilidad de reportar síntomas evitativos y cuatro veces más de estar en estado hiperalerta, de tener problemas de sueño, concentración, pérdida de motivación, y tienen cinco veces más de posibilidades de padecerlo de forma crónica; además, es frecuente que este trastorno curse con trastorno depresivo, intentos autolíticos y abuso de alcohol; los hombres con este diagnóstico tienen más trastornos comportamentales (Villamor-García y Sáez, 2019).

Al hilo de los hallazgos compilados por Tolin y Foa, Lilly y Valdez (2012) señalan que las mujeres están expuestas a diferentes formas de trauma interpersonal, y que el hecho de que presenten mayor riesgo de sufrir trauma interpersonal a lo largo de toda la vida puede estar relacionado con que tienen más riesgo de sufrir abuso sexual y maltrato físico en la infancia, y, por lo tanto, debido a esta victimización temprana, haya mayor riesgo de revictimización. Baum

et al. (2014) concluyen en una investigación sobre la traumatización secundaria o vicaria que el que las mujeres la sufran en mayor debida puede estar relacionado con que las mujeres tienen más empatía que los hombres: las mujeres responden más a las emociones de los demás, y relacionan esto con la socialización diferencial, mediante la cual se enseña a las niñas a ser más susceptibles al contagio emocional que los hombres.

4.2.3.7 Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

García-Albea et al. (2019) señalan que este tipo de trastorno tiene una prevalencia que es hasta diez veces mayor en mujeres. Además – añaden – las mujeres presentan más síntomas somáticos y de mayor intensidad que los hombres, y lo relacionan con posibles causas: factores etiológicos (mayor incidencia en mujeres de historia de abuso sexual en la infancia y en la actualidad), diferentes valoraciones de los síntomas corporales (las mujeres tienen una mayor conciencia somática y recuerdan mejor síntomas anteriores), los roles sociales (mayor estoicismo en hombres y mayor reconocimiento de malestar en mujeres) y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (relación con ansiedad y depresión, ambos más frecuentes en mujeres), así como sesgos en la investigación y en la práctica clínica.

Una vez revisados los diferentes trastornos psicopatológicos en función de su prevalencia, se recogen, de forma resumida, en la siguiente tabla.

Tabla 4

Prevalencia de trastornos mentales por sexo (según nomenclatura DSM-5)

Prevalencia parecida	Mayor prevalencia en hombres	Mayor prevalencia en mujeres
• Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.	• Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. • Algunos trastornos de personalidad: antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizotípico y esquizoide. • Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. • Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. • Suicidio (no aparece como tal en DSM-5).	• Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. • Trastornos depresivos • Trastornos de ansiedad. • Algunos trastornos de personalidad: límite. • Trastorno bipolar y trastornos relacionados. • Trastorno de estrés post-traumático. • Trastornos de síntomas somáticos.

Nota. En relación al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Hartung y Lefler (2019) señalan que ha sido así hasta el DSM-IV inclusive, pero que desde el DSM-5, se establece que hay mayor prevalencia en hombres.

4.2.3.8 Otras sintomatologías no recogidas en los manuales diagnósticos

Resulta necesario indicar que hay otros malestares que afectan a las mujeres y que no están recogidos como tal en los manuales, por no estar contemplados como categorías diagnósticas. De hecho, los malestares que padecen las mujeres y presentan en consulta, no siempre pueden englobarse bajo una etiqueta o categoría diagnóstica, tal y como se indicaba en el apartado 1.1 sobre la Justificación de la investigación. Por ejemplo, las mujeres refieren con frecuencia cansancio y dolor; se sabe que los estresores familiares pesan más como determinante a la hora de enfermar que los de clase social, tal y como señala Martínez (2013). La autora refiere cómo el "estereotipo femenino, caracterizado por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad…"

está vinculado "con la capacidad de las mujeres para cuidar de los demás, pero también con su mayor vulnerabilidad a la somatización", y añade que "los síntomas somáticos funcionales no definen ningún cuatro patológico concreto, pero están presentes en muchos síndromes clínicos" (p. 255).

Muchos de los síntomas que refieren las mujeres se solapan: fatiga crónica, fibromialgia, violencia machista… Históricamente, fue Friedan (1963/2017) en su libro "La mística de la feminidad" quien empezó a dar cuenta de cómo en Estados Unidos muchas mujeres sufrían un malestar generalizado y difuso que producía en ellas "una grave desazón" (p. 9, Valcárcel, 2017), a la que llamó "el malestar que no tiene nombre":

> Tal malestar no llegaba a ser depresión; era una especie de insatisfacción creciente. Y, sin embargo, aquellas mujeres "lo tenían todo": una carrera, una casa en las afueras con su barbacoa en el jardín, marido, tres o cuatro hijos… Y un porvenir de más de lo mismo: más camas por hacer, más cenas por preparar, más listas de la compra para anotar… La vida completa en ese mismo marco y las revistas femeninas para instruirlas en cómo vivirla. (…) Friedan llama "mística de la feminidad" a esa imagen de lo "esencialmente femenino", eso de lo que hablan y a lo que se dirigen las revistas para mujeres, la publicidad y los libros de autoayuda. (pp. 10-11, Valcárcel, 2017)

Algunos de estos malestares podrían recogerse de la siguiente manera:

- **Fibromialgia.** Se ha definido tradicionalmente por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, pero de un tiempo a esta parte se ha propuesto (Wolfe et al., 2010) que se incluya el dolor generalizado, la disfunción cognitiva, el sueño no reparador y diferentes síntomas somáticos como variables diagnósticas, tal y como señalan Miró et al. (2012). Las autoras señalan una prevalencia significativamente mayor en las mujeres, con tasas de 9:1 (Katz et al.,

2010) y de hasta 22:1 en España (Amigot & Pujal, 2015; Mas et al., 2008), por lo que está considerada como una enfermedad "de mujeres" (Yaghmaian & Miller, 2018). Su etiología no está determinada, es muy incapacitante y al mismo tiempo se trata de una enfermedad infraestudiada: hoy en día sigue sin haberse podido "construir un protocolo consensuado que permita objetivar dicho dolor en los términos que el paradigma biomédico establece", con la consecuente falta de reconocimiento a ese malestar (Amigot & Pujal, 2015, p. 1552). Los estudios con un enfoque feminista y biopsicosocial proponen que los y las profesionales que se encargan de su tratamiento no pongan el foco en lo individual sino en lo físico y en lo social (Yaghmaian & Miller, 2018).

- **Violencia machista.** Dentro del DSM-5 (APA, 2013/2014), en la parte final del mismo, sí se recogen categorías como "Violencia física por parte del cónyuge o la pareja", "Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja" y "Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja", pero como queda patente bajo esa nomenclatura, no se incluyen desde una perspectiva de género ya que no se nombra bajo el término "violencia de género". Resulta necesario, no obstante, considerar la violencia machista y sus consecuencias como variable con un gran impacto negativo en la salud de las mujeres. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2013, casi el 30% de las mujeres que habían tenido una relación de pareja reportaban haber sufrido algún tipo de violencia (física y/o sexual) en algún momento de sus vidas, y en ese mismo informe se recoge que está confirmado las consecuencias que este tipo de violencia tiene sobre la salud física y mental. En concreto, en lo relativo a la salud mental, las consecuencias están relacionadas con la depresión, distimia, conducta suicida, ansiedad generalizada, trastorno de estrés post-traumático, abuso de sustancias y detrimento de la autoestima; además, las mujeres que han sufrido este tipo de violencia consumen más

antidepresivos, ansiolíticos y analgésicos que las mujeres que no la han sufrido (Correa et al., 2019).

La violencia que sufren las mujeres está relacionada con mayores índices de depresión, al igual que haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Liss et al., 2019).

Algunos estudios muestras que entre un 31% y un 84% (dependiendo del instrumento de medida) de las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas experimentan trastorno de estrés post-traumático; otros estudios muestran como las mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave son extremadamente vulnerables a sufrir violencia (hasta un 79,6%) a lo largo de su vida (Correa et al., 2019).

- **Violencia sexual.** Se expresa de diferentes formas: acoso sexual, agresión sexual, explotación sexual, abuso sexual en la infancia, a través de las redes sociales, dentro de la pareja, prostitución, tráfico de seres humanos, mutilación genital femenina… (San Vicente et al., 2019). Como señalan las autoras, las consecuencias en la salud mental de las mujeres pueden variar en función del tipo de violencia sexual: por ejemplo, como resultado de una agresión sexual, se pueden activar mecanismos disociativos o llegar a desarrollarse trastorno de estrés post-traumático; cuando hay violencia sexual dentro la pareja (infligida por el hombre), la mujer puede sufrir depresión, tener ideación suicida o una imagen corporal negativa; en el caso de abuso sexual infantil el rango de consecuencias es muy variado.

4.3 Internalización versus externalización

De lo anterior, podría señalarse también que las mujeres tienen – en general - mayor prevalencia en trastornos relacionados con la internalización: ansiedad, depresión, sintomatología somática, mayor ideación y conducta suicida (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017) … mayor prevalencia de síntomas “volcados” hacia una misma. Por el contrario, los hombres tienen, en general, mayor prevalencia en trastornos relacionados con la externalización: trastorno de

personalidad y conducta antisociales y adicciones (Eaton et al., 2012), mayor mortalidad tras intento autolítico, a pesar de que las mujeres tienen mayor ideación e intentos. Además, la duración de la ideación suicida es más breve en hombres que en mujeres, por lo que es más difícil de prevenir, como sugieren Sánchez-López y Limiñana-Gras (2017). Nuevamente, presentan mayor prevalencia de síntomas "volcados" hacia el exterior.

Eaton et al. (2012) revisaron los patrones de psicopatología y comorbilidad según sexo y género, y pudieron confirmar que las mujeres presentaban mayores tasas de trastornos relacionados con la internalización (como son la ansiedad y la depresión), y los hombres mayores tasas de trastornos relacionados con la externalización (trastorno antisocial, abuso de sustancias). En ese mismo estudio, señalan que la internalización incluye componentes relacionados con la angustia (más conectados con trastornos como la depresión, distimia y ansiedad generalizada) y el miedo (más relacionados con el trastorno de pánico, fobia social y específica).

En un estudio llevado a cabo por Bailey et al. (2007) se encontró que, ya entre los 10 y los 12 años, las niñas tenían más rasgos internalizadores y una autoestima negativa, mientras que los chicos tenían más síntomas externalizadores y problemas en el colegio.

El hecho de que las chicas muestren más síntomas de internalización y psicopatología (como depresión, ansiedad y quejas somáticas) y el que los chicos muestren más sintomatología relacionada con la externalización (delincuencia, agresión y trastornos de conducta), es una tendencia que ya en la adolescencia empieza a estar marcada (Hoffmann et al., 2004).

Como Hartung y Lefler (2019) refieren, la hipótesis de la socialización diferencial da cuenta de que los factores socioculturales pueden tener un efecto en la forma en la que hombres y mujeres expresan su psicopatología.

Si se tiene en cuenta los trastornos producidos por el consumo de sustancias al que se hacía referencia anteriormente, en las mujeres son más prevalentes los trastornos ocasionados por el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, mientras que los hombres padecen más trastornos por consumo de estimulantes (Hartung & Lefler, 2019). Las autoras hacen una comparativa de la prevalencia de diagnósticos del DSM-IV frente al DSM-5, y refieren un cambio de tendencia en los trastornos por consumo de estimulantes: mientras que el DSM-IV proponía una mayor prevalencia en hombres (1-4:1), el DSM-5 refiere que ahora son las adolescentes quienes los padecen en mayor medida (3:1) y que en la adultez hay ratios parecidas entre hombres y mujeres.

El que a las mujeres se les receten narcóticos, ansiolíticos y otras drogas con más frecuencia que a los hombres puede constituir una importante amenaza para su salud, debido a la accesibilidad y aceptabilidad de estas sustancias (Alexander & McMahon, 2010).

Teniendo en cuenta que el consumo de alcohol ha ido aumentando en las mujeres en los últimos años y que uno de los usos que se le da al alcohol tiene que ver con reducir la tensión (Campbell & Wolff, 2017), podría hipotetizarse que quizás ese aumento en el consumo de las mujeres tiene que ver con el uso del alcohol como una especie de "ansiolítico" que no requiere prescripción.

Burin (s.f.) refiere que las mujeres consumen el doble de psicofármacos que los hombres, y el principal grupo de riesgo son "las amas de casa de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal, con varios hijos pequeños, y las que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extradoméstico)".

Explica que los psicofármacos que detalla son ansiolíticos (para combatir ansiedad), antidepresivos (que se prescriben normalmente para tratar estados depresivos y sentimientos de tristeza, llanto…) y somníferos (para tratar insomnio). Según explica,

> los síntomas de ansiedad, tristeza, tensión, enojo, que expresan mujeres hacia sus condiciones de vida se han vuelto cada vez más medicalizados en nuestra cultura: han obtenido el status de "enfermedad". Nuestro sistema de salud dominante tiende a visualizar estas reacciones emocionales como patológicas, y responde ofreciendo estas drogas para lo que llaman "tratar la enfermedad". Las mujeres mismas son percibidas como "el problema", por parecer débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables, necesitadas de ayuda para enfrentar sus problemas. Lo que resulta llamativo es cómo las mujeres mismas han internalizado el estereotipo de su fragilidad y vulnerabilidad, de su inadecuación, y de la idea de que deberían acudir al médico en busca de ayuda cuando esto sucede. Y aunque oscuramente perciben que los psicofármacos no constituyen ninguna solución a sus problemas, sin embargo, parecería que no podrían más que someterse a esa prescripción, y dar por concluida la consulta con la repetición, una y otra vez, de la misma receta, aunque a menudo se deba aumentar la dosis cuando el tranquilizante comienza a producir acostumbramiento (Burin, s.f.).

Pla et al. (2013) exponen que las mujeres “acuden más a los servicios de atención primaria mientras que los hombres acuden más a los servicios hospitalarios” (p. 26), y consideran que estas diferencias a la hora de hacer la demanda pueden explicarse desde la socialización diferencial, que facilita que las mujeres puedan expresar su malestar y pedir ayuda, y dificulta el que los hombres puedan hacerlo hasta que se encuentran en un estado grave. Por lo tanto, se puede deducir que la enfermedad mental estará infradiagnosticada en hombres, como señalan Sánchez-López y Limiñana-Gras (2017), y habrá que tener en cuenta que el que los hombres hagan menos uso de los servicios sanitarios puede estar influenciado, como se señalaba anteriormente, por las normas

de masculinidad, que hagan que pedir o buscar ayuda no se considera algo "varonil" (World Health Organization, 2019).

El hecho de interiorizar está inevitablemente relacionado con el no hablar. Varela (2017) hace referencia al silencio como el "mandato patriarcal por excelencia" (p. 133), debido a que "durante siglos se mantuvo la expresa prohibición de tener conocimiento, leer, escribir, crear, hablar en público" (p. 133) a las mujeres.

Se decidió utilizar el Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (Morey, 2007) como instrumento de medida debido a que evalúa ansiedad (con tres tipos de respuesta), depresión, rasgos límites, quejas somáticas y otras escalas clínicas, y también porque puede utilizarse en población clínica y en población general. Se consideró un instrumento adecuado ya que las variables que evalúa son coincidentes con los trastornos psicológicos revisados más prevalentes en mujeres y también algunas de las características o rasgos son parte de estos. Así mismo, se incluyó el test de actitudes hacia la comida EAT (Garner et al., 1982) porque el PAI no evalúa trastornos alimentarios, y como se ha visto, están entre los más prevalente en mujeres.

Para poder seguir profundizado en las diferentes formas en las que mujeres y hombres expresan sus malestares, pasemos ahora a poner el foco en lo social.

Resumen del capítulo: En este capítulo se han revisado los trastornos psicopatológicos con prevalencia parecida en ambos sexos, aquellos que tienen mayor prevalencia en hombres y los que son más prevalentes en mujeres. Se detallan también algunos malestares que, pese a no ser categorías diagnósticas como tal, resultan útiles para comprender las formas de enfermar de las mujeres. Por último, se pone en relación lo anterior con la internalización (más habitual en mujeres) y la externalización (más común en hombres).

Capítulo 5

LOS MALESTARES DE LAS MUJERES

CAPÍTULO 5: LOS MALESTARES DE LAS MUJERES

Objetivo del capítulo: En el presente capítulo se revisan malestares que, aunque no son necesariamente cuantificables ni englobables en categorías diagnósticas, pueden influir en que las mujeres tengan peor salud mental que los hombres.

La morbilidad diferencial entre hombres y mujeres puede explicarse mediante dos tipos de formulaciones: la primera, sostiene que los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos son los condicionantes de las diferencias de morbilidad entre ambos sexos. Sin embargo, parece que la mayoría de los estudios resultan insuficientes a la hora de explicar dicho fenómeno (Fine, 2018; Montero et al., 2004; Rippon, 2019).

En los primeros años de vida, los trastornos psicológicos se presentan con igual prevalencia en bebés niños y niñas (Hartung & Lefler, 2019), pero más adelante, tal y como señalan Sánchez-López y Cuéllar (2013) haciendo referencia al estudio de Ellis et al. (2008), los trastornos mentales en la infancia (trastornos de conducta, de déficit de atención e hiperactividad, trastornos de comunicación y lenguaje - tartamudez, autismo y Asperger) empiezan a ser más frecuentes y se diagnostican más en niños que en niñas. Esta tendencia se invierte en la adolescencia, donde las mujeres empiezan a tener peor salud. De igual forma ocurre, de forma específica, con la depresión: en la infancia no hay diferencias de sexo, pero en la adolescencia temprana empiezan a aparecer más síntomas depresivos en las chicas (Else-Quest & Shibley, 2018), y desde ese momento en adelante las mujeres tendrán mayor prevalencia. Estos datos indicarían que no se trata de trastornos (únicamente) genéticos, sino que estarían influenciados por factores ambientales.

La segunda de las formulaciones se basa en las teorías ambientalistas, que defienden que son las variables socioculturales las que actúan a través de roles y patrones de conducta

socialmente impuestos las que en última instancia condicionan la forma en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico (Montero et al., 2004; Sánchez-López et al., 2013). Gove (1984), Kohen (2010) - citando a Dohrenwend y Dohrenwend (1977) -, y Nazroo (2001) señalan que el que las mujeres tengan peor salud mental que los hombres puede tener que ver con que se ven afectadas de forma diferente por el estrés social: son más pobres que los hombres (la llamada "feminización de la pobreza", Belle y Doucet, 2003). Además, sufren más abusos (violencia machista, abusos sexuales) que los hombres, tanto durante la infancia como durante la adultez (OMS, 2018). Otros factores, como la violencia de género, la división sexual del trabajo debido (doble o triple jornada: laboral, tareas domésticas/cuidados y redes afectivas) y los ideales de belleza (presión social sobre sus cuerpos) son factores que indicen significativamente en que las mujeres tengan peor salud (Sánchez, 2018).

Bien es cierto que, como Wood y Eagly señalan (2013), ni la biología ni la cultura pueden, de forma aislada, dar cuenta de las diferencias o similitudes de sexo. Es aquí donde cobra especial relevancia el modelo biopsicosocial como modelo teórico explicativo (que se revisará con más detalle en el Capítulo 6).

El género está reconocido como un poderoso determinante social de la salud (Sáenz-Herrero, 2019): La OMS (2018) señala que es también causa de inequidad sanitaria, ya que interactúa con otros determinantes e influye en los riesgos, exposición, comportamientos y respuesta del sistema de salud, en el empleo y condiciones de trabajo.

Tabla 5

Ejemplos de determinantes y de conductas en la esfera de la salud en función del género[2], y su influencia en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	Factores determinantes de la salud relacionados con el género	Conductas en la esfera de la salud en función del género
3.1: Mortalidad materna	Las niñas con niveles más bajos de autonomía pueden recibir presiones para abandonar la escuela, contraer matrimonio y tener hijos en la edad adolescente, lo cual se asocia con un mayor riesgo de muerte materna (6).	La falta de recursos económicos y de otra índole puede impedir que algunas mujeres acudan a centros de atención sanitaria y se retrase la atención obstétrica.
3.2: Muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años	La influencia de la mujer en la toma de decisiones en el hogar y en el control de los recursos determina los recursos asignados a la alimentación y el bienestar de los niños.	El género de un niño enfermo puede influir en las decisiones de sus padres. En ocasiones, ello da lugar a que las niñas tengan menos probabilidades de ser atendidas cuando lo necesitan.
3.3: Epidemias de sida, tuberculosis, paludismo, enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Las ocupaciones de los hombres (por ejemplo, las que implican trabajar al aire libre) pueden aumentar la exposición a los mosquitos. Asimismo, las tareas domésticas que realizan las mujeres, como la recogida de agua, también pueden aumentar la exposición.	En ocasiones, los horarios de apertura de los centros de salud no son compatibles con los compromisos laborales de los hombres. Además, los varones pueden tener menos acceso a intervenciones como las pruebas y el tratamiento de la infección por el VIH que, a menudo, se prestan a través de los servicios de salud reproductiva que utilizan principalmente las mujeres (7).
3.4: Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) y promoción de la salud mental	Si la etnia, la situación socioeconómica y la ubicación geográfica influyen las tasas de ENT, el género puede interactuar estrechamente con estos factores para aumentar las	Las normas relacionadas influyen mucho en la aceptabilidad de determinadas exposiciones de riesgo muy asociadas con las tasas de mortalidad por ENT (9). Por ejemplo, en algunas sociedades se considera que fumar tabaco es un aspecto

[2] Se consideraría más correcto utilizar el término "sexo" en vez de "género" en esta tabla, teniendo en cuenta los contenidos de la misma y lo revisado en el Capítulo 2 sobre las definiciones de "sexo" y "género".

	tasas de estas enfermedades. Por ejemplo, las mujeres de las minorías étnicas que viven en entornos urbanos obesogénicos tienen tasas de diabetes más elevadas (8).	positivo de la masculinidad y un hábito mal visto en una mujer. Sin embargo, las empresas tabacaleras se adaptan a los cambios en las normas sociales aumentando la publicidad dirigida a las mujeres, que se ven expuestas a más riesgos para su salud.
3.5: Drogadicción y consumo excesivo de bebidas alcohólicas	Los adolescentes de orientación homosexual (gays y lesbianas), bisexual (10) y transexual (11) tienen índices más altos de drogadicción y consumo excesivo de bebidas alcohólicas.	Las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de acceder a programas de tratamiento porque deben cuidar de los niños o por temor de perder la custodia de los mismos, entre otros aspectos (12).
3.6: Accidentes de tránsito	Las expectativas culturales y sociales de los empleos "aceptables" (como conductor de autobús, camión o taxi) aumentan la exposición de los hombres (13).	Además, los hombres jóvenes suelen adoptar comportamientos de riesgo influidos por normas y expectativas asociadas a la masculinidad, como ocurre con la manera de conducir vehículos.
3.7: Acceso universal a los servicios de atención sexual y reproductiva	Las tasas de embarazo, matrimonio infantil y violencia de género son más elevadas entre las adolescentes que viven en zonas afectadas por catástrofes naturales (14).	En algunos países, las mujeres necesitan el permiso de los hombres para utilizar anticonceptivos (15).
3.8: Logro de la cobertura sanitaria universal	Cuando la vulnerabilidad asociada a la etnia y la ubicación geográfica se suma a la relacionada con el género, se limita el acceso a los servicios de salud (16).	En los lugares donde los seguros de enfermedad se contratan voluntariamente, la menor capacidad de pago de las mujeres y la necesidad de cuidar de sus hijos suelen influir en esta decisión (17).
3.9: Polución y contaminación ambiental	El trabajo (ya sea dentro o fuera del hogar) influye en las tasas y los tipos de exposición a los riesgos. Por ejemplo, los hombres suelen estar más expuestos a los contaminantes de los vehículos de motor, y las mujeres, a los humos de las cocinas.	Los hombres, cuyas tasas de tabaquismo son más elevadas, están también más expuestos a los contaminantes del aire. Estos dos factores agravan las diferencias entre sexos en relación con determinados resultados sanitarios (18).

Nota. Consultado en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender (OMS, 2018).

Antes de revisar algunos de los factores que influyen en los malestares de las mujeres, se considera necesario hacer mención a la definición de Martínez (2003) sobre qué es el malestar psicológico: “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” (p. 257).

5.1 Socialización de género

Partiendo de las definiciones del capítulo 1, resulta necesario tener en cuenta la doble realidad sexo-género (Fernández, 2004), según la cual sexo y género son dos condiciones complejas y diferenciadas, aunque pueda existir cierto solapamiento y relación entre ambas: El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto (OMS, 2019). Recordando la definición de la OMS: El término sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente mientras que el término género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para hombres, mujeres, niños, niñas y personas con identidades no binarias (OMS, 2019).

Por lo tanto, podríamos decir que las personas nacen con sexos masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido a través del proceso de socialización diferencial configura y compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros que hombres y mujeres desarrollarán en sociedad. Es un proceso que comienza con el nacimiento y se prolonga a lo largo de toda la vida, a través del cual las personas, mediante la interacción, aprenden e interiorizan valores, actitudes, expectativas y comportamientos característicos de la sociedad a la cual pertenecen y que les permiten funcionar y desenvolverse en ella (Giddens, 2014). Tal y como la OMS (2019) señala que si las personas no se ajustan a las normas (masculinidad y/o feminidad incluidas), a los roles

o responsabilidades en torno al género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, lo que puede afectar negativamente a la salud.

Desde esta óptica, entender el género como construcción social conlleva entenderlo como "el resultado de un conjunto de prácticas, actividades y experiencias organizadas en torno a un sistema social determinado, que presenta ideales distintos para hombres y mujeres" (Navarro, 2010).

Las normas y estándares sociales guían y constriñen las conductas (Cialdini & Trost, 1999). Una de las posibles explicaciones de que las mujeres tengan mayor prevalencia en trastornos mentales que los hombres es que los roles sociales son diferentes para ambos (Matud & Aguilera, 2009). Como la mayoría de las sociedades considera que mujeres y hombres son diferentes, y que deben por lo tanto ocupar roles distintos, los socializa de manera distinta (Matud & Aguilera, 2009): alejarse de los ideales de género puede resultar estresante tanto para mujeres como para hombres (son ideales impuestos socialmente y de no cumplirlos es más difícil tener una buena representación externa de autovalía), pero tiene consecuencias más negativas para las mujeres que para los hombres. Es decir, el seguir lo que dictan los roles de género no conlleva una mejor salud mental. Gran parte de esos ideales socialmente impuestos tienen que ver con cómo "la identidad femenina gira privilegiadamente en torno a su capacidad de crear y mantener afiliaciones y relaciones y la valoración social refuerza esta condición, contribuyendo de esta manera a una sutil descalificación culpabilizadora que potencia el propio sentimiento de inadecuación", tal y como Levinton (2000/2010) señala en su estudio sobre la moral de las mujeres. La autora explica cómo

> El fantasma de la soledad acompañando el autorreproche de no ser lo suficientemente valiosa, o de no haber hecho lo que correspondía para conseguir enamorar, retener o recuperar a la persona amada será una fuente de enorme sufrimiento, un autorreproche que

se hará extensivo a todo tipo de relaciones responsabilizándose por su mantenimiento. (Levinton, 2000/2010, p. 165)

En un estudio sobre la influencia del rol tradicional femenino en sintomatología ansiosa, Pérez y Serra (1997) obtuvieron resultados que indicaban que las mujeres con puntuaciones más altas en feminidad presentaban también niveles más altos de ansiedad. Las creencias tradicionales, a las que nos estamos refiriendo también como rasgos de la feminidad, dificultan el bienestar psicológico de las mujeres, ya que están relacionadas con situaciones de pasividad, dependencia, falta de asertividad y baja autoestima, lo que se relaciona a su vez con sintomatología ansiosa y depresiva (Bleichmar, 1999). Se puede decir, por lo tanto, que los determinantes de género son causa de actitudes y formas de vida relacionados con la vulnerabilidad y la tendencia a enfermar: por ejemplo, el ideal de feminidad relacionado con un cuerpo "delgado e inerte (modelo contemporáneo de género) aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes con la identidad en formación, favoreciendo trastornos de la alimentación" (Velasco, 2009, p. 148).

Los medios de comunicación también influyen en este proceso de socialización, debido a que se transmite normalmente una asunción dualística del género (Chrisler, 2013). Por un lado, por la sobrerrepresentación de personajes masculinos en dibujos animados y cuentos infantiles; por otro, porque cuando aparecen chicas, normalmente lo hacen en roles tradicionales (dentro de las casas, mientras que los personajes masculinos aparecen fuera de casa o trabajando), pero también por las características asociadas a los personajes masculinos (resuelven problemas mediante el uso de la inteligencia, mientras que los personajes femeninos aparecen preocupados por su aspecto físico) (Liss et al., 2019). Los juguetes han estado tradicionalmente dirigidos a niños o a niñas de forma independiente: los juguetes para las niñas han estado más relacionados con tareas domésticas, de cuidados o sobre el atractivo físico, mientras que para los niños han sido más

violentos, peligros o promovían la competición, mediante pistolas, muñecos de acción o el fútbol (Blakemore & Centers, 2005).

Cabe decir que "el género es una de las primeras categorías de las cuales los niños y las niñas llegan a tener conciencia", y en torno a los tres años se suele haber formado tanto la identidad de género como los estereotipos con relación al mismo: comportamientos, juegos e intereses que son propios de niños o niñas (Martin, 2014, p. 4). Respecto a la socialización diferencial de niños y niñas, Esteban y Távora (2008) señalan que unos y otras sufren privaciones y censuras continuas respecto a determinados deseos y necesidades: algunos de esos deseos serán cohibidos o inhibidos en mayor o menor medida, y otros serán reforzados. Esto se hará normalmente (por parte de padres, madres, escuela, profesorado…) de acuerdo con los modelos mayoritarios y socialmente asignados, en función del sexo biológico. La consecuencia es que se aprehenderán pautas intelectivas, emocionales, simbólicas y actitudinales que serán diferentes para niñas y niños (mujeres y hombres).

Fine (2018) describe el proceso de la siguiente manera:

> Psicólogos del desarrollo describen a los niños como 'detectives de género'. Los niños ven que la categoría del sexo es nuestra forma más primaria de dividir el mundo social, y desde ahí aprenden qué significa ser hombre o mujer. Entonces, una vez que son conscientes de su propio sexo, de los dos a los tres años de edad, esta información adquiere un elemento motivacional: los niños empiezan a 'autosocializar' (p. 197). Desde su nacimiento, los niños encuentran muchas pistas e indicios de género en el mundo real: estereotipos transmitidos por la publicidad, palabras de ánimo o desánimo, las expresiones o el lenguaje corporal de terceras personas, jugueterías o cajas de juguetes, películas, programas de

televisión, segregación por sexos de los roles sociales de los adultos y un largo etcétera (p. 199).

Como parte de la socialización diferencial, a las mujeres se les enseña a prestar atención a sus estados emocionales propios y a los de los otros (Chaplin et al., 2005; Fivush et al., 2000), a tener en cuenta que su apariencia física es una parte importante de su identidad y que deben adaptarse a los patrones de belleza establecidos (Fredrickson & Roberts, 1997; Moradi & Huang, 2008; Tatangelo et al., 2016). Por lo tanto, pasarían a considerarse rasgos definitorios de la feminidad el que las mujeres se preocupen por mantener las relaciones personales, el poner sus necesidades de los otros por delante de las suyas propias y el preocuparse por su apariencia (Liss et al., 2019).

Resulta necesario relacionar la socialización diferencias con algunas de las consecuencias: las mujeres representan más del 70% del personal sanitario remunerado, se ocupan mayoritariamente de la atención domiciliaria y comunitaria, y también de los cuidados no remunerados (OMS, 2018). El porcentaje de mujeres que estudian arquitectura e ingeniería sólo llega al 27%; hay el doble de mujeres desempleadas con carrera universitaria que hombres; sólo el 14% de los puestos de enseñanza universitarios están ocupados por mujeres; sólo hay un 2,8% de mujeres en los consejos de administración de las empresas y el salario de las mujeres es un 27,2% inferior al de los hombres que ocupan el mismo puesto (López-Sáez et al., 2008).

5.2 Identidades, roles y estereotipos de género

La identidad de género hace referencia a un conjunto de procesos multidimensionales y heterogéneos, en constante evolución, que son el resultado de la interiorización de normas y expectativas sociales (Sánchez-López & Limiñana-Gras, 2017). Tal y como señala Hernando (2000), la identidad de género femenina está caracterizada “por una conciencia mucho más generalizada entre las mujeres que entre los hombres de la necesidad afectiva y de la interrelación”

(p. 102). Añade que los roles afectivos y expresivos en las mujeres se han visto fomentados en las mujeres, mientras que en los hombres se han incentivado roles más instrumentales, y que la identidad de género es algo que se construye, al igual que cualquier otra forma de identidad.

La OMS (2018) define los roles de género como "construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas", e indica que el género hace también "referencia a las relaciones entre las personas y a la distribución del poder en esas relaciones". La OMS señala también el género guarda relación con las categorías del sexo biológico (ser hombre o mujer) pero no se corresponde forzosamente con ellas. Matud (2017) hace referencia a que los ideales de género suponen una limitación para el desarrollo de las capacidades como seres humanos.

La conformidad con las normas de género tiene un importante impacto en la salud: por ejemplo, en muchas culturas está aceptado socialmente que los hombres beban gran cantidad de alcohol, que eviten llevar una dieta sana o acudir hacer uso de los servicios sanitarios, y como consecuencias de las normas de género, las mujeres toman pocas decisiones o limitan su actividad física por temor a resultar poco femeninas (Fleming & Agnew-Brune, 2015).

El que las mujeres sigan los roles de género relacionados con la feminidad (preocupación por mantener las relaciones personales, anteponer las necesidades de los demás por delante de las suyas propias y preocuparse por su apariencia, como indicaban Liss et al., 2019), está asociado con peores consecuencias para la salud mental. Por ejemplo, los rasgos tradicionales femeninos están relacionados con mayores niveles de depresión (Brazelton et al., 1996; Richmond et al., 2015; Tolman, 2002; Tolman & Porche, 2000; Tolman et al., 2006;) y el que las niñas empiecen a tener ratios más alto de depresión que los chicos a los 13 años, ha llevado a pensar que el que se

intensifiquen en esas edades los marcadores de género puede estar ligado al desarrollo de la depresión, tal y como recogen Liss et al. (2019).

Los estereotipos de género son el conjunto de creencias culturales compartidas sobre el comportamiento, la apariencia, los intereses y la personalidad de hombres y mujeres (Else-Quest & Shibley, 2018). Para investigar acerca de estas cuestiones, resulta útil preguntar a las personas encuestadas acerca de lo que consideran que son estereotipos para el resto de la gente. Else-Quest y Shibley (2018) ponen como ejemplo la investigación de Ghavami y Peplau (2013), donde se pedía las personas que participaron el estudio que hicieran una lista con al menos "10 características que sean parte de los estereotipos culturales actuales de [grupo objetivo, por ejemplo, hombres asiático-americanos]…" (p. 116), indicando que no se estaba preguntando por las creencias personales, sino por las que tenía la gente en general. En ese estudio se encontró que la muestra definió a las mujeres como emocionales, cariñosas, preocupadas por la apariencia, habladoras, sumisas, dependientes, maternales, femeninas, manipuladoras, atractivas, como objetos sexuales, materialistas y celosas; los hombres fueron descritos como respetados, inteligentes, de alto estatus, líderes, machistas, agresivos, proveedores, infieles, ambiciosos y arrogantes Ghavami y Peplau (2013).

Pla et al. (2013) refieren que los estereotipos de género conllevan creencias que incluyen los siguientes (Velasco, 2009):

> rasgos de personalidad (subordinación/dominio), roles (cuidadora/sustentador económico de la familia), profesiones (secretaria/empresario), mandatos (subordinarse a las necesidades y expectativas de los hombres/demostrar siempre potencia y creer que su cuerpo es una máquina invencible), exigencias sociales (silenciar la propia fortaleza e inteligencia/ocultar las debilidades). En resumen, la feminidad se identifica con

subordinación, entrega, pasividad y seducción, mientras que la masculinidad presupone poder, propiedad y potencia. (p. 23, Pla et al., 2013).

Resulta necesario señalar que, además de los anteriores, hay otros estereotipos tradicionalmente asociados a las mujeres. Por ejemplo, las mujeres han estado tradicionalmente asociadas a la locura, especialmente cuando no se adaptaban o alcanzaban los estándares tradicionales de feminidad, aunque también cuando eran "demasiado" femeninas (exceso de dependencia, pasividad) o "histéricas" (Chesler, 1972/2019).

En la investigación que llevaron a cabo López-Sáez et al. (2008), donde se trataba de comprobar la evolución de los estereotipos de género en 1993 y 2001 en muestras representativas de la población española, se encontró que el contenido de los estereotipos de género no se había modificado a pesar del paso de los años, "confirmándose la clásica tipología en las que se asignan más rasgos expresivo-comunales a las mujeres que a los hombres, y por el contrario, más rasgos instrumental-agentes a los hombres" (p. 609). Es decir, los estereotipos parecen ser resistentes al paso del tiempo.

Como se está viendo, la socialización diferencial, a través de los roles y estereotipos de género asociados con los sexos, tiene impacto en las expectativas y deseos de las personas. Por ejemplo, en la encuesta de 2020 (EpData.es) titulada "¿Qué quieres ser de mayor?", en la que participaron 1.800 niños y niñas españoles/as, se recogían las profesiones preferidas diferenciando por sexo. Éstos fueron los resultados:

Tabla 6

Resultado encuesta ¿Qué quieres ser de mayor?

Niños	Niñas
Futbolista (25,1%)	Profesora (19,9%)
Policía (15,6%)	Médica (16,7%)
Profesor (12,5%)	Peluquera (12,1%)
Médico (6,3%)	Veterinaria (10,5%)
Youtuber (5,9%)	Futbolista (7,1%)
Ingeniero (4,7%)	Policía (6,7%)
Informático (4%)	Cantante (5,6%)
Bombero (3,9%)	Actriz (4,5%)
Veterinario (3,2%)	Ingeniera (3,8%)
Jugador de baloncesto (2,6%)	Enfermera (2,7%)

Resulta evidente cómo, en el 2020, los niños quieren dedicarse en mayor medida a profesiones que impliquen deporte (futbolista, jugador de baloncesto), acción (policía, bombero), cuidados (profesor, médico, veterinario) o ciencias (ingeniero, informático). En las niñas, las profesiones relacionadas con los cuidados aparecen en las primeras posiciones; y también destacan las profesiones relacionadas con la imagen (peluquera, cantante o actriz), que no aparecen en el listado de los niños.

Resulta inevitable pensar que los estereotipos de género asociados a los hombres nombrados en este apartado (machistas, agresivos, arrogantes…), están conectados con el siguiente de los puntos, la violencia machista.

5.3 Violencia machista

Naciones Unidas define la violencia contra las mujeres como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (OMS, 2020b). Tal y como la OMS (2020b) indica, es un grave problema de salud pública y constituye una violación de los derechos humanos

de las mujeres. Las cifras que ofrecen indican que un 35% de las mujeres de todo el mundo han sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida (ya sea por su pareja o por terceros); de hecho, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por sus parejas hombres. Respecto a las consecuencias para la salud, este tipo de violencia puede (OMS, 2020b):

- Tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio.
- Producir lesiones (el 42% de las mujeres víctimas de violencia da manos de su pareja refieren alguna lesión a consecuencia de dicha violencia).
- Ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH con mayor probabilidad que las mujeres que no habían sufrido violencia.
- La violencia en la pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer.
- Ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio. Un análisis de 2013 concluyó que las mujeres que habían sufrido violencia a manos de su pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida.
- Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.
- La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida.

Podría decirse que las consecuencias de la violencia ejercida por la pareja en la salud mental incluyen depresión, distimia, conducta suicida ansiedad generalizada, fobias, trastornos de estrés post-traumático, abuso de sustancias, y el que las mujeres que la sufren consuman más antidepresivos, ansiolíticos y analgésicos que aquellas mujeres que no la sufren (Correa et al., 2019). El sufrir violencia por parte de la pareja hace que exista el doble o el triple de posibilidades de tener síntomas depresivos o depresión post-parto (Beydoun et al., 2012).

La terminología de la violencia ha ido cambiando con los años. Cuando se empezó a hablar de ella, se la empezó a llamar "violencia doméstica", por entender que era algo que sucedía dentro de las casas. Sin embargo, con el tiempo pasó a llamarse "violencia de género", al entender que se trataba de violencia ejercida de un hombre a una mujer con la que tenía o había tenido una relación de pareja, y de forma más reciente de denominarla es "violencia machista", ya que esta terminología incluye la violencia que ejerce un hombre a una mujer por el hecho de serlo (Ruiz, 2019) independientemente de si tiene o ha tenido relación de pareja con ella o no. "Violencia machista" sería, por lo tanto, un conceto más amplio que

> se refiere a todas aquellas acciones que contribuyen al menoscabo sistemático de la dignidad, la estima y la integridad física y mental de las mujeres, niñas y personas con una identidad de género y/o sexualidad distinta a la normativa (…) es una expresión de la desigualdad que impone el patriarcado y, a su vez, es el instrumento que garantiza su continuidad. Se arma a través de tres ámbitos: la violencia simbólica, que genera los prejuicios y el ideario; la violencia estructural, con todas las instituciones que garantizan la discriminación; y la violencia material, en todas sus expresiones concretas de violencia directa (Gobierno de Euskadi, 2019, p. 134).

Es necesario señalar que se trata de una violencia que "no ocurre en un entorno neutral si no en una estructura social patriarcal que, en algunos aspectos, mantiene vigentes ciertos usos y costumbres que limitan la autonomía y libertad de las mujeres, naturalizan su sometimiento, impiden su emancipación… (Ferrer et al., 2008); por eso se habla también de violencia estructural.

El poder nombrar a la violencia como machista, permite visibilizar que se trata de un problema de salud pública y política, y no personal. En la línea de lo que proponía Millet, lo personal es político (1969/1995).

La violencia sexual, tal y como ha definido la Organización Mundial de la Salud (2013) incluye el acoso verbal, la penetración forzada, diferentes tipos de coacción (presión social, intimidación, uso de la fuerza, extorsión, amenazas). Es decir,

> todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (…). También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada (p. 2).

Resulta necesario señalar las cifras relativas a violaciones: se estima que un 37,1% de las mujeres sufrirán algún tipo de ataque sexual (bien sea violación, intento de violación, tocamientos no deseados o acoso sexual) (Smith et al., 2018).

Las OMS (2013) establece las consecuencias que la violencia sexual puede tener.

Tabla 7

Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres

Salud reproductiva	Traumatismo ginecológico; embarazo no planeado; aborto inseguro; disfunción sexual; infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH; fístula traumática.
Salud mental	Depresión; trastorno por estrés postraumático; ansiedad; dificultades del sueño; síntomas somáticos; comportamiento suicida; trastorno de pánico.
Conductuales	Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas); riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente.
Resultados mortales	Muerte por: suicidio, complicaciones del embarazo, aborto inseguro, sida, asesinato durante la violación o en defensa del "honor", infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación.

Nota. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres* (OMS, 2013).

Bonino (1995, 1996, 2004) señala que, a pesar de que el machismo quizás hoy en día no es tan evidente como tiempo atrás, siguen existiendo numerosos comportamientos de dominio, control e imposiciones de poder, que, por ser quizás de menor intensidad, podrían pasar fácilmente desapercibidos. Utilizó el término "micromachismos" para referirse a aquellas "actitudes de dominación 'suave' o de 'bajísima intensidad', formas y modos larvados y negados de abuso e imposición en la vida cotidiana; son, específicamente, hábiles artes de dominio, comportamientos sutiles o insidiosos, reiterativos y casi invisibles que los varones ejecutan permanentemente" (Bonino, 2004, p. 1). Añade que no significa que se ejerzan necesariamente desde la intencionalidad o la mala voluntad, sino que más bien son modelos de comportamiento que los varones traen incorporados debido a la socialización diferencial.

Los micromachismos tienen diferentes objetivos (Bosch et al., 2007):

- Mantener el dominio por parte del hombre y su supuesta superioridad sobre la mujer objeto de la maniobra.
- Reafirmar o recuperar dicho dominio ante una mujer que se "rebela".
- Resistirse al aumento de poder personal o interpersonal de una mujer con la que se vincula, o aprovecharse de dichos poderes.

Podrían diferenciarse cuatro tipos de micromachismos (Bonino, 1995):

1) **Micromachismos coercitivos o directos.** Sirven para retener poder a través de utilizar la fuerza psicológica o moral masculina. El varón usa la fuerza (no física, sino moral, psíquica, económica…) de modo directo para intentar doblegar a la mujer, convencerla de que la razón no está de su parte, limitar su libertad, expoliar su pensamiento, restringir su capacidad de decisión… Cumplen su objetivo ya que provocan un sentimiento de derrota al comprobar la ineficacia o falta de capacidad para defender las propias decisiones. Suele provocar en las mujeres inhibición, desconfianza en ellas mismas y en sus propios criterios y disminución de la autoestima. Dentro de este tipo de micromachismos, encontraríamos subtipos
    - La intimidación: Comportamiento atemorizante (ya sea por la mirada, el tono de voz…) que se ejerce siendo una persona abusiva y agresiva. Se dan indicios de que si no se obedece pasará algo.
    - Toma repentina del mando: Consiste en anular o no tener en cuenta las decisiones de la mujer (toma de decisiones sin consultar, ocupar espacios comunes, opinar sin que se lo pidan o monopolizar).
    - Apelación al argumento lógico: Recurrir a la lógica y a la "razón" para imponer ideas, conductas o elecciones desfavorables para la otra persona.

- Insistencia abusiva: Obtener lo que se quiere por agotamiento de la otra persona, que al final acepta a cambio de paz ("ganar por cansancio").
- Control del dinero: Maniobras para monopolizar el uso o las decisiones sobre el dinero, limitando el acceso de la otra persona o dando por descontado que se tiene más derecho a ello.
- Uso expansivo del espacio físico: Ocupar los espacios comunes impidiendo que la otra persona los emplee.

2) **Micromachismos encubiertos.** También llamados "de control oculto" o "indirectos". El hombre oculta su objetivo de dominio, abusando de la credibilidad y confianza femenina. Al ser muy sutiles, resultan muy efectivos; pueden ser muy difíciles de "percibir" por parte de las mujeres, por lo que pueden llegar a ser más "efectivos" que los anteriores. Impiden el pensamiento y la acción eficaz de la mujer, llevándola a la dirección elegida por el hombre: terminan por conseguir que la mujer coarte sus deseos y termine haciendo lo que no quiere.
   - Maternalización de la mujer: Inducir a la mujer a dar prioridad al cuidado de otras personas (hijos/as, familiares…), consiguiendo que ella termine descuidando su propio desarrollo personal o laboral.
   - Maniobras de explotación emocional: Consiste en generar dudas en la otra persona sobre ella misma, sentimientos negativos y de dependencia, utilizando para ello dobles mensajes, insinuaciones, acusaciones veladas, chantaje emocional…
   - Terrorismo: Comentarios de descalificación repentinos, que dejan indefensa a la otra persona por su carácter abrupto.
   - Paternalismo: Hacer sentir a la mujer como si fuera una niña necesitada de cuidados.

- Creación de falta de intimidad, incluyendo no reconocer las necesidades de afecto de la otra persona, la resistencia a hablar de uno/a mismo/a (silencio, aislamiento, poner límites), invadir los espacios de intimidad de la otra persona…
- Engaños: Desfigurar la realidad ocultando lo que no interesa que se sepa.
- Autoindulgencia sobre la propia conducta perjudicial: eludir la responsabilidad sobre las propias acciones, negarlas o no darles importancia (hacerse el tonto, frases como "quiero cambiar, pero me cuesta", "no me di cuenta"…), así como justificarse apelando a las obligaciones laborales.

3) **Micromachismos de crisis.** Fuerzan la permanencia de la desigualdad ante un posible desequilibrio, por ejemplo, si se da la circunstancia de aumento del poder personal de la mujer o de la disminución del que tuviera el varón (razones físicas, laborales…). Al tener la mujer mayor poder, el varón tiene la sensación de menor control y dominio, por lo tanto, este tipo de micromachismos se suelen utilizar para restablecer el reparto previo y mantener la desigualdad. Ejemplos de este tipo de micromachismos, serían:
   - Pseudoapoyo en las tareas del hogar, es decir, anunciar el apoyo, pero sin llegar a hacerlo efectivo, evitando una oposición frontal, pero sin colaborar.
   - Desconexión y distanciamiento: Se usan formas de resistencia pasiva, incluyendo la falta de apoyo o colaboración, no tomar la iniciativa y después criticar, amenazar con abandonar o abandonar la relación.
   - Hacer méritos: Maniobras como hacer regalos, prometer portarse bien o hacer cambios superficiales (especialmente ante la amenaza de separación), sin llegar a cuestionarse realmente las causas o trasfondo de la situación.

- Dar lástima: Comportamientos autolesivos (accidentes, aumento de las adicciones, enfermedades, amenazas de suicidio) que inducen a la otra persona a pensar que sin ella él podría terminar muy mal.

4) **Micromachismos utilitarios.** Fuerzan la disponibilidad femenina aprovechándose de los aspectos "domésticos y cuidadores" del rol femenino tradicional, para sacar partido de ellos. Se juegan dentro del terreno de las responsabilidades domésticas. La mujer termina sobrecargada frente a la evitación de responsabilidades por parte del varón. Los micromachismos son uno de los vehículos del mantenimiento de la violencia machista: el que sean "sutiles" contribuye a que la violencia pueda quedar invisibilizadas y naturalizadas (Bonino, 2004). En investigación se ha encontrado que los micromachismos son considerados como comportamientos aceptables por los hombres en mucha mayor medida que por las mujeres (Ferrer et al., 2008).

En definitiva, el machismo y sus diferentes formas son, como se ha visto, perjudicial para la salud de las mujeres, y ya en 1993 Naciones Unidas le daba dimensión mundial "como violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales contra las mujeres" (Gobierno de Euskadi, 2019, p. 15). Los datos en España son igualmente preocupantes: Existen registros desde el año 2003, y hasta enero de 2021 (18 años), había un total de 1.079 mujeres asesinadas (Europa Press, 2021). Para comprender la magnitud del problema, se puede comparar esa cifra con el total de personas asesinadas por la organización terrorista ETA a lo largo de sus 40 años de historia: 864 (Martín, 2019).

Para entender más acerca de la violencia machista, resulta necesario ponerla en relación con el amor romántico y los mitos en torno al mismo.

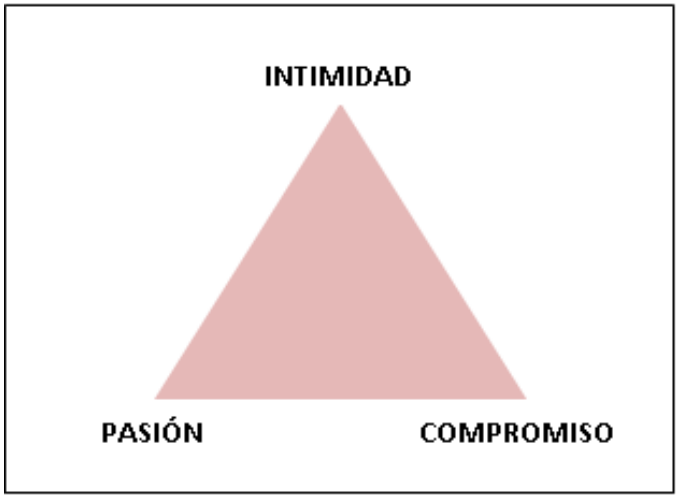
5.4 Los mitos del amor romántico

El amor juega un papel fundamental en la felicidad humana, en la salud y en la satisfacción general (Argyle, 1987). Además, desde hace siglos, el matrimonio es la piedra angular que articula el amor en nuestra estructura social, en base al cual se forma la familia (Barrón et al., 1999).

Sternberg (1986) elaboró la teoría triangular del amor, según la cual el amor tiene tres componentes - intimidad, pasión y compromiso - y que cada uno de ellos podría ser tenido en cuenta como uno de los tres vértices de un triángulo.

Figura 2

Teoría triangular del amor (Sternberg, 1986)



La intimidad serían los componentes de la relación que promueven la cercanía, la unión y la conexión, que incluirían: promover el bienestar de la persona amada, la experiencia de felicidad con esa persona, una buena consideración del otro, entendimiento mutuo, soporte emocional, comunicación íntima, poder contar con él o ella en tiempos de necesidad, etc. Estos sentimientos no se experimentan de forma independiente y no es necesario tenerlos todos a la vez, pero la investigación muestra que para experimentar intimidad sí que son necesarios un número determinado de ellos; cuántos, depende de la persona en particular (Sternberg, 1986). La pasión tendría más que ver con las fuentes motivacionales y con fuentes de activación de naturaleza

diferente. Debe de estar presente necesariamente en las relaciones amorosas y es posiblemente lo que más lo diferencia de otro tipo de relaciones (entre amigos, filiales, etc.). La pasión estaría muy relacionada con la intimidad, y esta relación puede ir en dos direcciones: primero se da la pasión y desde ahí se establece la intimidad, o a la inversa, estableciéndose primero una "base" de intimidad que termine convirtiéndose en algo pasional (Sternberg, 1986). El compromiso engloba la decisión a corto plazo (la decisión de amar a un otro determinado) y a largo plazo (el esfuerzo por mantener ese amor a lo largo del tiempo).

Posteriormente, Sangrador (1993) conceptualizó el amor, describiendo que supone una actitud (amor como actitud positiva o atracción hacia otra persona, e incluye una predisposición a pensar, sentir y comportarse de un modo determinado hacia esa persona), una emoción (amor como sentimiento o pasión, lo que conlleva determinadas reacciones fisiológicas) y una conducta (cuidar de la otra persona, estar con ella, atender a sus necesidades…). El autor explica que el amor no es un fenómeno universal sino cultural, en el cual amor romántico y matrimonio han quedado completamente unidos: hace referencia a un estudio según el cual en torno a un 90% de las personas encuestadas no se casarían con alguien del que no estuvieran enamorados/as a pesar de que poseyera todas las cualidades deseadas por ellas.

Esteban (2011) explica:

> El amor ha adquirido en Occidente, en los dos últimos siglos pero sobre todo en el siglo XX, un gran valor simbólico y cultural y se ha convertido en uno de los motores principales de la acción individual y colectiva. El amor influye no solo en la socialización y generización de las personas, que quedan así convertidas en mujeres y hombres, diferentes y desiguales, sino en la organización general de la vida cotidiana. (p. 40).

En base a esto, se ha venido estudiando no sólo en qué consiste el amor y cómo puede clasificarse, sino también los mecanismos que ayudan a que perdure y a mantenerlo, a pesar de que no siempre sea una experiencia gratificante o satisfactoria (Bosch et al., 2007; Sanpedro, 2005; Barrón et al., 1999).

Ferreira (1995) refería algunas ideas en torno a las implicaciones del amor romántico:

- Entrega total a la otra persona.
- Hacer de la otra persona "lo único y fundamental" de la existencia: querer estar todo el tiempo con la otra persona y hacerlo todo junto a ella, compartirlo todo, tener los mismos gustos y apetencias.
- Pensar que es imposible volver a amar con esa intensidad.
- Vivir experiencias muy intensas (de felicidad o sufrimiento).
- Depender de la otra persona y adaptarse a ella, postergando las necesidades propias.
- Consagrarse al bienestar de la otra persona; tener anhelos de ayudar y apoyar a la otra persona sin esperar reciprocidad ni gratitud.
- Sentir que nada vale tanto como esa relación.
- Perdonar y justificar todo en nombre el amor; sentir que cualquier sacrificio es positivo si se hace por amor a la otra persona.
- Vivir sólo para el momento del encuentro; sentir que nada vale tanto como esa relación.
- Pensar todo el tiempo en la otra persona, hasta el punto de no poder trabajar, estudiar, comer, dormir o prestar atención a otras personas "menos" importantes.
- Idealizar a la otra persona (no aceptando que pueda tener algún defecto).
- Prestar atención y vigiar cualquier señal de altibajos en el interés o amor de la otra persona; desesperar ante la sola idea de que la persona amada se vaya.

- Lograr la unión “más íntima y definitiva” y obtener la más completa comunicación.

En relación con esas creencias, surge el planteamiento de los mitos del amor romántico. Tal y como definen Ferrer et al., (2010), “un mito es una creencia, aunque se halla formulada de manera que aparece como una verdad y es expresada de forma absoluta y poco flexible” (p. 7). Además, se trata de creencias que suelen poseer una gran carga emotiva, concentran muchos sentimientos, y suelen contribuir a crear y mantener la ideología del grupo y, por ello, suelen ser resistentes al cambio y al razonamiento. Yela (2003) define los mitos románticos como el conjunto de creencias compartidas socialmente sobre la naturaleza del amor, y que, al ser mitos, pueden ser ficticios, absurdos, engañosos o imposibles de cumplir. Barrón et al. (1999) y Ferrer et al. (2010) clasificaron estas creencias, en base a los trabajos de Yela, de la siguiente forma:

1) El mito de la equivalencia: El amor debe ser entendido necesariamente como una intensa pasión (es decir, se toman “amor” y “estar enamorado” como equivalentes). Por lo tanto, si una persona deja de estar apasionadamente enamorada de su pareja es que ya no la ama y debe poner fin a la relación. Este mito fue introducido por el amor cortés y potenciado por el Romanticismo. Sin embargo, cabe decir que las investigaciones sobre el tema han demostrado que los procesos psicológicos de las fases de enamoramiento intenso van modificándose con el tiempo, dando lugar a otro tipo de procesos.
2) El mito de la “otra mitad” (o media naranja): Asume que hay alguien predeterminado para cada persona y que es la única elección posible. Tiene su origen en la Grecia Clásica y toma aún más importancia con el amor cortés y el romanticismo. Puede conllevar un nivel de exigencia excesivamente elevado en la relación de pareja (con el consiguiente riesgo de decepción), o una tolerancia excesiva (ya que si considera que se está con “la pareja ideal” habrá que permitirle más o esforzarse más uno/a mismo/a para que las cosas funcionen).

3) El mito de la exclusividad al estar enamorado/a: Asume que es imposible estar enamorado/a de dos personas al mismo tiempo. Su aceptación puede conllevar conflictos internos para la persona y conflictos en la pareja (si existen sentimientos fuertes hacia otra persona, se asume automáticamente que eso sólo puede significar no estar enamorado de la propia pareja).
4) El mito de la pasión eterna: La creencia de que la pasión de los primeros momentos de la relación, si es auténtica, debe (o debería) durar para siempre.
5) El mito de la omnipotencia (o "el amor lo puede todo"): Implica que el verdadero amor superará toda clase de obstáculos. En consecuencia, podrá ser utilizado "como excusa" para no modificar determinados comportamientos o actitudes, o llevar a la negación de los conflictos de pareja, dificultando así su posible afrontamiento. Este mito, al igual que el de la Equivalencia, fue introducido por el amor cortés y potenciado por el Romanticismo.
6) El mito de la fidelidad: Supone que si alguien está verdaderamente enamorado/a será fiel a su pareja (lo que implica que, si se es infiel, es que no se amaba a la pareja verdaderamente). Da por hecho que todos los deseos pasionales, románticos y eróticos deben satisfacerse con una única persona (la pareja), si se la ama de verdad.
7) El mito del matrimonio (o de la convivencia): Considera que el amor es la única razón para casarse, es decir, que el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja. Es a finales del Siglo XIX cuando se inicia la corriente que vincula por primera vez en la historia amor romántico, matrimonio y sexualidad. El matrimonio dejó de ser concertado y pasó a ser por amor.
8) El mito de la pareja: Presupone que la pareja heterosexual es algo natural y universal, inherente a la naturaleza humana y que está presente en todas las culturas (al igual que la monogamia).

Esto puede suponer conflictos internos a personas que elijan no estar en pareja, estar con más de una persona o con personas de su mismo sexo.

9) El mito de los celos: Es la creencia de que los celos son un signo inequívoco de amor, sin el cual es amor verdadero no puede ser tal. Fue introducido por la cristiandad y garantizaría la exclusividad (es decir, que sólo se pueda amar a una persona a la vez) y la fidelidad (Ferrer et al., 2010).

La Edad Media, el amor cortés y el Romanticismo quedan ya muy atrás. Sin embargo, los mitos del amor romántico siguen estando muy presentes hoy en día. De gran calado en nuestra sociedad son, también, las películas de la factoría Disney, que transmiten historias y cuentos de otros tiempos a las nuevas generaciones. En muchas de estas historias, el amor romántico tiene un papel central, y también en muchas de ellas ese amor romántico es llevado a sus últimas consecuencias. Michelena (2012) hace alusión a la película de "La Bella y la Bestia" (Wise & Trousdale, 1991), donde la protagonista "consigue" transformar a la Bestia en un "príncipe azul" con "la fuerza de su amor", a pesar de que él ejerce un trato vejatorio para con ella. En las películas Disney la mujer y el hombre suelen tener papeles bien distintos: las mujeres son cuidadoras, como Bella en "La Bella y la Bestia" (Wise & Trousdale, 1991), sufridoras como "La Cenicienta" (Geronimi et al., 1950) o "impedidas" como "La Sirenita" (Clements & Musker, 1989), mientras que los hombres aparecen como príncipes apuestos (aquí la lista resulta interminable). Bien es cierto que en los últimos tiempos parece estar habiendo un giro en la temática: por ejemplo, en "Brave" (Andrews et al., 2012), ambientada en la antigua Escocia, la protagonista es una intrépida niña que renuncia a casarse con los potenciales maridos que le proponen.

En esta línea, son numerosas las investigaciones que han tratado de buscar las conexiones entre la violencia en la pareja (en especial la violencia contra las mujeres en la pareja), y la creencia

en los mitos del amor romántico, como es el caso de la investigación de Bosch et al. (2007). Es desde la comprensión de estos factores que se pueden entender y explicar (en parte) los motivos por los que se mantienen muchas relaciones de pareja a pesar de no ser satisfactorias o ser incluso dañinas (a todos los niveles) para una de las partes o para ambas.

5.5 Problemática en torno al cuerpo

El área del amor y la pareja no es el único en que se ha venido hablando de "mitos". También en torno a la belleza, tal y como explica Wolf en su libro "El mito de la belleza" (1991):

> El mito de la belleza se basa en esto: la cualidad llamada "belleza" tiene existencia universal y objetiva. Las mujeres deben aspirar a personificarla y los hombres deben aspirar a poseer mujeres que la personifiquen. Es un imperativo para las mujeres pero no para los hombres, y es necesaria y natural, porque es biológica, sexual y evolutiva. Los hombres fuertes luchan por poseer mujeres bellas, y las mujeres bellas tienen mayor éxito reproductivo que las otras. La belleza de la mujer debe correlacionarse con su fertilidad, y como este sistema se basa en la selección natural, es inevitable e inmutable.
>
> Nada de esto es verdad. La "belleza" es un sistema monetario semejante al del patrón oro. Como cualquier economía, está determinada por lo político, y en la actualidad, en Occidente, es el último y más eficaz sistema para mantener intacta la dominación masculina. El hecho de asignar valor a la mujer dentro de una jerarquía vertical y según pautas físicas impuestas por la cultura es una expresión de las relaciones de poder, según las cuales las mujeres deben competir de forma antinatural por los recursos que los hombres se han otorgado a sí mismos. (Wolf, 1991, p. 15-16).

Durante el siglo XX, los trastornos de la conducta alimentaria han alcanzado proporciones casi de epidemia (Sáenz-Herrero, 2019). La obsesión por la delgadez, la preocupación por la alimentación y el peso, así como la insatisfacción corporal y la baja autoestima se consideran

algunos de los factores que más influyen en que se puedan desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, además de otras variables como el perfeccionismo, problemas de autoestima, ansiedad y depresión (Castejón & Berengüí, 2020). Además, los criterios normativos de belleza para alcanzar el ideal cultural, "inciden en la percepción y reconocimiento del propio cuerpo, sobre todo en la adolescencia, distorsionando la percepción de la imagen corporal" (Martínez, 2003).

Se trata de patologías que culturalmente, están asociadas a Occidente, donde – tal y como señala Behar (2010)

> el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, es internalizado por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico. El ideal estético corporal imperante en la actualidad preconiza que "ser bella es igual a ser delgada", lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal. Así, la internalización opera como un componente central en el desarrollo de la insatisfacción corporal que ocurre a una edad temprana en algunas niñas. (p. 320)

La socialización diferencial también índice en cómo deben ser los cuerpos. Martínez (2008) lo describe de la siguiente manera:

> El cuerpo sexuado fundamenta las afirmaciones normativas sobre el orden social, hecho que lo politiza, pues la diferencia sexual marca un destino diferencial que está determinado por la significación que el patriarcado le impone. Los cuerpos están a la vez sujetos a un sistema genérico, a un deber ser, y a una sexualidad, a una manera de usar ese cuerpo sexuado en la relación con los otros, lo que implica

> que, por la acción sociocultural el cuerpo sexuado, se sexualiza. El cuerpo, como realidad social y subjetiva, es un producto social y un productor de sentido. Esta doble dimensión nos obliga a tomar en consideración el peso de lo social en la conformación individual. (p. 89-90).

Pastor (2004) habla de la construcción psicosocial del cuerpo, señalando que:

> el cuerpo generizado se constituye un soporte de la reproducción de las relaciones de desigualdad entre los sexos, pues cada cultura define los significados de los cuerpos sexuados y elabora dispositivos de su reproducción, a través de la transmisión y legitimación de ciertas formas de ser y de vivir la encarnación sexual. (p. 219)

La autora explica también cómo la presión cultural en torno a los ideales de lo que se entiende por belleza y atractivo puede originar desajustes graves con relación a la propia valoración de la imagen y estar en el origen de trastornos de la conducta alimentaria.

Behar (2010) señala algunos de los factores relacionados con la imagen corporal en los trastornos alimentarios, tales como el modelo cultural de belleza en la sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos (donde el cuerpo se utiliza como logro de estatus, el culto narcisista al cuerpo), los medios de comunicación (el mundo de la moda, la publicidad…). Las consecuencias sobre la satisfacción que tienen las mujeres con sus propios cuerpos son evidentes: por ejemplo, en una encuesta a 9.000 mujeres, el 89% estaban insatisfechas con su propio cuerpo con relación al peso, y el 84% querían ser más delgadas (Swami et al., 2015).

Al tratarse de una problemática tan relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, con la ratio de proporción más alto mujeres-hombres de todos los trastornos psiquiátricos (Fletcher-Janzen, 2009), resulta inevitable pensar qué factores socioculturales estarán influyendo en que las mujeres padezcan más estos trastornos.

Behar (2010) señala también que se ha encontrado relación entre los trastornos de la conducta alimentara con la condición de feminidad, en concreto con rasgos como la dependencia, la inmadurez, ser complaciente, necesidad de agradar a terceros que conlleva baja autovalía, escasa confianza en sí misma y dificultad al adquirir la identidad genérica (Behar, 2004). En ese mismo estudio, las participantes sanas se identificaron en mayor medida con la categoría andrógina (identificación simultánea con tanto con rasgos femeninos y masculinos). La autora hace también referencia a otro estudio en el que se utilizó el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), y donde los resultados mostraron que el mayor grado de insatisfacción corporal aparecía en las participantes mujeres, y el menor en hombres.

Sáenz-Herrero (2019) hace referencia a cómo las adolescentes con anorexia tienen miedo a crecer, a desarrollarse sexualmente y a ser mujeres potencialmente reproductivas, síntomas que se han interpretado como una especie de protesta feminista frente a las demandas tradicionales de los roles de género (por ejemplo, la gordura de un cuerpo adulto normal está asociada con una connotación sexual, por tener conexión con la reproducción).

Numerosos estudios han tratado de ver si existe relación entre el abuso sexual infantil y la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, y de hecho se encuentra que el abuso sexual infantil puede ser un factor potencial en el desarrollo de los trastornos alimentarios, aunque no necesariamente un predictor (Hund & Espelage, 2005). Desde un análisis feminista, se considera que los abusos sexuales en la infancia son una forma de violencia de género en la que los hombres ejercitan el poder y el control sobre las chicas y las mujeres (Else-Quest & Shibley, 2018).

Desde hace años se viene señalando cómo el cuerpo de las mujeres ha sido objeto de patrones y cánones más exigentes que el cuerpo de los hombres, lo que se puede pensar ha contribuido a, como señala Laborda (2017),

> la constitución de la mujer como objeto. Objeto de contemplación construido, sobre y alrededor de su cuerpo, por los medios de comunicación de masas y las redes sociales que ejercen de instancias generadoras de los nuevos imaginarios y representaciones sociales, como dicen los sujetos de la investigación por el constante "bombardeo" que satura nuestra sociedad. El problema surge cuando se fijan unos cánones inalcanzables, utópicos, situados más allá de la perfección. El cuerpo reducido a imagen, patrón o canon inalcanzable (Laborda, 2017, p. 126).

Si la sociedad termina estando obsesionada con el aspecto físico de las mujeres, y sus cuerpos son mostrados constantemente, las mujeres terminarán estando también preocupadas en exceso por su apariencia, considerando que sus cuerpos son objetos que otros (hombres) pueden mirar, tal y como señalan Liss et al. (2019). Este proceso de objetivación, donde se ve a la persona más como un objeto que como un ser humano, fue descrito por Fredrickson y Roberts (1997), quienes desarrollaron la teoría de la objetivación, según la cual las mujeres terminarían internalizando la mirada del otro como propia al evaluar sus *selves* físicos.

A su vez, la cultura de la objetivación contribuye a la cultura de la violación, en la cual la violencia sexual está normalizada, los violadores no temen a las consecuencias, y la violencia sexual se ignora o es tratada como un asunto de menor importancia (Liss et al., 2019).

Se podría entender que el modelo de calzado típicamente femenino, esto es, los zapatos de tacón, sería una extensión de la problemática en torno al cuerpo de las mujeres y del mito de la belleza, se podría entender. Gentil (2008) relaciona como en nuestra sociedad, la industria de la moda y los medios de comunicación han impuesto que una mujer elegante debe de llevar un modelo de calzado que causa cada vez más deformidades, lesiones y dolor en los pies de las mujeres (entre el 80% y el 90% de las deformidades se da en mujeres). La autora explica cómo

existe una contradicción entre que se espere de las mujeres que tengan un cuerpo joven, sano y fuerte, y que al mismo tiempo el calzado que se diseña para ellas genere pies deformes, débiles y con menos capacidad productiva (mientras que para los hombres el calzado diseñado supone tacones de 2 o 3 centímetros, punteras anchas y holgura suficiente). En el análisis que realiza, sugiere que el que

> deformar los pies es transformar a uno de los sexos biológicos en 'el sexo débil'. (…) Los zapatos de tacón alto provocan una menor base de apoyo del pie lo que obliga a un andar inestable. La mujer que lleva este tipo de calzado necesita un punto de soporte para tener estabilidad durante la marcha, ese punto de soporte durante muchos años fue, y se pretende que vuelva a ser, el brazo de un hombre. (…) Los zapatos de tacón alto suponen un freno a la igualdad de oportunidades. (…) Detrás de la moda del calzado hay ideología. (…) La mala salud de las mujeres restringe sus actividades y las coloca en un papel secundario en la sociedad. (…) El zapato de tacón alto es mutilante como lo fueron los corsés y las vendas en los pies de las mujeres chinas. Convierte a las mujeres en seres débiles, frágiles, vulnerables, enfermizos, en objetos para ser contemplados, protegidos, dominados, no en personas para actuar, pensar y decidir. (p. 3-4, Gentil, 2008)

5.6 Ámbito laboral

Las mujeres se fueron progresivamente incorporando al mercado laboral, pero los hombres no han contribuido con su tiempo en el hogar de forma proporcional (Goldscheider et al., 2015), lo que está relacionado con el que las mujeres tengan en muchas ocasiones la llamada "doble o triple jornada".

Algunas de las implicaciones del que las mujeres tengan doble o triple jornada, son el impacto directo sobre la salud: por ejemplo, las mujeres tienen menos tiempo para hacer ejercicio o llevar una dieta saludable (United Nations, 2020).

Es necesario destacar que, a pesar de la incorporación de las mujeres al mundo laboral, sigue habiendo una infrarrepresentación de mujeres en puestos directivos. Por ejemplo, sólo el 22% de los/las parlamentarios/as del mundo son mujeres, y en general la escasa presencia de mujeres en puestos de poder o de toma de decisiones sigue dejando evidencia de la existencia del techo de cristal (Sáenz-Herrero, 2019).

Se ha definido como "techo de cristal" a la barrera invisible que imposibilita que las mujeres alcancen posiciones altas de liderazgo; y "suelo pegajoso" a la tendencia de que las mujeres permanezcan en la parte inferior de la jerarquía organizacional (Liss et al. 2019).

Se define como "feminización de la pobreza" al hecho que las tasas de pobreza son mayores en mujeres que en hombres (Belzunegui & Pastor, 2011). Sabemos que de los 1.300 millones de personas que viven en situación de pobreza en el mundo, el 70% son mujeres, quienes también representan dos tercios de las personas analfabetas del mundo y quienes tienen también una tasa de actividad y remuneración menor que los hombres (García-Mina, 2004). Las explicaciones subyacentes tienen que ver con que las mujeres tienen menos acceso a la educación básica y aún menos acceso a los niveles superiores de educación. En el mercado laboral, las mujeres sufren más desigualdad salarial, explotación y discriminación (Marino & Jausoro, 2019).

En Estados Unidos, las mujeres tienen un 38% más de probabilidades de vivir en la pobreza que los hombres, y las tasas son aún más altas para mujeres negras/latinas y para mujeres discapacitadas (Liss et al., 2019), lo que refleja la importancia de la interseccionalidad para poder interpretar correctamente los datos.

La brecha salarial y la segregación ocupacional por género en el ámbito laboral van de la mano: es más probable que las mujeres elijan trabajos relacionados con los cuidados (England et al., 2002), y el que como sociedad se entienda que el ámbito de los cuidados es un área de elección

"natural" para las mujeres, puede hacer que se considere que sea menos merecedor de un salario alto, incluso a pesar de tener en cuenta el nivel educativo y la experiencia (Liss et al., 2019).

El que haya un nivel más elevado de pobreza tiene un impacto importante en la salud mental de las mujeres (Liss et al., 2019).

También la pandemia ocasionada por coronavirus está impactando de forma significativa a las mujeres, no sólo en el ámbito de la salud (como se indicaba en el Capítulo 1), si no en el ámbito laboral: Las mujeres representan el 69% de los/las profesionales sanitarios (son profesiones feminizadas), por lo que están mayoritariamente en la primera línea de la lucha contra la COVID-19, enfrentándose a un mayor riesgo de contagio en el puesto de trabajo que los hombres (United Nations, 2020). Las mujeres se ocupan más del trabajo doméstico y cuidado de personas dependientes, sufren mayor precariedad y pobreza laboral, y la violencia machista ha aumentado desde el comienzo del confinamiento (Instituto de la Mujer, 2020). Esto las deja en una posición más desventajosa para afrontar un nuevo periodo de crisis, especialmente teniendo en cuenta las consecuencias de la pandemia: las dificultades habituales de conciliación, la falta de corresponsabilidad, el cierre de centros educativos, el confinamiento y el cuidado de mayores… (Instituto de la Mujer, 2020). Otra de las consecuencias será el debilitamiento de la agenda feminista (Kohan, 2020): han pasado 25 años desde la declaración de Beijing, pero el avance hacia una igualdad de poder y derechos para las mujeres sigue sin conseguir, no habiendo ningún país conseguido igualdad de género, y la crisis de la COVID-19 amenaza con erosionar los escasos avances conseguidos (United Nations, 2020).

5.7 Interseccionalidad

Además de los factores socioculturales de género que influyen en que las mujeres tengan peor salud física y mental, hay otros factores que resulta necesario tener en cuenta. Mediante la interseccionalidad se pretende explorar aquellas dinámicas entre identidades que tienen lugar al

mismo tiempo (por ejemplo: ser mujer y ser negra) y los sistemas de opresión relacionados (por ejemplo: patriarcado y supremacía blanca) (Sister Outrider, 2016). Con ese término se pretender visibilizar el que las mujeres no son un grupo homogéneo ni que están igualmente posicionadas ante las estructuras de poder.

Fue utilizado por primera vez por Kimberlé Williams Crenshaw, abogada feminista negra, quien definiría la interseccionalidad como un sistema de estructuras de opresión complejos, que son múltiples y operan simultáneamente (Climent, 2013).

Tal y como Climent (2013) señala, a lo largo de la historia se han estudiado desde ésta perspectiva las relaciones entre género y raza, entre género y clase, en los estudios poscoloniales, entre raza y sexualidad, entre género y sexualidad… siendo los principales sistemas o ejes de opresión culturales: "género, orientación sexual, identidad de género, sexualidad, heteronormatividad, raza, pobreza, (des)empleo, afiliación religiosa, procedencia nacional, etnia-etnocentrismo, clase, color de la piel, apariencia física, edad, salud (mental), capacitismo (mental), diversidad funcional, clase funcional…" (p. 252-253).

En definitiva, tal y como Pujal i Llombart et al. (2020) señalan:

> las teorías feministas de la salud hacen hincapié en este malestar de las mujeres y lo relacionan con el sistema sexo/género moderno, propio de las sociedades occidentalizadas y capitalistas, que dispone una organización social —material y simbólica— desigualitaria entre los sexos (Fraser 1997).

Se decidió utilizar el Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (*Conformity to Femenine Norms Inventory* CFNI, Mahalik et al., 2005) y el Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Conformity to Masculine Norms Inventory CMNI, Mahalik et al., 2003) como instrumento para evaluar la conformidad con las normas de

género (tanto femeninas como masculinas) ya que las variables que evalúa (Invertir en apariencia o imagen, Delgadez, Romántica en Relaciones…) son coincidentes con muchos de los malestares manifestados por las mujeres y que han sido revisados en éste capítulo (socialización de género/diferencial, estereotipos y roles, romanticismo en las relaciones de pareja, entre otros).

Resumen del capítulo: En este capítulo se han revisado aquellos malestares frecuentemente manifestados por las mujeres (violencia machista, problemática en torno al cuerpo…) que, aunque no son necesariamente cuantificables ni englobables en categorías diagnósticas, pueden influir en que las mujeres tengan peor salud mental que los hombres. Así mismo, se hace una descripción de algunos procesos y factores que tienen impacto en esos malestares (socialización de género; identidades, roles y estereotipos de género; mitos del amor romántico; ámbito laboral; interseccionalidad).

Capítulo 6

EL MODELO BIOPSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA Y EL GÉNERO

CAPÍTULO 6: EL MODELO BIOPSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA Y EL GÉNERO

Objetivo del capítulo: En el presente capítulo se revisará el Modelo Biopsicosocial como modelo teórico para la investigación, y se pondrá en relación con el género y la psicopatología.

6.1 Antecedentes históricos

A finales de la década de los 70, Engel (1977, 1980) fue pionero en entender que para poder comprender por completo y responder de forma adecuada al sufrimiento de los y las pacientes, resultaba imprescindible que fueran tenidos en cuenta como personas o ser humanos. Hasta entonces, el modelo biomédico era el dominante en medicina y se caracterizaba por un foco exclusivo en la enfermedad, considerada como un defecto biológico. Además, consideraba cuerpo y mente como entidades separadas, resultando demasiado reduccionista y del todo insuficiente como paradigma (Bennett, 2013). Tal y como señalaba este autor, había sido un modelo válido durante mucho tiempo, posiblemente en parte debido a que a principios del siglo XX la mayoría de las personas morían por enfermedades infecciosas, es decir, se contraía una enfermedad y se moría a consecuencia de esa infección.

Sin embargo, a finales de siglo comienzan a resultar evidentes sus limitaciones: la mayoría de la gente muere ahora por enfermedades cardíacas, cáncer o dolencias crónicas, enfermedades mucho más complejas y no explicables desde el modelo clásico de causa-efecto. Son muchos los sistemas que interactúan en ellas: el familiar, la personalidad, hábitos de vida, biología de la persona, etc. Son pocas las enfermedades que pueden interpretarse desde la simplicidad de que un germen suponía contraer una determinada enfermedad (Borrell-Carrió, 2002).

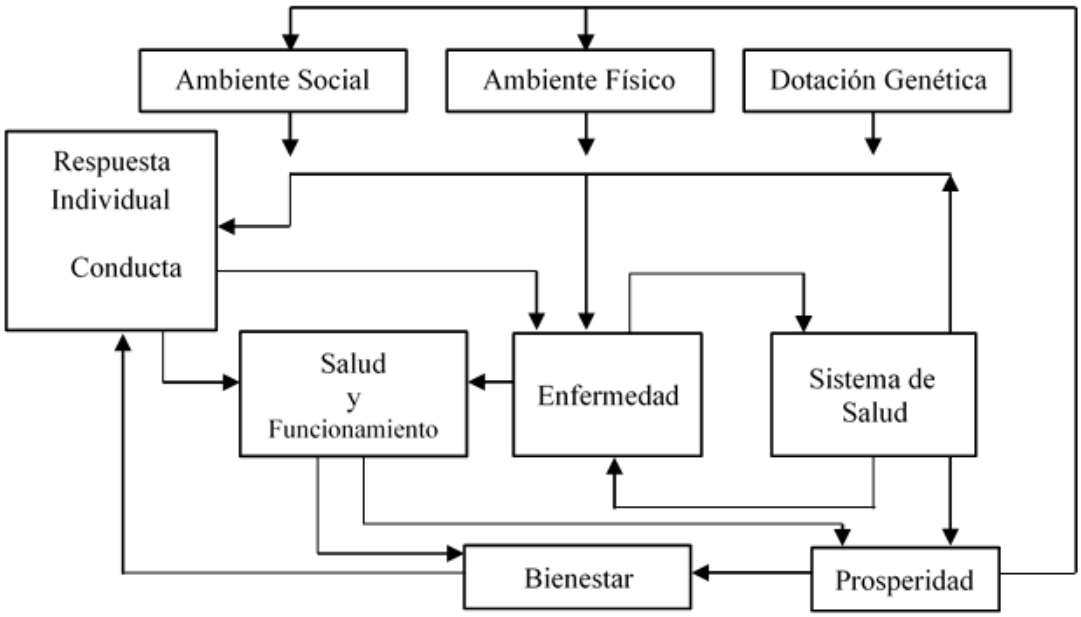
Engel (1980) fue precursor de este modelo, al plantear que para poder comprender por completo y responder de forma adecuada al sufrimiento de pacientes, los y las profesionales de la salud debían prestar atención de forma simultánea a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad (Borrell-Carrió et al., 2004), ya que ésta no se manifiesta sólo en términos de patofisiología (Frankel et al., 2003). El modelo biopsicosocial pasó a sustituir al biomédico - que no tenía en cuenta la perspectiva de género y confundía sexo y género, tal y como Pujal i Llombart et al. (2020) señalan-, y ha sido ampliamente aceptado y utilizado para la conceptualización y tratamiento de una gran variedad de problemas de salud físicos y mentales (Meyer & Melchert, 2011). Desde entonces, el modelo ha sido ampliamente aceptado y utilizado para la conceptualización y el tratamiento de una gran variedad de problemas de salud físicos y mentales (Meyer & Melchert, 2011) y sigue estando muy vigente en la actualidad (Bott et al., 2016; Yagahmaian & Miller-Smedema, 2019).

Tal y como explica Bennett (2013), Engel no elaboró ningún diagrama conceptual de su modelo, aunque otros autores lo elaboraron posteriormente (ver Figura 3). Algún patógeno o tóxico (un subconjunto del Ambiente Físico) o algún defecto genético (un subconjunto de la Dotación Genética) impacta en la biología del paciente (un subconjunto de la Respuesta Individual), con la resultante Enfermedad. Se utilizan entonces las herramientas de diagnóstico y terapias biológicas (un subconjunto del Sistema de Salud) con el fin de tratar dicha enfermedad. El marco del modelo biopsicosocial tiene en cuenta un conjunto más amplio de factores sociales, ambientales y genéticos que pueden afectar a la persona. La Respuesta Individual se amplía para incluir la conducta al mismo tiempo que la biología. El Sistema de Salud incluirá una amplia variedad de estrategias de evaluación y terapias además de las puramente biológicas. De hecho, el modelo

biopsicosocial articular la importancia de la Salud, Funcionamiento y Bienestar, además de la enfermedad por sí misma (Bennett, 2013).

Figura 3

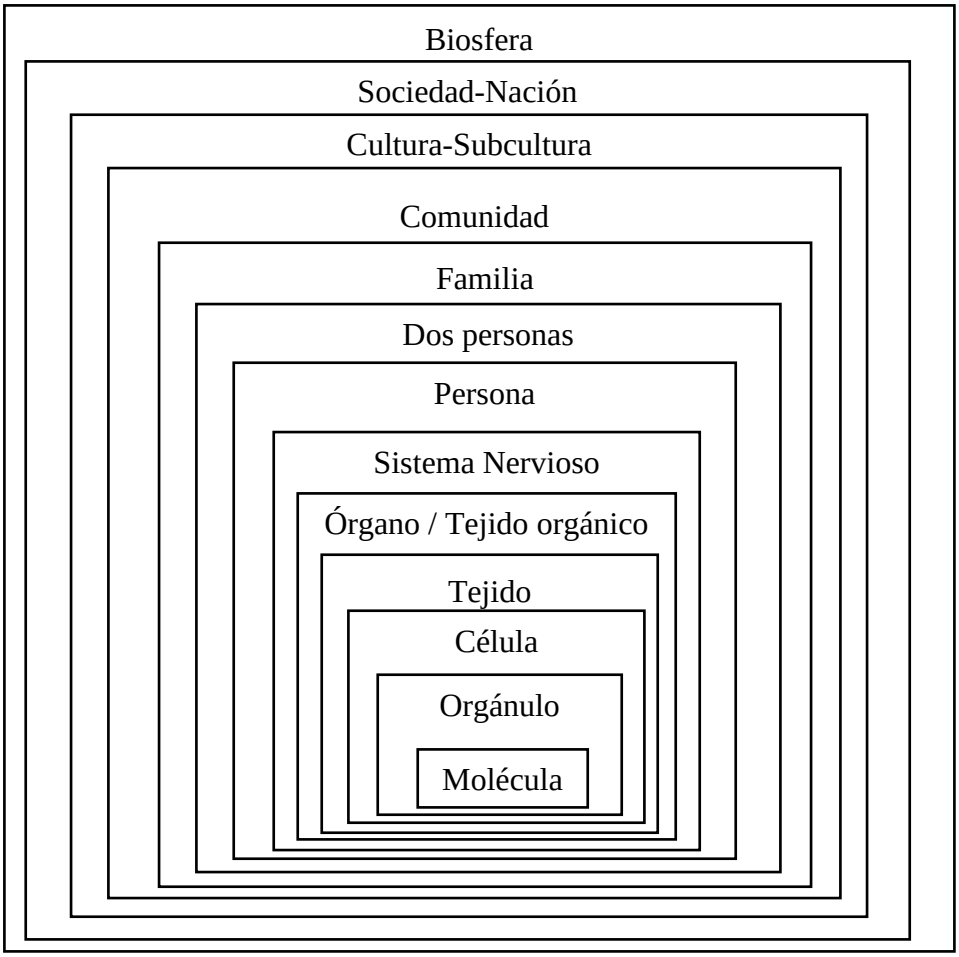
Esquema del Modelo Biopsicosocial, Evans y Stoddart (1990), traducción propia



En esta línea y dentro de este modelo, Frankel et al. (2003) desarrollaron el modelo de los sistemas complejos, que explica de forma gráfica y con un esquema diferente los diferentes niveles que componen el organismo de las personas, y en los que, a su vez, la persona está inmersa.

Figura 4

Modelo de los sistemas complejos, Frankel et al. (2003)



Al tener en cuenta que la persona está formada por diferentes niveles, y que forma parte a su vez de otros niveles superiores (como la familia, comunidad, cultura…) se considera un enfoque especialmente adecuado para poder pensar en sexo, género y psicopatología.

Tal y como Fernández (2004) señala, el modelo biopsicosocial establece que "la evolución, el desarrollo o el aprendizaje ocurren a lo largo de toda la vida (p. 39). Normalmente se asume que el sexo biológico es lo que determina la identidad y experiencia de género, pero un enfoque

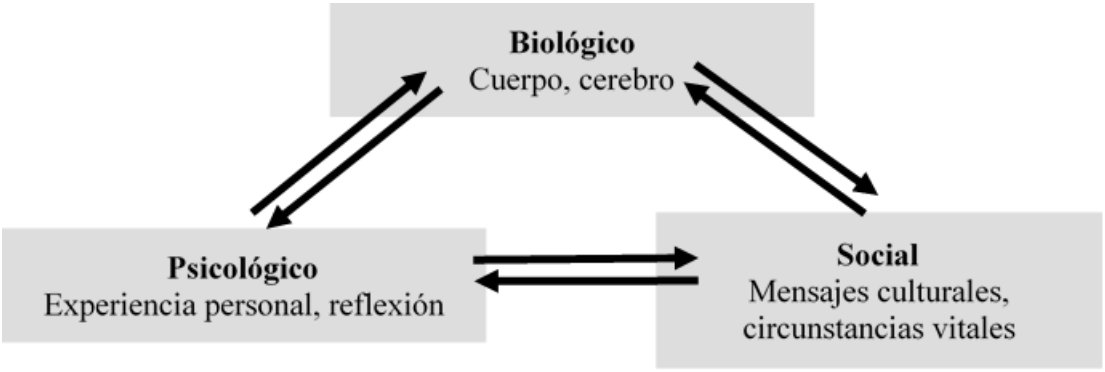
biopsicosocial del sexo y del género, supone que también pueda suceder a la inversa, tal y como sugiere Barker (2019) en base a las siguientes líneas:

- La epigenética, que se refiere a la forma en que los factores ambientales (como la seguridad del mundo que nos rodea) influyen en si ciertos genes están "activados" o no (Carey, 2012).
- La neuroplasticidad, que hace referencia a cómo nuestras estructuras cerebrales, los factores químicos y su actividad son influencias por el mundo en el que vivimos y lo que se hace a lo largo de la vida. Añaden que cualquier forma de aprendizaje altera las conexiones cerebrales, lo que incluiría aprender los roles de género que son apropiados para cada sexo, y que tendría como consecuencias la elección de determinados juguetes en la infancia, la diferente participación en deportes o actividades, y posteriormente, como adultos, la elección de diferentes trabajos y actividades de ocio (Fine, 2010).
- Los cuerpos y cerebros son moldeados por la repetición constante (atravesada por el género) que ha sido aprendida, lo que incluye la forma de vestir, de expresarse, de moverse en el mundo, de ocupar o no el espacio, de expresar emociones, de relacionarse con otros, etc. (Butler, 1990/2001).

En la siguiente figura se recoge, de forma simplificada, lo anterior.

Figura 5

Diagrama explicativo del sexo/género desde un enfoque biopsicosocial, según Barker (2019)



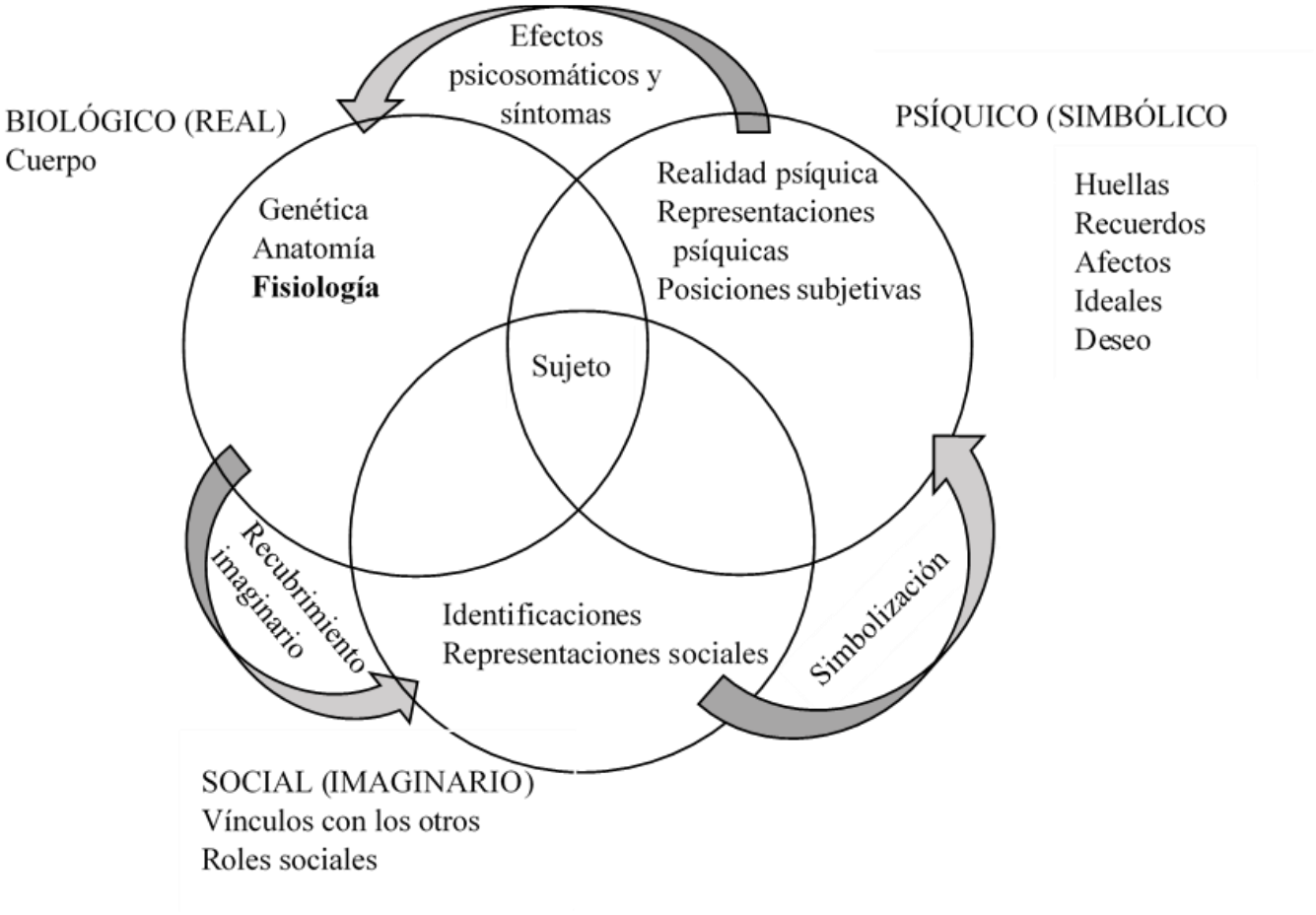
Es desde ahí desde donde es necesario revisar las formas en las que ese desarrollo y aprendizaje índice de manera diferencial en hombres y mujeres por el hecho de serlo.

6.2 El modelo biopsicosocial y su relación con la psicopatología y el género

Como señala Velasco (2007), el marco conceptual que sirve y se utiliza para "analizar los determinantes de género para la salud, es la concepción biopsicosocial del ser humano, un sistema en el que se interrelacionan los aspectos biológicos, los sociales y los psíquicos. Y el género en el marco del sistema sujeto/sexo/género que articularemos con lo biopsicosocial" (p. 125). La autora lo representa de la siguiente manera:

Figura 6

Sistema biopsicosocial y el sujeto, según Velasco (2007)



La autora explica el anterior esquema de la siguiente manera:

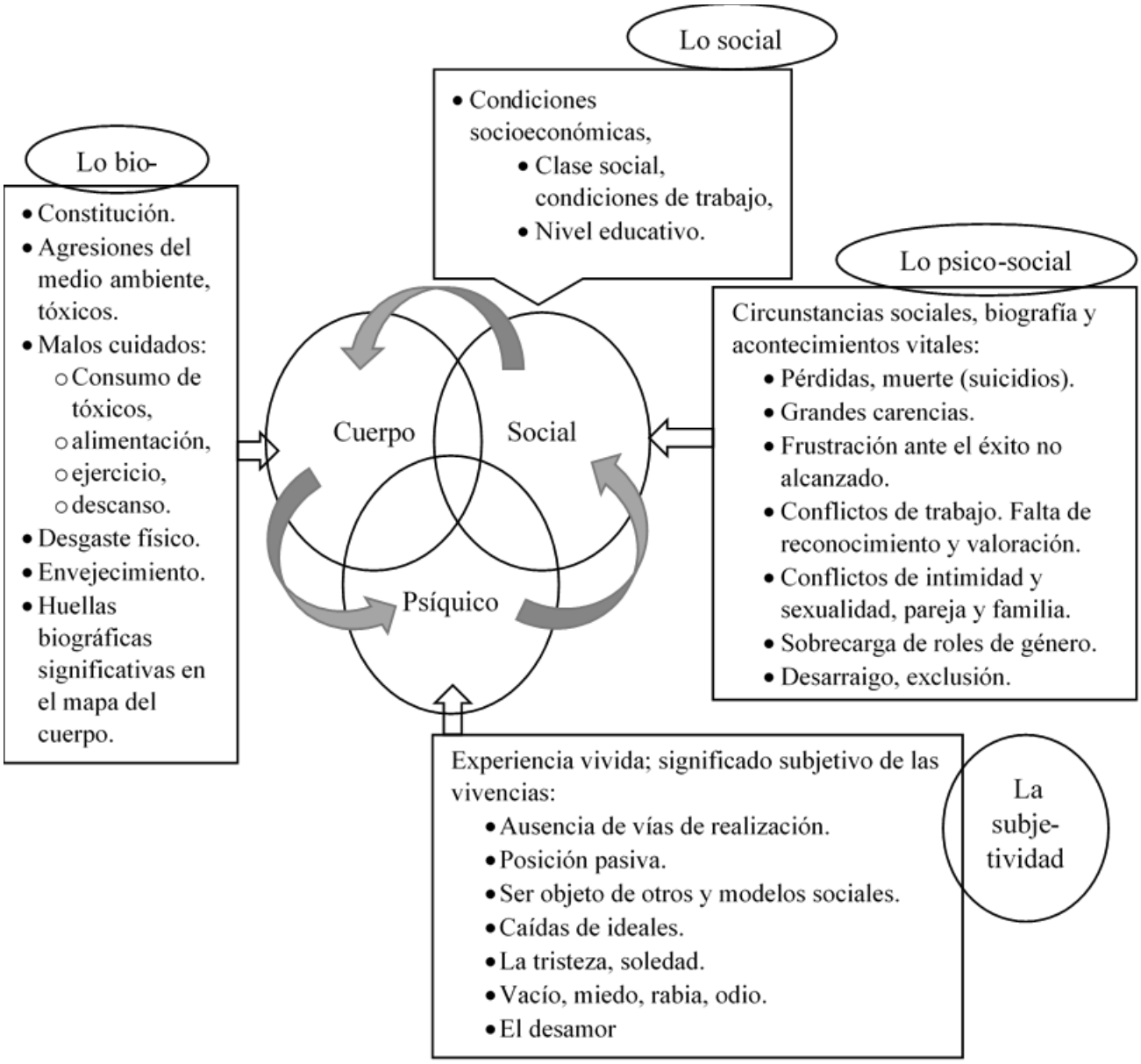
Cuando hablamos de la esfera biológica hablamos de sexo. Cuando hablamos de las esfera social y psíquica hablamos de género. (…). El sexo es 'bio' y el género lo biopsicosocial. Si definimos ahora el género se trata de la socialización como hombre o mujer y las posiciones femeninas y masculinas interiorizadas en la esfera psíquica. Así el componente de género del sistema contiene los atributos sociales, las normas y los roles de género, y también los ideales y componentes subjetivos de las identidades femenina y masculina.

> Hay que contar en tercer término, con el sujeto en el sistema (…). No existen dos géneros, el masculino y el femenino (…). Existen distintos y variados modelos de género que normativizan atribuciones diversas a la feminidad y la masculinidad y estas quedan repartidas de diversas formas en los sujetos de cada sexo. (Velasco, 2007, p. 137).

A su vez, el proceso de salud y enfermedad está compuesto y atravesado por diferentes factores, que la autora recoge en el siguiente diagrama.

Figura 7

Factores biopsicosociales determinantes en el proceso salud-enfermedad, según Velasco (2007)



Tal y como se revisaba en el Capítulo 3, hay trastornos psicopatológicos de prevalencia parecida en ambos sexos, otros que son más prevalentes en hombres y otros en mujeres (Hartung & Lefler, 2019). Por lo tanto, para poder comprender de forma más profunda y completa la etiología de los trastornos mentales y de los malestares de las personas que los padecen, será imprescindible tener una mirada como la que aporta el modelo biopsicosocial. El que se entienda que cada factor es importante e influyente en sí mismo y el poner el foco en aspectos olvidados o no tenidos lo suficientemente en cuenta en la investigación será clave para entender cómo los determinantes psicosociales contribuyen a la aparición de determinados trastornos psicopatológicos.

En resumen: los datos epidemiológicos ponen de manifiesto que las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos mentales (Gaviria & Alarcón, 2010; Kohen, 2010; Tolin & Foa, 2008). Estos datos no pueden ser explicados únicamente desde lo biológico (Montero et al., 2004), por lo que el Modelo Biopsicosocial resulta especialmente relevante (Engel, 1977, 1980): no podemos entender ni estudiar la persona teniendo sólo en cuenta lo biológico (Montero et al., 2004), sino que es necesario que enmarcarla dentro de su contexto social (familia, cultura, etc.) y características psicológicas particulares. Es preciso tener en cuenta los factores que pueden estar influyendo en esa forma específica de enfermar, como puede ser la socialización diferencial (Giddens, 2014), proceso que tendrá un impacto diferente en función de si se es hombre o mujer.

Finalmente, se adelanta que el objetivo del presente estudio es examinar las posibles asociaciones de las variables psicopatológicas y de diagnóstico clínico de los trastornos más prevalentes en mujeres (trastornos de la conducta alimentaria, depresión y ansiedad) y el perfil de personalidad en una muestra de mujeres. Posteriormente, se explorará la relación de estas variables con las dimensiones relacionadas con la conformidad con las normas de género. Es decir, se tratará

de describir y analizar cómo se relacionan determinados factores socioculturales (conformidad con las normas de género) con las variables psicopatológicas de los trastornos más prevalentes en mujeres. Surge la pregunta de si en aquellas mujeres con trastornos que se diagnostican mayoritariamente en mujeres el impacto de lo sociocultural es mayor y, por tanto, contribuye de alguna manera a la aparición del trastorno psicológico.

Por todo lo anterior, resulta imprescindible incluir la perspectiva de género en la investigación.

Resumen del capítulo: En el presente capítulo se ha revisado el modelo biopsicosocial como modelo teórico para la investigación, considerado el modelo teórico más utilizado en la actualidad. Por sus características, resulta especialmente adecuado para abordar el estudio del género y la psicopatología.

Segunda parte

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 7

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 7: ESTUDIO EMPÍRICO

7.1 Objetivos de la investigación

7.1.1 Objetivo general

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se plantea como objetivo general estudiar la capacidad de clasificación de las variables clínicas y determinados factores socioculturales (conformidad con las normas de género) a la hora de determinar si una mujer está recibiendo asistencia psicológica o no. Asimismo, se estudiará la importancia de cada una de las variables clínicas y socioculturales a la hora de pronosticar qué mujeres estarían recibiendo terapia psicológica.

7.1.2 Objetivos específicos

1. Determinar la importancia de las variables de psicopatología a la hora de clasificar a las mujeres dentro de dos grupos mutuamente excluyentes: grupo clínico versus grupo no clínico. Para ello, se considerarán las variables Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol, Problemas con las drogas, Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social, Rechazo al tratamiento, Dominancia, Afabilidad, Dieta, Bulimia y preocupación por la comida, y Control oral, evaluadas a través del PAI versión abreviada (ver ANEXOS) y del EAT (ver ANEXOS).
2. Estudiar la importancia dentro del modelo clasificador de las variables asociadas a los roles de género. Para ello, se estudia el rol de las variables Agradable en las relaciones, Cuidadora de niños, Delgadez, Fidelidad sexual, Modestia, Romántica en las relaciones, Hogareña, Invertir en la imagen o apariencia, Ganar, Control Emocional, Conductas de Riesgo, Violencia, Poder sobre las mujeres, Dominancia, Donjuanismo, Independencia,

Primacía del Trabajo, Desprecio hacia la homosexualidad y Búsqueda de posición social, evaluadas a través del CMNI (ver ANEXOS) y del CFNI (ver ANEXOS).

3. Estudiar la calidad clasificatoria del algoritmo en términos de Prevalencia, Sensibilidad, Especificidad, Precisión en el diagnóstico, Odds ratio diagnóstica, Índice de Youden, Valor predictivo positivo, y Valor predictivo negativo.

7.2 Método

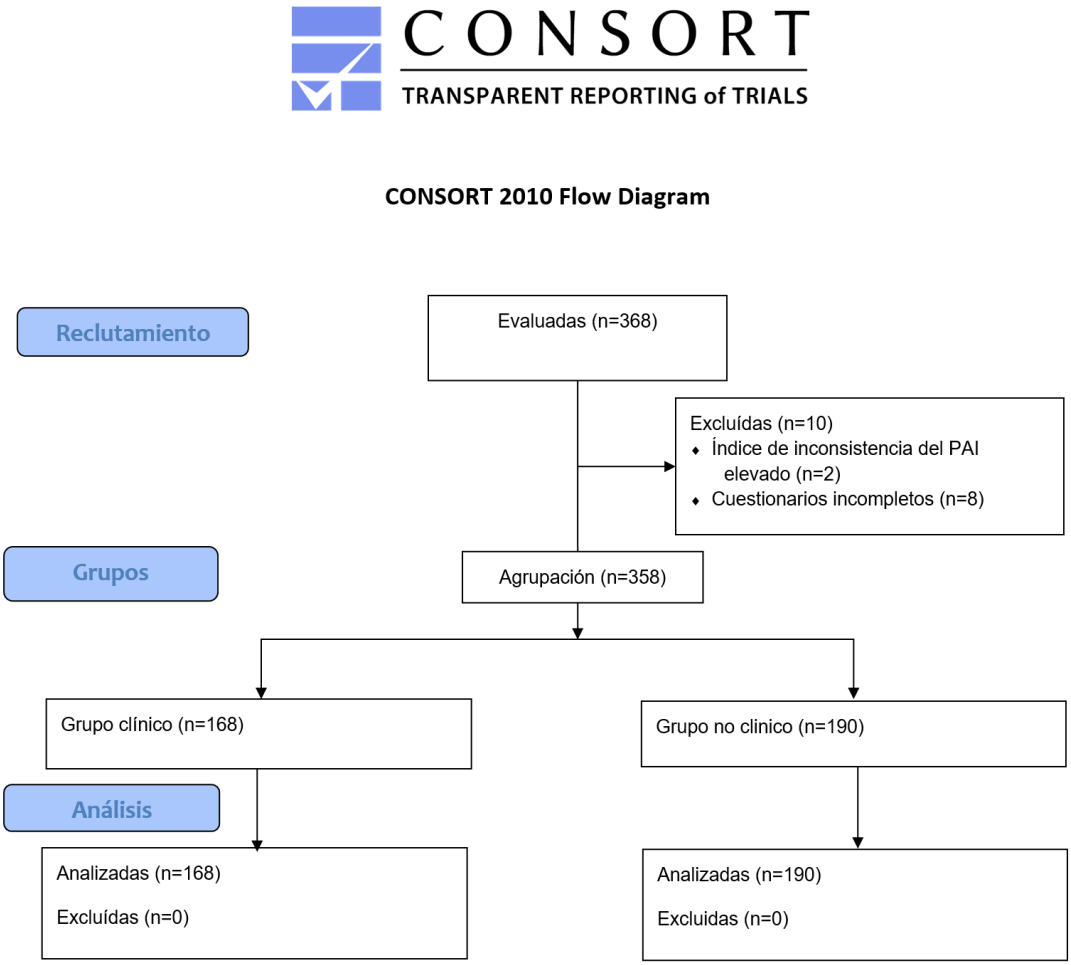
7.2.1 Participantes

La muestra reclutada estuvo compuesta por 368 mujeres, pero fueron invalidados 10 de las evaluaciones por tener un índice de inconsistencia del PAI elevado o bien, que los cuestionarios estaban incompletos. La muestra final está compuesta por 358 mujeres entre los 18 y los 80 años. 168 fueron reclutadas de centros de atención psicológica privados y estaban recibiendo atención psicológica y/o psiquiátrica, y 190 fueron controles (no estaban recibiendo ayuda psicológica/psiquiátrica).

El diagrama de flujo de participantes se expone en la Figura 8. Se ha utilizado el formato CONSORT (Moher et al., 2005) para su elaboración.

Figura 8

Flujo de participantes



Los criterios de inclusión fueron (a) ser mujer cisgénero, (b) ser mayor de 18 años, (c) dominio y fluencia del español y (d) no estar en situación de institucionalización. Los criterios de exclusión fueron: (a) ser hombre, (b) ser menor de 18 años, (c) problemas de comprensión del idioma por cualquier motivo (dificultades de comprensión en los cuestionarios, discapacidad intelectual, etc.) o (d) estar en situación de institucionalización. Dentro del cuadernillo de instrumentos que se entregó a las personas de la muestra, en la categoría "Sexo" había tres

opciones: Mujer – Hombre – Trans. Se decidió que las personas trans o de identidades no binaras quedarían excluidas de la muestra, al no estar contemplada esta categoría en ninguno de los instrumentos utilizados y quedar también fuera del objeto de estudio, teniendo en cuenta lo planteado en el marco teórico de la investigación.

El análisis de las características sociodemográficas se expone en el apartado 7.2.5.1 (Perfil sociodemográfico de las participantes), así como el análisis del perfil clínico de las participantes del grupo clínico.

Tanto para el reclutamiento del grupo control (mujeres que no recibían en ese momento atención psicológica/psiquiátrica) como para la recogida de cuestionarios en el grupo clínico (mujeres que recibían en ese momento atención psicológica/psiquiátrica) se utilizó el muestreo tipo bola de nieve, contactando con personas que trabajan en consultas privadas de psicología o centros de psicología. El tipo de muestreo del grupo no clínico fue de tipo intencional, opinático o de conveniencia, ya que se escogieron de forma voluntaria los elementos que conformarían la muestra, dando por supuesto que esta será representativa de la población de referencia.

7.2.2 Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación recogieron información sobre sociodemografía, variables clínicas y de conformidad con las normas de género:

7.2.2.1 Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia

Se recogía información sobre edad, sexo, orientación sexual, nivel de estudios, nivel socioeconómico, situación laboral, lugar de nacimiento, etnia, creencias religiosas, estado civil, hijos/as, personas a cargo (cuántas, quiénes son y cuántas horas dedican a su cuidado), si había

recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico en algún momento de su vida y si lo estaba recibiendo en la actualidad.

7.2.2.2 Screening del/de la terapeuta.

Los y las terapeutas que participaron en la investigación completaron un cuestionario en el que indicaban:

- El tipo de centro en el que trabajan: público, consulta privada o centro especializado.
- El motivo de consulta. Podían marcarse hasta tres motivos de consulta, de mayor a menor importancia (marcando un 1, 2 y 3), entre los que figurabas: problemas de ansiedad, dificultades en las relaciones sociales, problemas de pareja, cansancio/enfermedad, depresión, obsesiones, alcohol, drogas, trastornos sexuales, conducta disruptiva/antisocial, soledad, inseguridad, problemas mentales, problemas de empleo/trabajo/colegio, problemas familiares, estrés laboral, otros (especificando cuál).
- El tipo de diagnóstico (síndromes clínicos según DSM-5): Trastornos neurocognitivos (delirium, debidos a Alzheimer, Parkinson, traumatismos…), otros trastornos mentales debidos a afecciones médicas, trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (en DSM-IV: somatomorfos), trastornos disociativos, disfunciones sexuales y disforia de género, trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, trastornos del sueño-vigilia, trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta no clasificados en otros

apartados (antisocial, piromanía, cleptomanía, etc.), otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (relacionados con la educación familiar, con el grupo de apoyo mayoritario, maltrato y negligencia, de vivienda y económicos…) u otros (especificando cuáles).

- Tipo de diagnóstico, si se consideraba que había un trastorno de personalidad de base (señalando como máximo 3: 1 el más acusado, 2 el intermedio y 3 el menos), del Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípica), del Grupo B (antisocial, límite, histriónica, narcisista), del Grupo C (evitativa, dependiente, obsesivo-compulsiva) u otros trastornos de la personalidad.

7.2.2.3 Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (Personality Assessment Inventory, Morey, 2007), versión abreviada

Se aplicó la adaptación a la lengua española validada por Ortiz-Tallo et al. (2015), en su versión abreviada (165 ítems). Para cada ítem hay 4 opciones de respuesta: Falso (F), Ligeramente verdadero (LV), Bastante verdadero (BV) y Completamente verdadero (CV). Proporciona una evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos mediante 22 escalas (Ortiz-Tallo et al., 2011b): 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva), 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento) y 2 escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad). Respecto a los datos de fiabilidad de la versión abreviada, la consistencia interna media/coeficiente alfa fue del 0.74 en muestras normales y del 0.81 en muestras clínicas. La fiabilidad media entendida como

consistencia temporal (test-retest) fue del 0.82. La correlación media entre la forma abreviada y la completa: 0.90 en muestras normales y 0.93 en muestras clínicas, lo que sostiene la conclusión de que la puntuación de la forma abreviada proporciona una puntuación razonablemente cercana a la que la persona obtendría con la forma completa del cuestionario (Ortiz-Tallo et al., 2011b).

Se decidió elegir el PAI porque está basado en diferentes modelos de personalidad y recoge variables de cada uno de ellos (Big Five: Amabilidad, Agresividad, Dominancia, Ansiedad, etc. del Modelo Cognitivo-Conductual: Depresión, Ansiedad…). Así mismo, se centra en los grandes síndromes clínicos del DSM y evidenciar los grandes núcleos psicopatológicos que caracterizan cada diagnóstico, es decir, "pretende ser actual independientemente de que vayan saliendo diferentes versiones del DSM y por eso le interesa discriminar los principales y más significativos síntomas de cada trastorno" (V. Cardenal, comunicación personal, 25 de julio, 2020). Por todo lo anterior, el PAI se fundamenta en un modelo integrados y comprehensivo de la personalidad, incorporando además elementos de evaluación clínica (por ejemplo, Tratamiento), lo que facilita la labor del/de la profesional que lo utilice a nivel clínico.

7.2.2.4 Test de actitudes hacia la comida EAT (Eating Attitudes Test, EAT-26, Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1979, 1982)

Consta de 26 ítems y es la versión reducida del EAT-40 (Castro et. al., 1991), de 40 ítems. Tiene un formato de respuesta tipo Likert y 6 opciones de respuesta: nunca (0), casi nunca (0), algunas veces (0), bastantes veces (1), casi siempre (2) y siempre (3). El rango de puntuación total va de 0 a 78. La versión de 40 ítems consta de tres escalas o factores (Garandillas et al., 2003): Dieta (conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez), Bulimia y preocupación por la comida (conductas bulímicas (atracones, vómitos) y pensamientos acerca de la comida) y Control oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar

peso). La versión utilizada en el presente estudio, la reducida de 26 ítems, no consta de escalas, sólo de puntuación total. La correlación del EAT-26 con el EAT-40 es muy elevada (r = .98), tal como señalan Garandillas et al. (2003); la versión reducida conserva por lo tanto propiedades adecuadas de fiabilidad y validez para detectar trastornos de la conducta alimentaria (Pike et al., 2008; Garfinkel & Newman, 2001). Respecto a la fiabilidad de las puntuaciones del test, cabe decir que, en lo que a consistencia interna se refiere, el coeficiente de Alpha de Cronbach fue excelente (> .90) (Rivas et al., 2010).

7.2.2.5 Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (Conformity to Femenine Norms Inventory CFNI, Mahalik et al., 2005)

Este instrumento fue elaborado con el fin de evaluar la conformidad de las mujeres a un conjunto de normas femeninas que resultaron dominantes en la cultura de Estados Unidos (Mahalik et al., 2005). Se entiende la feminidad como el grado de conformidad (emocional, cognitiva y/o comportamental) con una serie de normas de género que se consideran socialmente adecuado para las mujeres en cuanto a conductas, actitudes, sentimientos y pensamientos transmitidos por cada cultura y con las que los miembros de cada sociedad se pueden identificar en mayor o menor medida (Sánchez-López & Limiñana, 2017). La adaptación española del test fue llevada a cabo por Sánchez-López et al. (2009): los datos de fiabilidad (coeficiente alpha de la escala total de .87) confirmaron la validez del CFNI para población española. Se trata de un inventario de 84 ítems medidos en una escala de 4 puntos (0=totalmente en desacuerdo, 1= en desacuerdo, 2=de acuerdo, 3=totalmente de acuerdo). Su aplicación puede ser tanto individual como colectiva a personas mayores de 18 años. La duración de la aplicación oscila entre los 15-20 minutos. Las puntuaciones totales van de 0 a 252, siendo las puntuaciones más altas las que indican que la persona encuestada estaría más conforme con el rol tradicional de la mujer. Los factores que componen el CFNI son Agradable en las relaciones (apreciar las relaciones de amistad

y apoyo a los demás), Cuidadora de niños (gusto por estar al cuidado de niños), Delgadez (perseguir el cuerpo ideal promovido por la cultura), Fidelidad sexual (tener relaciones sexuales dentro de una relación de compromiso), Modestia (evitar llamar la atención sobre cualidades o talentos propios), Romántica en las relaciones (cuidar las relaciones amorosas a nivel emocional), Hogareña (cuidado y realización de las tareas domésticas) e Invertir en la imagen o apariencia (utilizar recursos para mantener y mejorar la apariencia física). Se contó con el permiso de las autoras de la adaptación española del test para la utilización del instrumento.

7.2.2.6 Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (Conformity to Masculine Norms Inventory CMNI, Mahalik et al., 2003)

El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas fue elaborado con el fin de evaluar la conformidad de los hombres a un conjunto de normas masculinas que resultaron dominantes en la cultura de Estados Unidos (Mahalik et al., 2003). La adaptación española del test fue llevada a cabo por Cuéllar-Flores et al. (2011): los datos de fiabilidad (coeficiente alpha de la escala total de .90) confirmaron la validez del CMNI para población española. Se trata de un inventario de 94 ítems medidos en una escala de 4 puntos (0=totalmente en desacuerdo, 1= en desacuerdo, 2=de acuerdo, 3=totalmente de acuerdo). Los factores que componen el CMNI responden a las "actitudes, creencias y comportamientos que reflejan la conformidad o inconformidad con once mensajes asociados a roles de género masculinos: Ganar, Control Emocional, Conductas de Riesgo, Violencia, Poder sobre las mujeres, Dominancia, Donjuanismo, Independencia, Primacía del Trabajo, Desprecio hacia la homosexualidad y Búsqueda de posición social" (Cuéllar-Flores et al., 2011). Se contó con el permiso de las autoras de la adaptación española del test para la utilización del instrumento.

Los datos de la consistencia interna de las puntuaciones de cada escala se exponen en la Tabla 8. En general, se observa que los resultados permiten comprobar que la consistencia interna de las puntuaciones de cada escala es buena.

Tabla 8

Fiabilidad de las puntuaciones de cada instrumento y subescalas en el presente estudio

Instrumento	Escala	α	ω
PAI	Afabilidad	.633	.642
	Agresividad	.732	.760
	Alcohol	.894	.900
	Ansiedad	.905	.909
	Antisocial	.594	.646
	Depresión	.865	.885
	Dominancia	.706	.750
	Drogas	.468	.704
	Esquizofrenia	.817	.820
	Estrés	.673	.704
	Falta de apoyo social	.762	.764
	Límite	.849	.852
	Manía	.747	.756
	Paranoia	.828	.838
	Somatización	.793	.822
	Ideaciones suicidas	.883	.893
	Trastornos relacionados con la ansiedad	.846	.854
EAT	-	.896	.904
CFNI	HNR: Agradable en las relaciones	.735	.751
	IWC: Cuidadora de niños	.914	.918
	T: Delgadez	.874	.874
	SF: Fidelidad sexual	.829	.829
	M: Modestia	.754	.767
	IIRR: Romántica en las relaciones	.745	.755
	D: Hogareña	.773	.792
	IIA: Invertir en la imagen o apariencia	.711	.722

Tabla 8

Fiabilidad de las puntuaciones de cada instrumento y subescalas en el presente estudio

	Escala	α	ω
CMNI	W: Ganar	.838	.839
	EC: Control emocional	.882	.888
	RT: Conductas de riesgo	.811	.813
	V: Violencia	.710	.725
	POW: Poder sobre las mujeres	.625	.692
	D: Dominancia	.714	.723
	P: Donjuanismo	.824	.831
	SR: Independencia	.875	.877
	POFW: Primacía del trabajo	.757	.769
	DFH: Desprecio hacia la homosexualidad	.882	.887
	POF: Búsqueda de posición social	.661	.677

Nota. α: Alpha de Cronbach. ω: Omega de McDonald.

7.2.3 Procedimiento

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante los años 2013-2019. La recogida de muestra se realizó entre los años 2014 y 2018.

Para el reclutamiento del grupo clínico (mujeres que recibían en ese momento atención psicológica/psiquiátrica) de la muestra se contó con la colaboración 27 psicoterapeutas de diferentes provincias de España (Madrid, Valencia, Barcelona) personas que trabajan en consultas privadas de psicología o centros de psicología y de 3 centros de psicoterapia. En primer lugar, se quedaba con el/la terapeuta para hacerle entrega de varios cuestionarios y Screening del/de la terapeuta, estableciendo después una fecha para la recogida (se recogían también los cuadernillos que hubieran quedado sin uso).

Para el reclutamiento del grupo control (mujeres que no recibían en ese momento atención psicológica/psiquiátrica), se pidió la colaboración de mujeres a las que había acceso y que quisieran participar en el estudio. A los contactos personales, se les hizo entrega del cuadernillo

que compilaba los diferentes cuestionarios utilizados, estableciendo después una fecha de recogida. Además, se contactó con una empresa del sector servicios cuya plantilla está compuesta mayoritariamente por mujeres, con el fin de poder recoger un mayor número de cuestionarios mediante la aplicación colectiva.

La participación en la investigación fue voluntaria. Se incluyó el consentimiento informado en la primera página del cuadernillo donde se compilaban los diferentes instrumentos utilizados. Los cuadernillos se entregaron en mano y no era necesario completarlos en el momento. En la mayoría de las ocasiones los cuestionarios fueron entregados a las mujeres, quienes los entregaban una vez completos a la persona de contacto que se lo había entregado. Con una de las entidades colaboradoras el completamiento de los cuestionarios se hizo de forma colectiva.

7.2.4 Diseño

Este estudio utilizó un diseño de comparación de grupos retrospectivo, transversal y ex post facto. En los diseños ex post facto, se selecciona una muestra de participantes con cualidades ya existentes asociadas a las variables de estudio. Se proporcionan las posibles variables independientes y la variable dependiente se puede observar antes, después o al mismo tiempo que la variable independiente (como es el caso del presente estudio). Esta es una comparación de grupo retrospectiva porque el estudio compara un grupo de mujeres seleccionadas por tener una determinada característica (es decir, los casos clínicos) con otro grupo de mujeres que carecen de esa característica (los casos no clínicos). Los grupos se comparan en una serie de posibles variables independientes (conformidad con las normas de género femenino / masculino y variables clínicas), que se consideran relevantes para la ocurrencia de esa característica.

7.2.5 Análisis de datos

Tras excluir a las participantes cuyos datos no eran valorables por los motivos indicados anteriormente, se procedió con la estandarización de las variables de género y la puntuación del EAT. En el caso de las escalas clínicas del PAI, se utilizó la puntuación T. Estas puntuaciones suponen una escala derivada de las puntuaciones típicas e implican tipificar la puntuación directa de cada participante en cada escala, multiplicarla por 10 y sumarle 50 puntos. Esto permite tener variables cuya media es igual a 50 y la desviación típica es igual a 10.

Tras la estandarización de variables, se llevó a cabo un estudio descriptivo de cada variable independiente en función de los grupos de estudio. Se incluyeron estadísticos de tendencia central, variabilidad y forma de la distribución.

Previo a la construcción del modelo clasificador, se hizo un estudio de la relación entre las variables predictoras mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Estas correlaciones se presentan por medio de correlogramas en el anexo. Esto permitió detectar que las variables clínicas presentan una alta correlación entre ellas (en algunos casos el porcentaje de varianza explicado era igual o superior al 50%). Esta situación alertó de la posible presencia de colinealidad entre las variables predictoras.

El primer modelo clasificador construido fue un análisis de regresión logística binaria. Para ello, se introdujeron todas las variables predictoras de forma simultánea. Como procedimiento de remuestreo, se utilizó el procedimiento *10-fold CV* (Kuhn & Johnson, 2013), un procedimiento de validación cruzada en el que la muestra total se divide en 10 partes con el mismo número de participantes aproximadamente. Se construye un modelo utilizando todas las muestras, excepto la primera. La muestra restante se emplea para estimar las medidas de rendimiento del modelo. Para el análisis del ajuste del modelo de regresión logística binaria, se analizaron los estadísticos de

desvianza (es decir, el desajuste del modelo), se estudió el cumplimiento de los supuestos del modelo y se hizo un estudio de la multicolinealidad entre predictores. Los resultados de este análisis se presentan en el anexo.

El segundo algoritmo clasificador se construyó empleando un *Random Forest* (Breiman, 2001). Este tipo de modelos permiten, entre otros aspectos, el trabajo con variables que presentan problemas de colinealidad (para más información sobre los modelos *Random Forest*, consultar anexo). Para este algoritmo, también se utilizó el procedimiento *10-fold CV*. Los hiperparámetros del modelo *Random Forest* son el número de árboles (en este caso, se fijó este valor a 500), el número de variables predictoras en cada árbol (en este caso, el modelo óptimo permitió fijar el valor de este hiperparámetro a 18). El indicador utilizado para evaluar la importancia de las variables fue el indicador de Gini (*Mean Decrease Gini*) estudiándose la tasa de error mediante procedimientos *Out of Bag* (OOB), además de la precisión del modelo y la concordancia entre los árboles.

Al tratarse de un problema de clasificación, este algoritmo permite obtener una matriz de confusión, derivándose de ella los indicadores de prevalencia, sensibilidad, especificidad, precisión en el diagnóstico, la odds ratio diagnóstica, el índice de Youden, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo (la descripción de cada concepto se expone en el anexo). Todos estos indicadores se ofrecen con un intervalo de confianza del 95%.

El software utilizado para el análisis estadístico fue R (R Core Team, 2021), y los paquetes *caret* (Kuhn, 2020), *psych* (Revelle, 2019), *ggplot2* (Wickham, 2016) y *epiR* (Stevenson, 2020).

7.2.6 Resultados

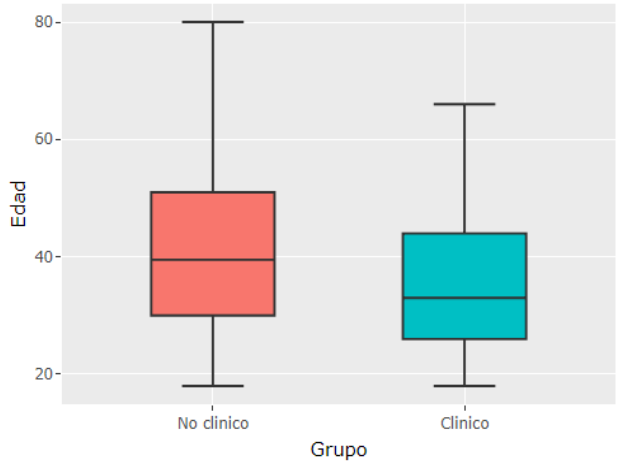
7.2.6.1 Perfil sociodemográfico de las participantes

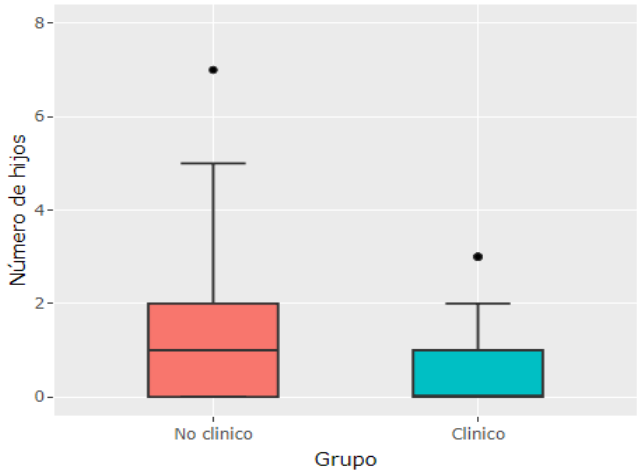
En la Tabla 9 se muestra que existen diferencias significativas entre los grupos en la edad y en el número de hijos/as: las mujeres del grupo clínico tienden a ser más jóvenes y el número de hijos/as en el grupo clínico es significativamente menor en comparación con el grupo no clínico.

Tabla 9

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas cuantitativas

Variable	Grupo	Media	Mediana	DT	As	Curt	Mín	Máx	*t*	*gl*	*p*	*d*
Edad	NC	40.73	39.50	13.73	.40	-.75	18	80	3.73	353.37	**<.001**	.391
	C	35.75	33.00	11.49	.62	-.53	18	66				
Núm. de hijos	NC	1.01	1.00	1.21	1.38	2.85	0	7	W=19464		**<.001**	.610*
	C	.54	.00	.87	1.29	.26	0	3				





Nota. DT: Desviación típica. As: Asimetría. Curt: Curtosis. Mín: Mínimo. Máx: Máximo. NC: No clínico. C: Clínico. gl: grados de libertad. d: tamaño del efecto (d de Cohen). En número se hijos se calcula la prueba U de Mann Withney. *: Tamaño del efecto calculado con el coeficiente de Vargha y Delaney (2000).

En la Tabla 10 se presenta el análisis de las restantes variables de sociodemografía. En las mujeres del grupo clínico es más común que las mujeres sean bisexuales en comparación con el

grupo no clínico, además tienen un nivel de estudios más alto. En cuanto al estado civil es más probable estar casada si se pertenece al grupo no clínico frente a ser soltera en el grupo clínico.

Tabla 10

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas cualitativas

Variable		No clínico		Clínico		χ^2	gl	*p*	*V*
		N	%	N	%				
Orientación sexual	Heterosexual	185	97.40	148	88.10	12.473	3	**.006**	.187
	Homosexual	2	1.05	4	2.38				
	Bisexual	3	1.58	15	8.93				
	Otras	0	.00	1	.60				
Nivel de estudios	Primaria no completada	2	1.05	1	.60	12.613	6	**.049**	.188
	Primaria	10	5.26	4	2.38				
	ESO	17	8.95	14	8.33				
	FP	21	11.05	22	13.10				
	Universitarios	91	47.90	70	41.67				
	Máster	43	22.63	57	33.93				
	Doctorado	6	3.16	0	0				
Situación laboral	Trabaja	140	73.68	111	66.07	4.514	4	.341	.112
	Baja laboral	4	2.11	4	2.38				
	Ama de casa	8	4.21	5	2.98				
	Estudiante	18	9.47	25	14.88				
	Jubilada	6	3.16	1	.60				
Estado civil	Casada	84	44.21	31	18.45	34.824	7	**<.001**	.227
	Pareja estable sin convivencia	25	13.16	37	22.02				
	Viviendo en pareja	24	12.63	17	10.12				
	Divorciada	7	3.68	10	5.95				
	Separada	2	1.05	5	2.98				
	Soltera	40	21.05	60	35.71				
	Viuda	5	2.63	2	1.19				
	Otros	3	1.58	6	3.57				

Nota. gl: Grados de libertad. V: Coeficiente V de Cramer.

7.2.6.2 Perfil clínico de las participantes del grupo clínico.

La mayoría de la muestra (92.68%) se recogió en consultas privadas de psicología.

Los motivos principales de consulta del grupo clínico estaban relacionados con problemas de ansiedad (29.51) seguidos de problemas de pareja (18.03%) y depresión (12.30%), que están entre los diagnósticos más prevalentes en mujeres. Seguían después, como motivos de consulta más prevalente, inseguridad (8.20%) y problemas familiares (7.38%).

Los motivos de consulta secundarios eran los mismos a los principales: problemas de ansiedad (16.52%), problemas de pareja (15.65%) y depresión (13.91%), seguidos de inseguridad (13.04%) y problemas familiares (9.57%) y obsesiones (9.57%).

Los motivos de consulta que aparecían en tercer lugar respecto a la importancia del por qué se consultaba fueron: inseguridad y problemas familiares en igual proporción (15.84%), depresión (14.85%), problemas de ansiedad (10.89%) y soledad y dificultades en las relaciones sociales en igual proporción (8.91%).

Respecto a los diagnósticos según DSM-5, los más prevalentes en la muestra recogida fueron trastornos de ansiedad (33.33%), trastornos depresivos (21.95%) y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (14.63%). El siguiente (6.50%) es el que encaja en Otros Problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

En relación con los trastornos de personalidad de base presentes en la muestra, lo más habitual es que no hubiera ninguno (28.46%), seguido de trastorno de personalidad dependiente (21.95%), evitativa (11.38%), obsesivo-compulsiva (8.94%) y límite (8.13).

El perfil de variables clínicas se expone en la Tabla 11. Nótese que únicamente aplican a las mujeres pertenecientes al grupo clínico.

Tabla 11

Variables del screening clínico (solo grupo clínico)

Variable	Modalidad	N	%
Tipo de centro	Público	4	3.25%
	Centro especializado	5	4.07%
	Consulta privada	114	92.68%
Motivo de consulta	Problemas de ansiedad	36	29.51
	Dificultades en las relaciones sociales	10	8.20
	Problemas de pareja	22	18.03
	Cansancio/enfermedad	5	4.03
	Depresión	15	12.30
	Obsesiones	2	1.64
	Alcohol	0	0
	Drogas	0	0
	Trastornos sexuales	2	1.64
	Conducta disruptiva/Antisocial	0	0
	Soledad	3	2.46
	Inseguridad	10	8.20
	Problemas mentales	0	0
	Problemas de empleo/trabajo/colegio	0	0
	Problemas familiares	9	7.38
	Estrés laboral	3	2.46
	Otros	5	4.10
Segundo motivo de consulta	Problemas de ansiedad	19	16.52
	Dificultades en las relaciones sociales	9	7.83
	Problemas de pareja	18	15.65
	Cansancio/enfermedad	0	0
	Depresión	16	13.91
	Obsesiones	11	9.57
	Alcohol	0	0
	Drogas	0	0
	Trastornos sexuales	4	3.48
	Conducta disruptiva/Antisocial	0	0
	Soledad	7	6.09
	Inseguridad	15	13.04
	Problemas mentales	0	0
	Problemas de empleo/trabajo/colegio	1	.87
	Problemas familiares	11	9.57
	Estrés laboral	3	2.61
	Otros	1	.87
Tercer motivo de consulta	Problemas de ansiedad	11	10.89
	Dificultades en las relaciones sociales	9	8.91
	Problemas de pareja	7	6.93
	Cansancio/enfermedad	4	3.96

Tabla 11

Variables del screening clínico (solo grupo clínico)

Variable	Modalidad	N	%
	Depresión	15	14.85
	Obsesiones	4	3.96
	Alcohol	0	0
	Drogas	0	0
	Trastornos sexuales	0	0
	Conducta disruptiva/Antisocial	1	.99
	Soledad	9	8.91
	Inseguridad	16	15.84
	Problemas mentales	0	0
	Problemas de empleo/trabajo/colegio	0	0
	Problemas familiares	16	15.84
	Estrés laboral	4	3.96
	Otros	1	.99
Diagnóstico DSM-5	Trastornos neurocognitivos	0	0
	Otros trastornos mentales debidos a afecciones médicas	1	.81
	Trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos	1	.81
	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	1	.81
	Trastornos depresivos	27	21.95
	Trastorno bipolar y trastornos relacionados	5	4.07
	Trastornos de ansiedad	41	33.33
	Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	18	14.63
	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	3	2.44
	Trastornos disociativos	1	.81
	Disfunciones sexuales y disforia de género	4	3.25
	Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	6	4.88
	Trastornos del sueño-vigilia	0	0
	Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta no clasificados en otros apartados	0	0
	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	8	6.50
	Otros	1	1.63
Trastorno de la personalidad	Paranoide	2	1.63
	Esquizoide	2	1.63
	Esquizotípica	0	0
	Antisocial	1	0.81
	Límite	10	8.13
	Histriónica	9	7.32
	Narcisista	9	7.32
	Evitativa	14	11.38
	Dependiente	27	21.95

Tabla 11

Variables del screening clínico (solo grupo clínico)

Variable	Modalidad	N	%
	Obsesivo-compulsiva	11	8.94
	Otros	3	2.44
	Ninguno	35	28.46

7.2.6.3 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio.

Las medias más altas en el grupo clínico son las correspondientes a las variables de Independencia (51.55), Violencia (51.52), Dominancia (51.24; PAI) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (51.13; EAT).

En el grupo no clínico, las medias más altas son las correspondientes a las variables Cuidadora de niños (51.57), Hogareña (51.48), Fidelidad sexual (51.35) e Invertir en la imagen o apariencia (51.07).

Los estadísticos descriptivos de cada una de las variables predictoras en función del grupo se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12

Estadísticos descriptivos de cada una de las variables del presente estudio

Escala	Variables	Grupo	Media	DT	Mediana	Mínimo	Máximo	Asimetría	Kurtosis
PAI	Quejas somáticas	Clínico	45.98	7.86	44.00	36.00	73.00	1.05	0.59
		No clínico	48.03	7.23	45.00	37.00	78.00	1.49	2.24
	Ansiedad	Clínico	48.03	10.68	47.00	33.00	81.00	0.76	0.02
		No clínico	46.43	8.08	45.00	35.00	88.00	1.59	3.46
	Trastornos relacionados con la ansiedad	Clínico	49.62	10.78	49.00	29.00	78.00	0.16	-0.49
		No clínico	48.42	9.19	47.00	34.00	87.00	1.21	2.35
	Depresión	Clínico	48.26	10.96	46.00	35.00	90.00	1.37	2.21
		No clínico	48.83	9.19	47.00	39.00	99.00	2.38	8.18
	Manía	Clínico	48.36	9.63	47.00	32.00	84.00	0.82	0.41
		No clínico	45.97	8.68	44.00	33.00	77.00	0.83	0.65

Tabla 12

Estadísticos descriptivos de cada una de las variables del presente estudio

Escala	Variables	Grupo	Media	DT	Mediana	Mínimo	Máximo	Asimetría	Kurtosis
	Paranoia	Clínico	47.02	9.26	46.00	30.00	74.00	0.60	-0.05
		No clínico	47.80	9.11	46.00	31.00	86.00	1.39	3.43
	Esquizofrenia	Clínico	47.29	9.76	46.00	35.00	81.00	0.83	0.20
		No clínico	45.68	8.45	43.00	35.00	87.00	1.72	4.57
	Rasgos límites	Clínico	49.09	10.41	47.50	31.00	79.00	0.60	0.02
		No clínico	45.32	8.14	45.00	8.00	74.00	0.19	2.22
	Rasgos antisociales	Clínico	44.93	6.28	43.00	39.00	74.00	1.85	4.47
		No clínico	44.93	6.11	43.00	39.00	67.00	1.20	1.18
	Agresión	Clínico	49.29	9.06	47.00	36.00	82.00	0.84	0.54
		No clínico	47.92	6.89	47.00	37.00	80.00	1.01	2.08
	Ideaciones suicidas	Clínico	48.33	11.57	45.00	42.00	110.00	3.07	11.07
		No clínico	48.44	7.66	46.00	42.00	110.00	4.65	26.90
	Estrés	Clínico	48.04	9.31	46.00	36.00	76.00	0.65	-0.29
		No clínico	46.81	8.94	45.00	36.00	92.00	1.99	4.68
	Falta de apoyo social	Clínico	48.17	9.18	49.00	35.00	77.00	0.56	-0.13
		No clínico	50.51	9.80	49.00	36.00	82.00	0.38	-0.26
	Dominancia	Clínico	51.24	10.33	50.00	28.00	75.00	0.17	-0.71
		No clínico	48.53	9.04	46.00	31.00	73.00	0.54	-0.33
	Afabilidad	Clínico	50.18	9.75	50.00	22.00	68.00	-0.23	-0.26
		No clínico	50.68	8.79	51.00	26.00	67.00	0.01	-0.25
CFNI	CFNI_1hnr: Agradable en las relaciones	Clínico	50.16	11.06	50.71	12.19	80.06	0.05	0.54
		No clínico	49.89	9.04	48.88	26.87	76.39	0.14	0.12
	CFNI_2iwc: Cuidadora de niños	Clínico	48.21	10.32	49.03	20.63	71.74	-0.48	-0.06
		No clínico	51.57	9.48	53.28	20.63	70.30	-0.52	0.51
	CFNI_3t: Delgadez	Clínico	50.10	10.87	49.97	26.14	73.81	0.12	-0.47
		No clínico	49.93	9.24	49.97	26.14	73.81	-0.26	0.01
	CFNI_4sf: Fidelidad sexual	Clínico	48.38	9.86	48.23	25.16	73.23	0.01	-0.10
		No clínico	51.35	9.95	50.16	23.24	77.08	0.28	-0.12
	CFNI_5m: Modestia	Clínico	49.57	10.85	48.84	21.84	86.64	0.32	0.69
		No clínico	50.35	9.25	48.84	21.84	86.64	0.40	1.16
	CFNI_6iirr: Romántica en las relaciones	Clínico	50.19	10.54	51.31	18.90	78.74	-0.13	0.19
		No clínico	49.86	9.55	51.31	21.39	76.24	-0.15	0.76

Tabla 12

Estadísticos descriptivos de cada una de las variables del presente estudio

Escala	Variables	Grupo	Media	DT	Mediana	Mínimo	Máximo	Asimetría	Kurtosis
CMNI	CFNI_7d: Hogareña	Clínico	48.26	10.03	48.99	21.03	71.35	-0.18	-0.14
		No clínico	51.48	9.78	51.78	26.62	71.35	-0.04	-0.41
	CFNI_8iia: Invertir en la imagen o apariencia	Clínico	48.83	10.30	49.48	22.53	73.45	-0.29	-0.26
		No clínico	51.07	9.63	52.48	25.53	76.44	-0.08	0.09
	CMNI_1w: Ganar	Clínico	50.20	10.62	51.18	23.66	78.70	-0.05	0.04
		No clínico	49.83	9.49	48.89	25.95	92.47	0.43	1.90
	CMNI_2ec: Control emocional	Clínico	50.77	10.84	48.85	25.50	85.82	0.53	0.94
		No clínico	49.31	9.22	48.85	25.50	79.99	0.30	0.40
	CMNI_3rt: Conductas de riesgo	Clínico	49.81	10.12	49.37	20.94	77.79	-0.25	0.02
		No clínico	50.14	9.94	49.37	23.53	77.79	0.12	0.22
	CMNI_4v: Violencia	Clínico	51.52	10.52	50.91	34.43	89.37	0.54	0.08
		No clínico	48.70	9.39	48.17	34.43	75.64	0.45	-0.42
	CMNI_5pow: Poder sobre las mujeres	Clínico	49.87	9.89	47.67	28.08	75.17	0.65	-0.17
		No clínico	50.10	10.14	47.67	28.02	79.10	0.37	-0.29
	CMNI_6d: Dominancia	Clínico	50.87	10.11	51.91	27.37	71.55	-0.22	-0.33
		No clínico	49.27	9.90	47.00	27.37	81.36	0.06	0.02
	CMNI_7p: Donjuanismo	Clínico	50.07	10.24	50.66	29.62	87.01	0.32	0.57
		No clínico	49.95	9.84	50.66	27.70	85.10	0.14	0.32
	CMNI_8sr: Independencia	Clínico	51.55	11.04	50.07	32.43	82.41	0.73	0.56
		No clínico	48.62	8.83	50.07	32.43	82.41	0.45	0.75
	CMNI_9pofw: Primacía del trabajo	Clínico	50.00	10.85	51.32	26.26	76.39	0.03	-0.10
		No clínico	49.99	9.26	51.32	26.26	85.79	0.27	1.06
	CMNI_10dfh: Desprecio hacia la homosexualidad	Clínico	49.79	9.38	50.78	34.51	87.38	0.48	0.60
		No clínico	50.20	10.55	48.74	34.51	91.44	0.80	0.93
	CMNI_11pof: Búsqueda de posición social	Clínico	49.89	11.00	51.93	19.88	75.97	-0.24	-0.11
		No clínico	50.10	9.11	47.93	27.89	79.98	0.07	-0.010
EAT	-	Clínico	51.13	11.19	48.81	34.57	86.81	1.09	0.94
		No clínico	49.13	8.75	48.22	33.38	83.24	0.87	1.45

Nota. Los datos están en puntuaciones T: T=50+10·Z. DT: Desviación típica.

7.2.6.4 Estudio clasificador: Análisis Random Forest.

El modelo *Random Forest* se construyó con 35 predictores y los hiperparámetros descritos en la sección de análisis de datos. Se obtuvo que la precisión del modelo fue del 89.40% y la concordancia entre los árboles fue κ=0.787. La matriz de confusión se presenta en la Tabla 4. El error *Out Of Bag* fue igual al 12.01%.

Tabla 13

Matriz de confusión

		Clasificación *Random Forest*		Total
		Clínico	No clínico	
Grupo de pertenencia	Clínico	146	22	168
	No clínico	21	169	190
Total		167	191	
Error de clasificación		0.111	0.131	

La importancia de las variables se expone en la Tabla 14. Las variables más importantes pertenecen al PAI, siendo la escala de Suicidio la más relevante, seguida de la de Rasgos límites, Quejas somáticas, Ansiedad, Estrés, Depresión y Trastornos relacionados con la ansiedad. Con respecto a la conformidad con las normas de género femeninas, las escalas de Fidelidad sexual, Cuidado de niños y Valorar las relaciones son las que tienen una mejor capacidad clasificatoria, aunque lejos de la calidad clasificatoria de las escalas clínicas. En el caso de la conformidad con las normas de género masculinas, estas variables tienen poca importancia dentro del modelo, siendo las que tienen valores más altos las escalas de Poder sobre las mujeres y la de Independencia.

Tabla 14

Importancia de cada variable predictora

Variables clínicas	Importancia	CMNI	Importancia	CFNI	Importancia
Ideaciones suicidas	104.90	Búsqueda de posición social	1.889	Fidelidad sexual	3.181
Rasgos límites	12.767	Ganar	1.672	Cuidado de niños	4.089
Estrés	3.16	Donjuanismo	1.639	Agradable en las relaciones	3.764
Afabilidad	3.084	Independencia	1.637	Hogareña	1.174
Quejas somáticas	2.310	Poder sobre las mujeres	1.567	Delgadez	1.162
Agresión	2.834	Primacía del trabajo	1.425	Invertir en la imagen	1.120
Ansiedad	2.688	Violencia	1.309	Modestia	0.677
Trastornos relacionados con la ansiedad	2.500	Conductas de riesgo	1.149	Romántica en las relaciones	0.750
EAT*	1.862	Control emocional	1.081		
Esquizofrenia	1.760	Desprecio hacia la homosexualidad	0.757		
Falta de apoyo social	1.699	Dominancia	0.727		
Manía	1.667				
Depresión	1.585				
Rasgos antisociales	1.489				
Dominancia	1.304				
Paranoia	1.286				

Nota. La escala EAT no pertenece al PAI.

Dado que el algoritmo *Random Forest* se ha utilizado para clasificación, fue posible obtener indicadores adicionales de la calidad del modelo (ver Tabla 15). El modelo tiene muy buena capacidad clasificatoria.

Tabla 15

Indicadores adicionales de la calidad clasificatoria

Indicador	Estimación	IC 95%	
		Lim. Inf.	Lim. Sup.
Prevalencia	.47	.42	.52
Sensibilidad	.90	.84	.94
Especificidad	.87	.82	.91
Precisión en el diagnóstico	.88	.84	.91
Odds ratio diagnóstica	59.39	30.67	115.03
Índice de Youden	.77	.66	.85
Valor predictivo positivo	.85	.78	.90
Valor predictivo negativo	.92	.87	.95

Capítulo 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8.1 Discusión

Como objetivo general de la tesis se planteó estudiar la capacidad de clasificación de una selección de variables clínicas (de los instrumentos de evaluación PAI y EAT) y determinados factores socioculturales (inventarios de conformidad con las normas de género femeninas y masculinas, CFNI y CMNI respectivamente) a la hora de determinar si una mujer está recibiendo asistencia psicológica o no, así como la importancia de cada una de las variables clínicas y socioculturales a la hora de pronosticar qué mujeres estarían recibiendo terapia psicológica.

El grupo no clínico tenía una edad media de 40.73 años, y el clínico de 35.75. Es más común que las mujeres del grupo clínico sean bisexuales en comparación con el grupo no clínico; así mismo, las mujeres del grupo clínico son más jóvenes y tienen menos hijos. Respecto al nivel de estudios, las mujeres del grupo clínico tienen un nivel de estudios más alto.

En cuanto al estado civil es más probable estar casada si se pertenece al grupo no clínico frente a ser soltera en el grupo clínico. Esto, a priori, no es coincidente con lo encontrado en la literatura científica sobre la materia: el estado civil de "casado/a" es un factor de protección de salud mental para los hombres, mientras que existe un aumento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, en comparación con las solteras (Montero et al., 2004). Así mismo, se ha encontrado que las mujeres con una menor conformidad con las normas de género tienen más probabilidad de vivir solas, y también ha sido reportado que el matrimonio contribuye a la desigualdad de género en lo relativo a poder y autoridad, tanto en la familia como en la sociedad (San Esteban-Gonzalo et al., 2020), y en la muestra estudiada sólo algunas variables de género de las estudiadas (no todas) hacen que sea más probable pertenecer al grupo clínico.

Podría decirse que las mujeres entre las que es más común ser bisexuales, que tienen más estudios y están solteras en mayor medida (grupo clínico) se salen más de la 'norma', lo que puede

estar influyendo en que tengan una mayor probabilidad de necesitar atención psicológica. Es decir, se alejan de los patrones de género esperados para las mujeres, con el consecuente malestar asociado, y por lo tanto tendrán más posibilidades de buscar terapia.

Los motivos principales de consulta del grupo clínico estaban relacionados con problemas de ansiedad (29,29%) y depresión (12,30%), que están entre los diagnósticos más prevalentes en mujeres (Bekker & van Mens-Verhulst, 2007; Ferrari et al., 2013; Leal, 2006; Pérez & Serra, 1997; Pérez & Gaviña, 2015; Sáenz-Herrero, 2019; Salk et al., 2017; Sánchez-López & Cuéllar, 2013). El segundo motivo de consulta más prevalente en la muestra son los problemas de pareja (18,03%) no es considerado como un diagnóstico clínico en sí mismo, sino que es tenido en cuenta como una preocupación frecuentemente expresada por las mujeres que formaban parte de la muestra clínica (esto es, las que estaban yendo a terapia). Esto es coincidente con lo que señala Velasco (2009), que refiere cómo los conflictos de pareja eran el "proceso psicosocial más frecuentemente asociado a trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor en hombres y en mujeres jóvenes y hasta los 44 años" (p. 181). Esos motivos de consulta están seguidos por inseguridad (8,20%) y problemas familiares (7,38%).

Entre los motivos de consulta secundarios se encontraba, además de los tres anteriores, inseguridad (13.04%) y problemas familiares (9.57%) y obsesiones (9.57%). En relación a los pensamientos obsesivos o a la rumiación, en el capítulo 4 (Psicopatología diferencial), se hacía referencia a que los datos encontrados mostraban que las mujeres tendían más a la rumiación que los hombres, y sus efectos están relacionados con la depresión (Krause et al., 2018; Nolen-Hoeksema, 2012; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001) y el autosilenciamiento, lo que conlleva que las mujeres inhiban la expresión de sus emociones o pensamientos con el fin de agradar a otros y

no perder las relaciones en las que están (Jack & Dill, 1992), lo que estaría relacionado con las obsesiones (segundo motivo de consulta más prevalente).

Entre los motivos de consulta que aparecían en tercer lugar, se añadían a los anteriores soledad y dificultades en las relaciones sociales en igual proporción (8.91%), variables que, al mismo tiempo, parecen estar muy relacionadas con la depresión, entre los motivos de consulta más prevalentes hallados. En un estudio llevado a cabo por Bones et al. (2010) se encontró que las personas con menor apoyo social son las que tienen mayor prevalencia de problemas de salud mental.

Respecto a los diagnósticos según DSM-5, los más prevalentes en la muestra recogida fueron trastornos de ansiedad (33.33%), trastornos depresivos (21.95%) y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (14.63%), seguidos de Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (4.88%), Trastorno bipolar y trastornos relacionados (4.07%), Disfunciones sexuales y disforia de género (3.25%) y Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (2.44%). Esto es claramente coincidente con los trastornos más prevalentes según las investigaciones revisadas, y obedece también al patrón de internalización al que se hacía referencia en el Capítulo 4. Por ejemplo, Eaton et al. (2012) revisaron los patrones de psicopatología y comorbilidad según sexo y género, y pudieron confirmar que las mujeres presentaban mayores tasas de trastornos relacionados con la internalización (como son la ansiedad y la depresión), y los hombres mayores tasas de trastornos relacionados con la internalización (trastorno antisocial, abuso de sustancias). En ese mismo estudio, señalan que la internalización incluye componentes relacionados con la angustia (más conectados con trastornos como la depresión, distimia y ansiedad generalizada) y el miedo (más relacionados con el trastorno de pánico, fobia social y específica).

Respecto a los trastornos de personalidad de la muestra, lo más habitual es que no hubiera ninguno (28.46%); a continuación, aparecían como más prevalente el trastorno de personalidad dependiente (21.95%), evitativa (11.38%) y obsesivo-compulsiva (8.94%). En las investigaciones revisadas se encontró que uno de los trastornos de personalidad más prevalentes en mujeres era el trastorno límite, lo que no es coincidente con los resultados encontrados en la muestra. Una posible explicación de este hecho, puede tener que ver con que, tal y como se ha señalado, el trastorno límite de la personalidad, utilizado con mucha mayor frecuencia en mujeres, ha recibido fuertes críticas desde una perspectiva feminista (por tratarse de una etiqueta diagnóstica basada en estereotipos femeninos), y cabe señalar que las y los terapeutas que han completado el Screening y que atienden a las mujeres del grupo clínico que han participado en la investigación, tenían en su mayoría una sensibilidad de género. Se piensa que esto puede haber influido en que no consideren que las pacientes con las que trabajan entren dentro de la categoría de "trastorno límite" en la misma medida que la media de diagnósticos. En la presente muestra, el trastorno de personalidad más prevalente es el dependiente, lo que sí es coincidente los datos encontrados en la literatura científica.

8.1.1 Objetivo específico 1. Determinar la importancia de las variables de psicopatología a la hora de clasificar a las mujeres dentro de dos grupos mutuamente excluyentes: grupo clínico versus grupo no clínico

La media más alta de las variables de psicopatología es la correspondiente a Trastornos de la Conducta Alimentaria (51.13), perteneciente al EAT. Tal y como se ha revisado en el marco teórico de la presente investigación, los trastornos alimentarios tienen la ratio de proporción más alta mujeres-hombres de todos los trastornos psiquiátricos (Fletcher-Janzen, 2009; Sáenz-Herrero et al., 2019) y el 90% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres (Else-Quest & Shibley,

2018; Kohen, 2010; Ruiz et al., 2016). Por lo tanto, es coincidente con la literatura revisada el que puntuar alto en esa escala sea más habitual dentro de las mujeres del grupo clínico.

Los trastornos alimentarios no aparecen como la variable de mayor importancia al clasificar a la población clínica, lo que puede estar relacionado con el hecho de que la edad media de las participantes de la presente investigación es 40 años y estos trastornos son los más diagnosticados entre la población joven (Sáenz-Herrero et al., 2019).

Las variables clínicas (pertenecientes al PAI) con mejor capacidad clasificatoria de cara a determinar si una mujer pertenecía al grupo clínico fueron Estrés, Afabilidad, Agresión, Ansiedad, Trastornos relacionados con la Ansiedad y Quejas somáticas, que como se señalaba anteriormente están entre los trastornos más prevalentes en mujeres. Estas variables están relacionadas con el hecho de que las mujeres tienen una mayor prevalencia de trastornos relacionados con la internalización (Eaton et al., 2012) y mayores niveles de estrés social: tienen un menor estatus económico y sufren más abusos (abusos sexuales y violencia machista) desde la infancia a la adultez (OMS, 2018). Esto es también consistente con algunos de los resultados encontrados: las mujeres con puntuaciones más altas en conformidad con las normas de género femeninas presentaban, al mismo tiempo, niveles más altos de ansiedad, y en general, los rasgos de la feminidad dificultan el bienestar de las mujeres, al estar relacionados con situaciones de pasividad, dependencia, falta de asertividad y baja autoestima, todo ello unido con síntomas ansiosos y depresivos (Pérez & Serra, 1997). Así mismo, esto puede relacionarse con lo apuntado por Valls (2008a), quien señala que, en atención primaria, el primer motivo de consulta es el dolor, el segundo el cansancio y el tercero están las consultas por ansiedad y depresión, “pero es casi siempre el profesional médico quien diagnostica un problema de salud mental ante los síntomas no definidos. Precisamente en los estudios realizados en atención primaria se refleja que es el sexo femenino el que presenta la mayoría de los síntomas sin diagnóstico” (p. 12).

Las variables más importantes (de mayor capacidad clasificatoria) pertenecían al PAI, siendo la escala de Suicidio la más relevante, seguida de la de Rasgos Límites. Cabe señalar aquí que en la presente muestra no se reportaron de forma significativa síntomas graves (las mujeres de la muestra clínica eran pacientes de centros privados de psicoterapia y no de centros de atención psicológica u hospitales públicos), por lo tanto, el puntuar más alto en la escala de Suicidio era indicativo de gravedad y por lo tanto encaja con el pertenecer a la muestra clínica. Además, la escala de Suicidio del PAI es una escala muy sensible, por lo que, aunque sería un indicador a explorar, no significa que hubiera trastornos graves. Algo parecido puede decirse de la escala de Rasgos Límites, relacionada con síntomas graves e indicadora, por lo tanto, de una mayor probabilidad de estar recibiendo asistencia psicológica. Esto último es coincidente con que, además, hay un mayor número de mujeres que hombres (en proporción 3:1) con este diagnóstico (Escribano, 2006; García et al., 2010; Kienast et al., 2014; Ortiz-Tallo et al., 2011; Skodol & Bernder, 2003; Tomko et al., 2014; Trull et al., 2010).

En la literatura revisada se ha encontrado que tener rasgos femeninos, pero también masculinos (androginia) estaba asociado con menor patología en trastornos alimentarios; la feminidad y la ansiedad tienen una correlación positiva (lo que es coincidente con el que las variables de género señaladas tuvieran mayor importancia en el grupo clínico), mientras que la masculinidad y la ansiedad tienen una correlación negativa (Hartung & Lefler, 2019) en trastornos mentales es que los roles sociales son diferentes para cada sexo.

En esta línea, Matud (2017) señala que tanto la asertividad como la independencia se consideran variables importantes en relación con la salud mental, mientras que la expresividad emocional puede ser vista como una señal de que hay problemas. Añade:

> Los comportamientos masculinos típicos como la asertividad y la autonomía se definen como saludables y se enfatizan en la socialización de los hombres; por el contrario, comportamientos típicamente femeninos como la expresividad emocional, que se promueve en la socialización femenina, se presenta como un signo de problemas de salud mental. Tal asociación de ideas sobre el comportamiento femenino y masculino determina una descripción de los trastornos mentales que refuerza la idea de que las mujeres son más diagnosticadas que los hombres, aunque dichos comportamientos no se deben a ninguna patología. El feminismo ha criticado constantemente cuántos de los diagnósticos psiquiátricos están impregnados de ideologías de género dominantes y se han utilizado para regular el comportamiento problemático... (p. 62)

8.1.2 Objetivo específico 2. Estudiar la importancia dentro del modelo clasificador de las variables asociadas a los roles de género

Se pretendía también estudiar la importancia dentro del modelo clasificador de las variables asociadas a los roles de género, mediante el estudio de las variables de género (CFNI y CMNI).

Las medias más altas en el grupo clínico son las correspondientes a las variables de Independencia (51.55), Violencia (51.52), Dominancia (51.24), pertenecientes al CMNI. Ser mujer y puntuar alto en una escala de género "típicamente masculina" (como son las escalas de Independencia, Violencia y Dominancia) hace que sea casi tan probable de cara a buscar ayuda psicológica como el puntuar alto en una escala de trastornos alimentarios (escala de psicopatología revisada en el apartado anterior). Esto lleva a pensar que cuando las mujeres se alejan de los patrones de conducta típicamente femeninos, tienen más probabilidad de terminar buscando ayuda psicológica.

Las siguientes variables con mejor capacidad clasificatoria (aunque lejos de la calidad clasificatoria de las escalas clínicas) a la hora de determinar si una mujer está recibiendo atención

psicológica (y pertenece por lo tanto al grupo clínico) fueron las típicamente asociadas con los roles de género femeninos: Cuidado de Niños, Valorar la relaciones y Fidelidad sexual. En el caso de la conformidad con las normas de género masculinas, estas variables tenían poca importancia dentro del modelo, siendo las que mostraban valores más altos las escalas de Poder sobre las Mujeres y la de Independencia.

El apartarse de los ideales de género puede ser estresante tanto para mujeres como para hombres (si no se consiguen los ideales de género, es más difícil tener una buena representación externa de autovalía), pero tiene más consecuencias negativas para mujeres que para hombres (Matud & Aguilera, 2009), y es bien sabido que las normas y estándares sociales guían y constriñen conductas al mismo tiempo (Cialdini & Trost, 1999). De hecho, una de las posibles justificaciones que explican por qué las mujeres tienen una mayor prevalencia en trastornos mentales es que los roles sociales son diferentes para cada sexo.

En el grupo no clínico, las medias más altas son las correspondientes a las variables Cuidadora de niños (51.57), Hogareña (51.48), Fidelidad sexual (51.35) e Invertir en la imagen o apariencia (51.07). Estos resultados son en gran medida coincidentes con los referidos por Sánchez-López (2013) en un artículo en el que compila resultados de investigaciones que utilizan el CFNI y el CMNI como medida del género: en mujeres, las variables que aparecían con mayor frecuencia y relación eran Fidelidad sexual, Ser romántica en las relaciones, Doméstica e Invertir en la imagen o apariencia.

Podría decirse que los determinantes de género están relacionados con las actitudes y formas de vida relacionadas con la vulnerabilidad y una tendencia a enfermar: por ejemplo, el ideal de feminidad relacionado con un cuerpo delgado e inerte (modelo contemporáneo de género) aumenta la vulnerabilidad de que las mujeres cuya identidad está en desarrollo, pudiendo favorecer

la aparición de trastornos alimentarios (Velasco, 2009). Como señalan Sánchez-López et al. (2012), "la conformidad con algunas normas femeninas podría estar relacionado con un mayor reporte de enfermedad crónica, lo que es un coste para la salud" (p. 192).

Si seguimos con la explicación anterior, estos datos podrían interpretarse en la misma dirección: Algunas de las variables más "típicamente femeninas" (ser cuidadora de niños, hogareña, fiel sexualmente e invertir en imagen) parecen estar actuando como factores protectores frente a la posibilidad de necesitar ayuda psicológica, pero parece que también en el caso de mujeres que no la solicitan. Por lo tanto, podría decirse que con las variables de género no se podría clasificar a una mujer dentro del grupo clínico.

8.1.3 Objetivo específico 3. Estudiar la calidad clasificatoria del algoritmo en términos de Prevalencia, Sensibilidad, Especificidad, Precisión en el diagnóstico, Odds ratio diagnóstica, Índice de Youden, Valor predictivo positivo, y Valor predictivo negativo

El modelo tiene muy buena capacidad clasificatoria. El porcentaje de casos clasificados correctamente (casos clínicos que el modelo clasifica correctamente como tal, y casos no clínicos que el modelo clasifica correctamente como tal), es del 87.99%. Tiene también una buena prevalencia (esto es, la proporción de mujeres que están en el grupo clínico sobre el total de mujeres de la muestra), muy buena sensibilidad (la capacidad que tiene el algoritmo clasificador para diferenciar a las mujeres del grupo clínico) y especificidad (capacidad que tiene el algoritmo clasificador para diferenciar a las mujeres que no son del grupo clínico, esto es, verdaderos negativos.

Así mismo, tiene una buena precisión (la probabilidad de clasificación correcta tanto de las mujeres del grupo clínico como de las mujeres del grupo no clínico) y buena odds ratio diagnóstica (la razón entre la odds de que el algoritmo clasificador clasifique en el grupo clínico si la mujer

está en el grupo clínico y la odds de que el algoritmo clasifique en el grupo clínico si la mujer es del grupo no clínico).

Tiene también un buen índice de Youden, que informa del rendimiento del algoritmo clasificador. Su valor puede ser de -1 a 1 y tiene un valor igual 0 cuando el algoritmo arroja la misma proporción de resultados positivos para los grupos clínico y no clínico. Un valor de 1 indica que no hay falsos positivos o falsos negativos, es decir el algoritmo es perfecto.

Por último, tiene también un buen valor predictivo positivo (la probabilidad de que, cuando el algoritmo clasifica una mujer dentro del grupo clínico, que efectivamente sea del grupo clínico: verdadero positivo) y un buen valor predictivo negativo (la probabilidad de que, cuando el algoritmo clasifica dentro del grupo no clínico, que efectivamente, dicha mujer no esté en el grupo clínico: verdadero negativo).

Así mismo, conviene señalar que hay un porcentaje de casos no clasificados correctamente (que es mucho menos que el porcentaje de casos clasificados correctamente) que no es exageradamente alto.

8.2 Conclusiones

Se puede concluir que las variables clínicas (de psicopatología) son las que más importancia tienen dentro del modelo a la hora de clasificar, pero algunas variables de género también han resultado relevantes a la hora de reportar si una mujer recibe o no tratamiento psicológico, es decir, una mayor conformidad con algunas variables de los roles de género hace que las mujeres demanden en mayor medida ayuda psicológica. Por lo tanto, resulta imprescindible incluir no sólo el sexo como variable al estudiar la salud, sino también el género como variable

sociocultural que tiene un efecto a la hora enfermar, así como seguir profundizando en el estudio y evaluación del género. Los resultados muestran la importancia de seguir explorando cómo sexo y género son dos dimensiones diferentes pero que interactúan y deben ser tenidas en cuentas; de no ser así, seguirá habiendo un sesgo en el estudio de la salud.

8.2.1 Implicaciones

La inclusión de la perspectiva de género en investigación es necesaria para poder conseguir una comprensión más completa de la etiología de los trastornos psicológicos, es decir, para comprender mejor las razones subyacentes del hecho de que mujeres y hombres enfermen de formas diferentes, algo que no puede explicarse suficientemente desde la biología. El poder analizar el peso de las variables socioculturales en el desarrollo de la psicopatología es extremadamente relevante con el fin de reconocer los factores que son relevantes en la psicopatología. Esto resultaría beneficioso de cara a elaborar programas de prevención más eficaces y eficientes en edición y salud, incluida la psicoterapia.

8.2.2 Los roles de género constriñen y son perjudiciales para la salud

Además, el que algunas de las variables más típicamente femeninas tengan medias más altas en mujeres del grupo clínico, puede conectarse con lo revisado en el marco teórico en tanto en cuanto que los roles de género fijos (tradicionales) limitan, constriñen y son perjudiciales para la salud. Tal y como Kimmel (2009) señala, aquellas personas que se ajusten a las normas de género, sexualidad o relaciones, podrían también estar adhiriéndose a normas que tienen un impacto negativo en su salud, por el temor a salirse de la norma (y hace referencia al ejemplo clásico de que los hombres heterosexuales cisgénero tienen más dificultades en expresar miedo o tristeza por no ser vistos como lo suficientemente masculinos, y a la relación entre estas dificultades y la alta tasa de suicidios en ese grupo). Fitzpatrick et al. (2005), quienes examinaron las relaciones entre la orientación de rol, sexual y el suicido, encontraron que los roles de género

cruzados (tener rasgos asociados con el sexo biológico contrario) estaban asociados con ideación suicida, independientemente de la orientación sexual. Así mismo, aquellas personas no enmarcadas en la categoría binaria tradicional (mujer/hombre cisgénero heterosexual) tienen más problemas de salud mental (Barker, 2017).

Parte de estos estereotipos y formas tradicionales de comportamiento tienen que ver con la internalización, en tanto en cuanto al proceso de asumir los estándares y normas de la sociedad dominante como propios y luego esforzarse por cumplir con los mismos (Thompson et al., 1999), muy relacionado con la citada socialización diferencial, y que es considerado como factor de riesgo fundamental para la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios (Thompson & Stice, 2001). Keel y Forney (2013) encontraron cómo la internalización del ideal de la delgadez y de algunos rasgos de personalidad, como la emocionalidad negativa y el perfeccionismo, parecían estar relacionados con la mayor prevalencia de estos diagnósticos en chicas. Resulta llamativo como algunas investigaciones muestran que las mujeres lesbianas están más satisfechas con sus cuerpos que las heterosexuales (Morrison et al., 2004) y que las mujeres negras tienen más probabilidades de tener una mayor satisfacción corporal que las mujeres blancas (Grabe & Hyde, 2006), lo que puede tener que ver con que esos grupos de mujeres hayan interiorizado un conjunto diferente de normas sobre la belleza (Liss et al., 2019). Y en esta línea, se ha encontrado que para las mujeres feministas es menos probable aceptar las normas de belleza tradicionales que para las mujeres que no se definen como feministas. Hepp et al. (2005) encontraron que la androginia (tener rasgos tanto masculinos como femeninos) estaba asociada con patología menos severa en mujeres con trastornos alimentarios; es decir, la androginia podía entenderse como un factor protector ante estos trastornos. De hecho, González y Silva (2014) encontraron que la masculinidad puede actuar

como un factor protector y como una variable relacionada con una menor presencia de trastornos alimentarios.

En relación con los trastornos de ansiedad, Carter et al. (2011) encontraron que la feminidad y la ansiedad estaban correlacionadas de forma positiva, mientras que la masculinidad y la ansiedad tenían una correlación negativa. Barrett y White (2003) encontraron que niveles más altos de masculinidad en la adolescencia estaban relacionados con menores niveles de depresión cuando se llegaba a la adultez.

De lo anterior, y de los resultados encontrados en la presente investigación, resulta evidente que es necesario seguir profundizando en los factores culturales para poder entender los trastornos alimentarios, la ansiedad y la depresión, así como otros trastornos psicológicos, ya que desde un modelo biopsicosocial, y más específicamente, desde la hipótesis de la socialización diferencial, se entiende que los factores sociales y culturales pueden estar teniendo un efecto en la expresión diferencial de la psicopatología en hombres y en mujeres, con la consecuente diferencia de tasas de prevalencia en muchos trastornos (Hartung & Lefler, 2019), tal y como se viene señalando.

Tal y como señalan Pujal i Llombart et al. (2020):

> En los trastornos mentales definidos como más prevalentes entre las mujeres se da una estrecha relación entre los dos discursos mencionados (el del manual y su sintomatología y el de los mandatos normativos de género), por ejemplo, en la dependencia o la dificultad para tomar decisiones (trastorno de depresión), en la emocionalidad excesiva (trastornos de personalidad) o en la preocupación u obsesión por el cuerpo (trastornos alimentarios). Entendemos, en este sentido, que tales condiciones guardan una relación con la representación simbólica de las mujeres como emocionales, dulces y tiernas con la prohibición social de la rabia (Barberá & Martínez-Benlloch 2004; Hyde, 1995), y con la

> dependencia en relación con la figura masculina para la toma de decisiones, sobre todo en el modelo de género tradicional; o bien, con el ideal de belleza del cuerpo delgado del modelo contemporáneo (Velasco, 2009). Además, según el texto del manual, el malestar psicológico relacionado con traumas y estrés en las mujeres tiene su causa principal en episodios de maltrato, abuso sexual o violencia de cualquier tipo (APA, 2013), consecuencia de un sistema patriarcal en el que una de cada tres mujeres ha sufrido a lo largo de su vida violencia física, psicológica o sexual (Organización de Naciones Unidas, 2017). (Pujal i Llombart et al. (2020, para. 3).

Surge la pregunta de si buscar ayuda psicológica está necesariamente relacionado con tener una peor salud mental. Se entiende que las personas buscan terapia psicológica porque están experimentando un malestar y sufrimiento psíquicos que sienten no pueden manejar por sí mismas. A través de lo revisado en el marco teórico de la presente investigación, queda patente que parte del sufrimiento psíquico de las mujeres puede ser intrapsíquico (generado por la propia experiencia de sus vivencias), pero que, al mismo tiempo, otra parte estará originado por los condicionantes socioculturales de la sociedad en la que vivimos (Wood & Eagly, 2012). Aunque se está haciendo mucho trabajo desde las diferentes disciplinas de conocimiento para que la perspectiva de género pueda ser transversal, la realidad es que aún parece quedar mucho para que se llegue a conseguir un cambio de paradigma (García et al., 2013) hacia uno más diverso e inclusivo y que podamos vivir en una sociedad igualitaria. Mientras que se consigue, el que se pueda trabajar con las mujeres explicitando y poniendo en palabras los malestares tradicionalmente silenciados (Varela, 2017), así como aportando una comprensión que ponga también el foco en que la sociedad nos enferma, es clave para que se pueda ayudar a concienciar y aliviar el sufrimiento de las mujeres, lo que además resulta de mucha valía para las personas que trabajamos en clínica.

8.2.3 La necesidad de definir bien el constructo

Tal y como señala Sánchez-López (2013), “cada vez se hace más evidente la necesidad y beneficios de introducir no sólo el análisis del sexo, sino también el del género como variables en la investigación y la práctica relacionada con la salud” (p. 1): porque existe mortalidad y morbilidad diferencial entre sexos, porque hay evidencias de sesgos en función del género tanto en investigación como en el tratamiento de la salud, y porque el sexo como variable no resulta suficiente para “describir, explicar e intervenir en las diferencias en salud entre hombres y mujeres” (p. 2). Por lo tanto, será necesario hacer una adecuada definición de ambos constructos.

Capítulo 9

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

CAPÍTULO 9: LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

9.1 Limitaciones

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que no se han incluido en la muestra pacientes con trastorno mental grave. Esto parece estar relacionado con que la mayoría de la muestra (92.68%) se recogió en consultas privadas de psicología, donde es menos probable que se atienda trastorno mental grave. Durante la fase de recogida de muestra, se contactó con centros psiquiátricos privados y dispositivos de salud mental en el ámbito público, pero no fue posible contar con su participación.

Además, el 47.90% del grupo no clínico y el 41.67% del grupo clínico tenían estudios universitarios, y el 73.68% y el 66.07% respectivamente trabajaban, condiciones que hablan de una cierta estructura y relacionados también con menor trastorno mental grave. Por lo tanto, sería necesario poder tener en cuenta muestras que incluyeran personas con trastorno mental grave y con niveles de estudio no universitarios para que los resultados pudieran ser más generalizables.

Entre las limitaciones del estudio hay que destacar el que la muestra esté compuesta sólo por mujeres cisgénero. Habría resultado muy interesante poder estudiar la importancia de las variables de psicopatología a la hora de clasificar a personas de identidades no binarias en el grupo clínico y no clínico, y revisar también la importancia dentro del modelo clasificador de las variables asociadas a los roles de género. Se considera necesario especificar que éste es el sesgo de la Doctoranda que elabora esta tesis: mujer cisgénero.

De igual forma, hubiera resulta muy interesante incluir hombres cisgénero en el estudio. Esto habría permitido comparar los diferentes grupos y ver de qué forma indicen las variables de género y de la psicopatología. Esta limitación se tuvo en cuenta desde el principio, pero se decidió finalmente incluir sólo mujeres porque las limitaciones de tiempo dificultaban haber podido hacer

un marco teórico específico para la salud de los hombres y un estudio y recogida de muestra específica. Por lo tanto, ante la limitación temporal y de recursos, y teniendo en cuenta que, como se viene indicando, las mujeres tienen peor salud general y mental y han sido tradicionalmente excluidas de la investigación, se decidió incluir sólo mujeres.

Teniendo lo anterior en consideración, y también teniendo en cuenta la limitación de recursos para la elaboración de la presente investigación, se limitó en ese sentido la muestra, teniendo en cuenta la reflexión de Fine (2018):

> No cabe duda de que los estereotipos y normas de género también pueden limitar a los chicos y a los hombres. Pero el género es una jerarquía. El prestigio más elevado de los hombres y de la masculinidad es, como algunos han especulado, la razón por la que cifras considerablemente altas de niñas empieza, en la niñez intermedia, a rechazar los juguetes y actividades 'de niñas', las cuales supuestamente han evolucionado para preferir convertirse en 'uno de los chicos', mientras que hay una llamativa ausencia de niños que quieren convertirse en 'una de las chicas'. Y puesto que las ocupaciones y roles tradicionalmente masculinos están generalmente asociados con un prestigio y un sueldo más elevados que los de los roles femeninos de igual exigencia, los estereotipos y las normas de género son especialmente dañinos para las mujeres en los planos económico y profesional. (p. 208)

En el capítulo 4 se hacía referencia a cómo, con frecuencia, muchos de los malestares de las mujeres no son recogidos precisamente porque los instrumentos de evaluación no recogen esa información. Por ejemplo, los instrumentos de evaluación no incluían ítems que hicieran referencia al cansancio o al dolor (no se consideran síntomas de cara a diagnósticos clínicos en el DSM). Por este motivo, hubiera sido tremendamente interesante incluir preguntas abiertas para que las

mujeres pudieran expresar de forma más libre sus malestares, y un consecuente análisis cualitativo hubiera permitido una comprensión más rica y profunda de los mismos (además de que simbólicamente hubiera se considera importante que hubieran tenido ese espacio para expresarse, precisamente porque no necesariamente son preguntadas por ellos de forma habitual). Estos son precisamente los malestares sin nombres a los que ya Friedan (1963/2017) se refería en su libro "La mística de la feminidad". En este sentido, sería también necesario poder contar con instrumentos de evaluación elaborados con perspectiva de género, y con manuales diagnósticos clasificatorios elaborados también desde esta perspectiva.

9.1.1 Limitaciones de los instrumentos de evaluación

Se decidió utilizar la versión reducida del PAI, debido a que ya de por sí la compilación de cuestionarios era excesivamente largo. El haber utilizado la versión extendida del mismo, habría permitido poder afinar más con algunos resultados gracias a la información que las subescalas del instrumento proporcionan. A pesar de esto, se considera que el instrumento clasifica bien, y, por lo tanto, se considera que funciona bien como instrumento clínico. Ha funcionado correctamente como instrumento de screening con respecto a la psicopatología en población general (grupo no clínico).

Respecto a la medida del género, se decidió utilizar el cuestionario CFNI/CMNI por ser uno de los más utilizados actualmente para la medida del género (Levant et al., 2020). Sin embargo, los resultados también arrojan datos no concluyentes con respecto al género, lo que quizás pueda estar relacionado a que tiene demasiada repetición de ítems (ítems que preguntan lo mismo, aunque sea de forma diferente), por lo que evalúa en mayor medida consistencia más que el constructo. Es posible que haya una infrarrepresentación del constructo, lo que afectaría a la validez de contenido. La fiabilidad de las puntuaciones se considera aceptable porque lo que sucede en realidad es una falsa inflación de las covarianzas entre los ítems apoyada en la idea subyacente de que la

correlación de una variable consigo misma es igual a 1, y también que existe una alta correlación entre variables si una es una pseudo-transformación lineal de otra. La falta de representación de cada uno de los componentes de cada dimensión del instrumento puede explicar el que las variables de género no tengan suficiente poder explicativo.

9.2 Perspectivas futuras

Teniendo en cuenta las dificultades metodológicas revisadas en el Capítulo 3, y la propia experiencia al realizar esta investigación, se considera imprescindible que pueda delimitarse con mayor precisión el terreno de estudio, esto es, definir mejor el constructo, para lo que resulta fundamental la correcta utilización de los términos sexo y género.

Resulta inevitable pensar en que, con una metodología feminista, manuales diagnósticos como el DSM, podrían tener definiciones muy diferentes si se incluyera el género como categoría de análisis.

Surge también una reflexión en torno a los instrumentos de evaluación del género y las dificultades metodológicas asociadas, ya que parece un constructo difícil de medir. Esto puede estar relacionado con su propia 'naturaleza', ya que quizás no se puede clasificar de forma dicotómica. Quizás debe ser entendido como un continuo, y no entenderse que para elaborar un instrumento que evalúa la medida del género haya que partir "del presupuesto de asimilar los rasgos en los que hombres y mujeres" difieren (López-Sáez & García-Dauder, 2020, p. 12).

En relación con el CFNI y CMNI, López-Sáez y García-Dauder (2020) señalan como puntos positivos del instrumento que la masculinidad y la feminidad no son entendidos como rasgos de personalidad, "sino desde el punto de vista de la conformidad o no con las normas sociales de género e identificando la multidimensionalidad de dicha conformidad" (p. 18). Como puntos negativos, destacan que resulta problemático sólo aplicar el CFNI a mujeres (y no a hombres), y, al contrario, el CMNI sólo a hombres (y no a mujeres), algo que sí se ha solventado

en la presente investigación al aplicar ambos cuestionarios (Conformidad con las Normas de Género Masculinas y Femeninas) a la muestra de mujeres. No obstante, resulta necesario señalar que en realidad el instrumento CFNI no está diseñado para ser completado por mujeres, y en la presente investigación se ha utilizado en éste sentido con fines meramente exploratorios.

En este sentido, el género como categoría analítica, que permite aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Como herramienta de análisis, también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades (Harding, 1987, en García et al., 2013). Tal y como Sánchez-López y Limiñana-Gras (2017) señalan,

> los sistemas de salud deben diseñarse para enfrentar los desafíos que imponen las normas, roles y relaciones de género en el desarrollo e implementación de políticas, programas y servicios, incorporando el género como parte del diseño y en todo el proceso de implementación y evaluación. El objetivo final por conseguir será la igualdad de género en salud (Fong, 2007). (p. 30, traducción propia)

Tal y como las autoras señalan, el aplicar la perspectiva de género al estudio de la salud no significa sólo que se incluyan datos desagregados por sexo, sino que se tengan en cuenta los aspectos de género que afectan diferencialmente en función del sexo.

Como se señalaba más arriba, las mujeres siguen representando la mayoría de los síntomas sin diagnóstico (Valls, 2008a), por lo que se considera imprescindible que se pueda profundizar de forma diferencial en el estudio de la etiología sus enfermedades, para que el resultado no sea de manera automática la medicación. Resulta del todo paradójico que siendo el dolor el primer motivo de consulta en atención primaria enfermedades como la fibromialgia sigan estando

infraestudiadas. Amigot y Pujal (2015), hacen referencia a Velasco (2009), quien sostiene que la persona enferma como un "sistema dinámico biopsicosocial generizado, es decir, como un sistema sujeto/sexo/género" (Amigot & Pujal 2015, p. 1553). De hecho, tal y como señalan Pujal i Llombart et al. (2020), de no poder determinarse la etiología biológica de los malestares psicológicos, habrá que entender que

> estos funcionan de tal manera que solo una concepción de la salud como sistema dinámico biopsicosocial puede comprender una concepción en la que se incluyen como factores de influencia las condiciones económicas, sociales y los estilos de vida. Sin embargo, paradójicamente, los aspectos psicosociales no se consideran dignos de estudio para la intervención en la atención psicosanitaria. La construcción de la enfermedad a partir de los síntomas y su posterior perpetuación y reconstrucción a través del discurso del manual DSMV parece ser suficiente para que la prescripción de psicofármacos o la intervención psicológica sin perspectiva de género se constituyan como la más legitimada de las alternativas en la atención psicológica y médica. (para. 2).

En este sentido, como ya se señalaba en el capítulo 4, para el estudio de la personalidad y de la psicopatología resulta imprescindible poder contar con datos desagregados por sexo, ya que inevitablemente las variables estarán mediadas por el género: por ejemplo, Stake y Elsele (2010) refieren que para los chicos y hombres está 'penalizado' socialmente la expresión de debilidad (lo que puede hacer más difícil que puedan expresar emociones o reconocerse a sí mismos con síntomas de ansiedad o depresión), mientras que las chicas pueden mostrar menos inhibición a la hora de expresar emociones negativas. En esta línea, Brabender y Mihura (2016) señalan que puede haber sesgos en la recogida de muestras, y hacen referencia a Hartung y Widiger (1998), quienes ponían como ejemplo que había muchos más hombres en tratamiento por problemas de

apuestas/juego, mientras que los datos epidemiológicos no reportaban diferencias entre hombres y mujeres. Algunos instrumentos de evaluación de la psicopatología se han construido con muestras penitenciarias que incluían sólo a hombres (Brabender & Mihura, 2016).

Esto nos lleva a pensar que, si se diseñaran pruebas psicométricas que tuvieran en cuenta en género, seguramente se podrían "corregir" determinados sesgos que pueden inducir a datos erróneos. Por ejemplo, cabe preguntarse si serían diferentes las prevalencias en psicopatología si tuviéramos en cuenta el género (quizás más hombres puntuarían alto en depresión). Igual que existen instrumentos de evaluación específicos para grupos de edad (por ejemplo, adolescentes y adultos en el PAI; el test de Rorschach tiene diferentes puntuaciones para niños/as - y subcategorías en función de la edad - y para adultos, o para población clínica y no clínica), quizás sería necesario desagregar las puntuaciones medias de referencia para hombres y mujeres. Desde ahí se podrían interpretar mejor los resultados, y tener información más afinada y certera.

Además, será necesario tener en cuenta que existen sesgos como los nombrados, que pueden estar en la base sobre la que se construye la teoría, a la hora de conducir una investigación, cuando se hace la recogida de datos o la interpretación y publicación de los mismos… (Else-Quest & Shibley Hyde, 2018). De cara a solventar estos sesgos y otras dificultades descritas en el Capítulo 3, se considera imprescindible tener en cuenta las guías SAGER (*Sex and Gender Equity in Research*), un "conjunto internacional de directrices para apoyarla presentación sistemática del sexo y del género en investigación, en todas las disciplinas" (Heidari et al., 2019, p. 203). El artículo recoge algunos de los aspectos ya revisados:

- Habitualmente el género se conceptualiza incorrectamente como un factor binario (femenino/masculino). En realidad, existe un espectro de identidades de género y

expresiones que definen cómo los individuos se identifican a sí mismos y expresan su género (p. 204).

- La brecha en la representación de las mujeres en los estudios con seres humanos ha sido bien documentada. Una revisión de los ensayos de tratamiento cardiovascular incluidos en las Revisiones Cochrane revela que solo el 27% del total de los participantes del ensayo en los 258 ensayos clínicos fueron mujeres (p. 204).
- La infrarrepresentación de las mujeres en la investigación puede tener consecuencias adversas. Entre las diez prescripciones farmacéuticas recetadas que se retiraron del mercado de los Estados Unidos entre 1997 y 2001, ocho causaron un daño mayor a las mujeres que a los hombres (p. 204).
- Los fallos en el desarrollo de los análisis según sexo y de género ocurren en una variedad de disciplinas. En el campo de la ingeniería, la falta de consideración de las diferencias en la fisiología y la anatomía de hombres y mujeres en el desarrollo de asientos de seguridad ha aumentado el riesgo de lesiones cervicales entre las mujeres ocupantes de automóviles en comparación con los hombres (p. 204).

Teniendo datos como los anteriores como base, la "European Association of Scientific Editors" (EASE) estableció un comité de política de género (GPC, *Gender Policy Committee*) en 2012 y le encomendó la tarea de desarrollar una serie de directrices para informar sobre el sexo y la equidad de género" (p. 205). Se desarrollaron entonces las guías SAGER, diseñadas para promover que se informe sistemáticamente sobre sexo y género en las investigaciones.

Las directrices proporcionan a los/las investigadores/as y autores/as una herramienta para estandarizar la información por sexo y de género en publicaciones científicas, cuando sea apropiado. También están dirigidas a los editores para que las utilicen como un instrumento

práctico para evaluar un manuscrito de investigación y como un vehículo para crear conciencia entre los/las autores/as y revisores/as. Si bien las pautas para la presentación de la información generalmente se centran en cómo informar sobre qué se hizo en realidad en un estudio, reconocemos que no todos los puntos incluidos en las guías SAGER son factibles o aplicables a un estudio en particular. (p. 205).

Sugieren también preguntas que deben hacerse las personas que realizan las revisiones de artículos científicos: "¿El sexo y el género son relevantes para la investigación en cuestión? ¿Han abordado los/las autores/as adecuadamente las dimensiones de sexo y género, o han justificado la ausencia de dicho análisis?" (p. 208).

Las recomendaciones generales de estas guías aparecen recogidas en la Tabla 16.

Tabla 16

Directrices para la incorporación equitativa del sexo y género en la investigación (SAGER)

Principios generales
- Los/las autores/as deberían utilizar los términos sexo y género cuidadosamente para evitar confundirlos. - Cuando los/las sujetos de investigación sean organismos que puedan diferenciarse por sexo, la investigación debería diseñarse y realizarse de manera que pueda revelar diferencias relacionadas con el sexo en los resultados, incluso si no se esperaban inicialmente. - Cuando los temas también puedan diferenciarse por género (conformado por las circunstancias sociales y culturales), la investigación debería realizarse de igual manera en este nivel adicional de distinción.
Recomendaciones por sección del artículo
- Título y resumen: Si solo se incluye un sexo en el estudio, o si los resultados del estudio deben aplicarse a un solo sexo o género, el título y el resumen deberían especificar el sexo de los animales o de cualquier célula, tejido u otro material derivado de estos, o el sexo y el género de los humanos participantes. - Introducción: Los/las autores/as deberían informar, cuando sea pertinente, de si pueden esperarse diferencias de sexo o desigualdades de género. - Métodos: Los/las autores/as deberían informar de cómo se tuvieron en cuenta el sexo y el género en el diseño del estudio, si garantizaron una representación adecuada de hombres y mujeres, y justificar las razones de cualquier exclusión de hombres o mujeres. - Resultados: Cuando corresponda, los datos deberían presentarse siempre estratificados por sexo y género. Los análisis basados en el sexo y de género deberían aportarse independientemente del resultado positivo o negativo. En los ensayos clínicos, los datos

sobre personas retiradas y abandonos también deberían informarse estratificados por sexo.

- Discusión: Las posibles implicaciones de sexo y género en los resultados del estudio y en los análisis deberían ser discutidas. Si no se realizó un análisis según sexo y de género, debe argumentarse la razón. Los/las autores/as deberían discutir más a fondo las implicaciones de la falta de dicho análisis en la interpretación de los resultados.

Nota. Extraído de Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Mirjam, C. (2018). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, *33*(2), 203-210. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003

En esta línea, Martínez (2003) recoge algunas directrices e indicaciones que propuso Valls (2000) siguiendo a Ruiz y Verbrugge (1997):

> 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 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. (p. 264)

Otras propuestas en esta línea son los constructos y medidas SGBA (*Sex- and Gender-Based Análisis*), definidos como

> Un enfoque que indaga sistemáticamente sobre las diferencias biológicas (basadas en el sexo) y socioculturales (basadas en el género) entre mujeres y hombres, niños y niñas, sin suponer que existan diferencias. El propósito de SGBA es promover una investigación rigurosa de salud sensible al sexo / género, que amplíe la comprensión de los determinantes de la salud en ambos sexos, con el fin de proporcionar conocimientos que puedan resultar en mejoras en la salud y la atención médica. La ciencia ciega al género no tiene en cuenta las trayectorias de vida dispares que están influenciadas por la dotación genética, las exposiciones ambientales y los entornos sociales y políticos. (Health Canada, 2010, en Haarmans, 2019, p. 142, traducción propia)

Esta línea incorpora diferentes niveles de análisis, desde un nivel micro-individual a un nivel macrosocial, integrando al mismo tiempo determinantes sociales de salud que interactúan con el género (Haarmans, 2019).

En cualquier caso, resulta necesario indicar tener en cuenta que sería necesario incluir categorías intermedias (hombres, mujeres, personas trans o con identidades no binarias). Por ejemplo, Knaak (2004) sugiere que habrá que tener en cuenta tres dimensiones: la subjetiva (por ejemplo, hombre-mujer-transgénero), la cultural (por ejemplo, masculinidades-feminidades) y la institucional (por ejemplo, lo socio-estructural), ya que considera que el género no puede ser estudiado debidamente si se tiene en cuenta de forma aislada a otras jerarquías sociales.

Las recomendaciones anteriores pueden suponer una buena base para la investigación. En esa línea, resulta necesario trabajar hacia la construcción de un método feminista, que parece estar aún por construir: de lo estudiado resulta evidente que el método científico del que se dispone, las categorías y manuales diagnósticos, y los instrumentos de evaluación, tienen inevitablemente sesgos al no tener en cuenta el género (han sido construidos desde un modelo androcéntrico).

Resulta imprescindible revisar la epistemología para poder construir unas bases diferentes que tengan en cuenta lo específico del género.

Autoras como Harding (1987) vienen denunciando desde hace décadas que las epistemologías tradicionales (el conocimiento empirista y positivista que pretende encontrar verdades absolutas) excluyen sistemáticamente la posibilidad de que las mujeres puedan ser sujetos o agentes del conocimiento, y que la voz de la ciencia sigue siendo masculina. Proponen que existe una diversidad de puntos de vista según la estratificación social y la pertenencia a determinados grupos (Harding, 1986). Como se decía, resulta imprescindible cuestionar la supuesta neutralidad de las teorías, ya que inevitablemente están impregnadas de sexismo y androcentrismo: considera que lo masculino y lo femenino son categorías que "se producen y aplican dentro de una clase, una raza y una cultura particulares, en el sentido de que las experiencias, deseos e intereses de mujeres y hombres difieren en cada clase, raza y cultura" (Harding, 1987, p. 24). De cara a la elaboración de las investigaciones, la autora recomienda

> explicitar el género, la raza, la clase y los rasgos culturales del investigador y, si es posible, la manera como ella o él sospechan que todo eso ha influido en el proyecto de investigación – aunque, desde luego, los lectores sean libres de llegar a hipótesis contrarias respecto de la influencia del investigador o investigadora en su análisis. Así, la investigadora/o se nos presentan no como la voz invisible y anónima de la autoridad, sino como la de un individuo real, histórico, con deseos e intereses particulares y específicos (Harding, 1987, p. 27).

Haraway (1991) habla de "conocimiento situado" para referirse a que todo conocimiento es producido en un contexto histórico y social específico y que no es ni universal ni neutral (esto es, está condicionado e influido por factores políticos, culturales y sociales). García et al. (2013) refieren como la ciencia, según el paradigma occidental dominante, "persigue fundamentarse en

la objetividad, la neutralidad, la calidad" (p. 18). En esta línea, recogen algunas críticas feministas hacia el modelo hegemónico de hacer ciencia suponen:

- Rechazar una objetividad factible como meta. La perspectiva feminista considera que la elección de lo que se estudia y su abordaje es subjetivo y está "y condicionada por diversos y complejos factores sociales —clase social, género, edad, cultura científica— y por cuestiones ideológicas" (p. 18).
- La búsqueda y cuestionamiento de los sesgos de género que existen en las investigaciones de la salud y que se derivan de "e conceptualizaciones y prácticas androcéntricas y sexistas" (p. 18).
- Las deficiencias, lagunas y sesgos de género detectados en el proceso de producción del conocimiento científico plantean, en suma, la necesidad de repensar un nuevo modelo de ciencia e investigación sensible al género; no sólo en estructuras y procedimientos sino también en su cultura epistemológica y en el modo de trabajar e interactuar de la comunidad científica.

Como sugieren García et al. (2013):

> Si pretendemos incorporar la perspectiva de género en nuestras investigaciones, un paso previo e imprescindible es despertar un punto de vista crítico y realizar una relectura del conocimiento disponible para identificar, analizar y documentar las formas de desigualdad en salud por el hecho de poseer un determinado sexo, en un contexto —histórico y de lugar— concreto (p. 18).

Por lo tanto, será necesario revisar la metodología utilizada por la comunidad científica, y la alternativa propuesta es la "democratización del conocimiento", es decir, la perspectiva de las mujeres (u otros grupos subordinados) como sujetos cuando son objeto de estudio (Levinton,

2020). Será necesario un cambio de paradigma desde donde se incluya la diversidad y la transversalidad del género, y desde

> donde la ciencia no se entiende como una institución aislada, sino como una práctica social profundamente imbricada con otras prácticas sociales relativas a la producción, transmisión e intercambio del conocimiento y cuyos principios esenciales se basan en la responsabilidad social, la transparencia, la colaboración y el intercambio interdisciplinar (Benschop & Brouns, 2003; Brouns, 2004, 2005, en García et al., 2013).

Si, como se viene diciendo, el propio método científico no es tan neutral como se pensaba (ha sido pensada y diseñada por hombres), posiblemente muchos de los conceptos que se estén utilizando y los propios instrumentos de evaluación tampoco lo serán. Las categorías tradicionales de clasificación de variables están pensadas sobre unos modelos explicativos que no tienen en cuenta lo que no pueda probarse. Por eso, resultara interesante una epistemología feminista, desde donde se aporta el que feministas, lejos de verdades universales, descontextualizadas y neutras, la objetividad en la ciencia se traduce en términos de conocimientos situados y responsables (Haraway, 1995, en López-Sáez & García-Dauder, 2020).

García et al. (2013) señalan aportaciones metodológicas feministas que podrían servir de base para hacer ese cambio de paradigma. A continuación, se recoge un resumen de algunas de ellas (aparecen también de forma esquematizada en la Tabla 17).

- Búsqueda, detección y análisis de las diferencias —y también de las similitudes— entre mujeres y hombres en salud, para identificar posibles desequilibrios y desigualdades.
- Centralidad del género como categoría transversal de análisis para entender el estado de salud y sus determinantes, y las relaciones de mujeres y hombres con el sistema sanitario.

- Reconocimiento de la diversidad de situaciones y experiencias en salud de mujeres y de hombres, lo que deriva en el análisis de las interacciones entre el género y otros determinantes de la salud, como la edad, el estatus socioeconómico, el nivel educativo, la etnia, la orientación sexual, la localización geográfica, entre otros (interseccionalidad entre los ejes de estratificación social).
- Atención y compromiso con los grupos vulnerables y desfavorecidos. El enfoque feminista contiene una dimensión ética y emancipadora fundamental. Busca dar voz a los grupos menos representados, centrando su foco de estudio no sólo en las mujeres en general, sino también en los grupos menos favorecidos y estudiados.
- Centralidad de la metodología cualitativa. viene sustentada por la importancia que otorga la investigación feminista a las relaciones humanas, la subjetividad y la (re)flexibilidad en el proceso de investigación y en la emergencia de teorías. Adquieren una importancia central los métodos cualitativos para profundizar en los problemas y necesidades de salud de las mujeres y visibilizar sus vidas y experiencias.
- Apuesta por la participación activa de todos los actores involucrados en la investigación. Desde una visión feminista, la relación entre las personas participantes en la investigación debe ir más allá de la simple noción de reciprocidad (como, por ejemplo, pagar a la gente participante por su tiempo), persiguiendo una relación de mutualidad (intercambio de prestaciones bilaterales y solidarias) y el empoderamiento.

Tabla 17

Rasgos centrales de la metodología feminista, según García et al. (2013)

- Enfoque comparativo para identificar desigualdades de género
- Centralidad del género como categoría de análisis
- Reconocimiento de la complejidad (interseccionalidad)
- valor de la intersubjetividad y reflexividad en el proceso de investigación
- Atención a grupos vulnerables y desfavorecidos
- Valor de la metodología cualitativa
- Apuesta por la participación de agentes involucrados
- Orientación hacia el cambio social
- Orientación hacia la transformación del conocimiento

Teniendo en cuenta todo lo anterior, resulta imprescindible incluir la perspectiva de género en investigación para alcanzar una comprensión más amplia respecto a la etiología de los trastornos, es decir, los motivos que subyacen respecto al hecho de que hombres y mujeres enfermen de maneras diferentes, y que dicho fenómeno no esté explicado satisfactoriamente de forma suficiente por la biología. Es necesario obtener diagnósticos diferenciales más rigurosos que tengan en cuenta el peso de lo cultural en la construcción de la subjetividad y sus efectos clínicos (Martínez, 2003). La OMS (2018) señala que analizar el género en el ámbito sanitario suele poner de manifiesto cómo las desigualdades conllevan el perjuicio en la salud de las mujeres, las limitaciones a las que éstas se enfrentan para conseguir salud y las formas en las que les hacen frente y tratan de superarlas.

Trabajar desde una perspectiva de género de forma transversal (en investigación, en salud, en psicoterapia) sigue siendo una asignatura pendiente que tiene que ver con los derechos humanos, si bien es cierto que cada vez son más las personas que han podido integrarlo en su

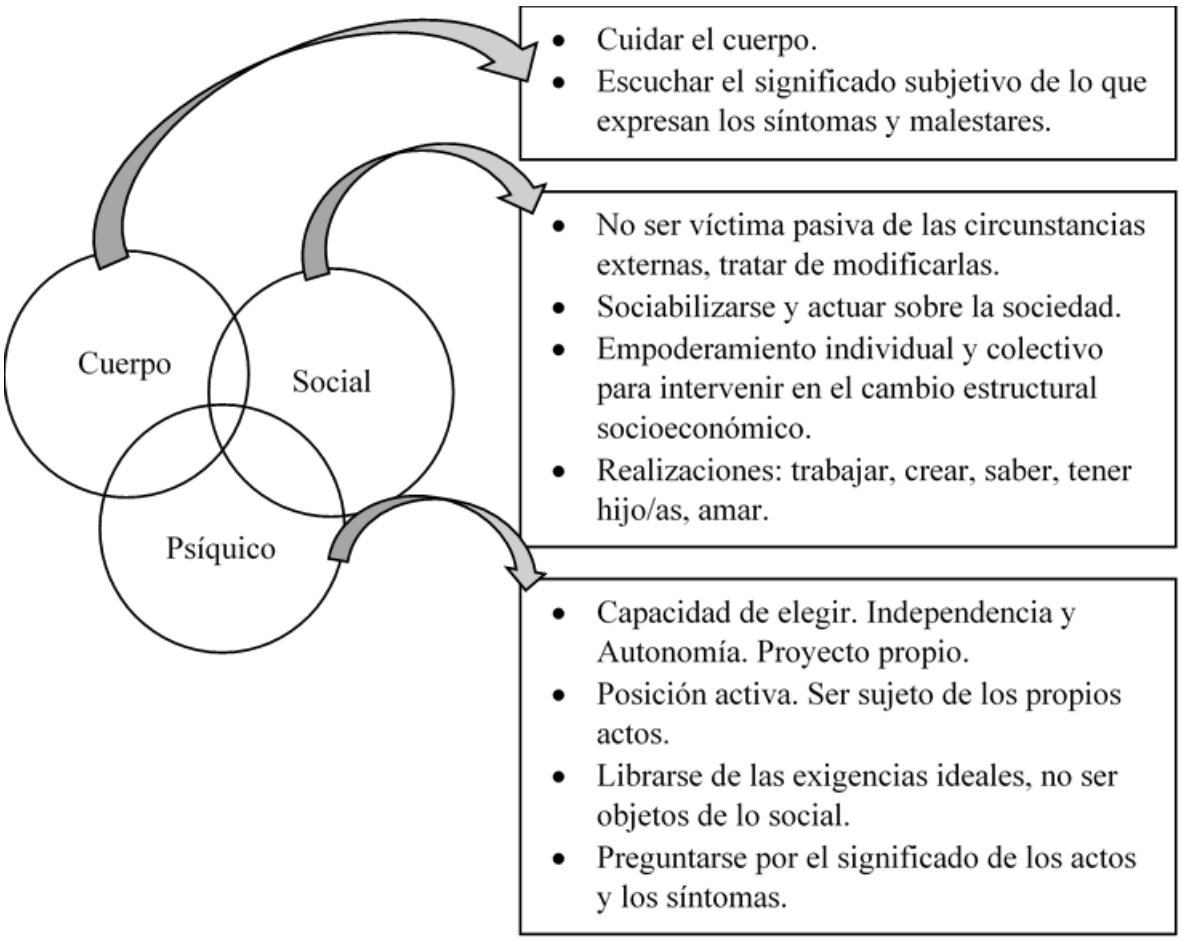
quehacer. Esta perspectiva es imprescindible para tener en cuenta en la génesis y mantenimiento de los trastornos psicopatológicos, de modo que las y los profesionales de la salud podrían incluir este conjunto de factores y estereotipos en la evaluación y tratamiento como algo prioritario, y trabajar sobre ello en la clínica. Puede resultar de vital importancia para poder diseñar programas de prevención educativa y en salud. Este planteamiento puede contribuir a "depsicopatologizar" a las mujeres, los trastornos que padecen las mujeres y las etiquetas que les son asignadas (con las consecuentes medicaciones pautadas en base a esos diagnósticos), haciendo recaer los determinantes también en factores socioculturales con las implicaciones que eso tiene. Tal y como Garnica (2015) señala, los y las profesionales de la salud deben de tener cuidado de no sobrediagnosticar o infradiagnosticar ciertos trastornos de personalidad en mujeres o en hombres debido a estereotipos sociales de roles y comportamientos de género.

En esta línea, Napal-Fernández (2019) refiere que para algunos/as autores/as, el trastorno de personalidad antisocial (con una ratio de 3:1 en hombres) y el trastorno de personalidad límite (con una ratio de 3:1 en mujeres) que expresan de forma diferente una misma etiología, y explica cómo posiblemente existen prejuicios por parte de los/las profesionales de cara a pasar por alto rasgos antisociales en mujeres y los rasgos más límites en hombres. Esto puede deberse a que los rasgos límites son considerados como adecuados y "tolerables" al rol de género masculino, y, por lo tanto, no considerados patológicos; de hecho, los hombres diagnosticados como límites son aquellos que se alejan del estereotipo de género masculino (Wirth-Cauchon, 2003). Y sucedería lo mismo a la inversa: los rasgos límites en mujeres son vistos como menos apropiados para el rol de género femenino, y por lo tanto, las mujeres tendrían más probabilidad de ser diagnosticadas de trastorno límite.

De forma específica, Velasco (2007) propone una línea de trabajo que tiene como objetivo mejorar la salud de las mujeres, y que pone el foco en los factores protectores (que coinciden además con las áreas donde, tal y como se ha visto, la salud de las mujeres se ha visto más dañada).

Figura 9

Procesos biopsicosociales protectores de la salud, según Velasco (2007).



Esto podría contribuir al empoderamiento de las mujeres, mediante "proceso por el cual las mujeres mejoran el control de los recursos materiales y simbólicos y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos, para convertirse en las protagonistas de sus propias vidas" (Lagarde, 2005, en Amigot & Pujal, 2015, p. 1553).

En resumen, es fundamental que futuras líneas de investigación puedan seguir profundizando en las diferentes formas de enfermedad que presentan hombres, mujeres y personas transgénero, desde una metodología y perspectiva feminista y biopsicosocial y definiendo con mayor claridad los constructos sexo-género. Para ello, será imprescindible tener en cuenta las variables relacionadas con el género que afectan a la salud mental. De esta forma, será posible contribuir a que las personas tengan una mejor atención psicológica y mejores condiciones de salud mental y general.

9.3 Reflexiones finales

Comencé a trabajar en esta tesis en 2013. Acababa de terminar el Máster Doctorado Oficial "Mujeres y Salud" en la UCM, y tenía claro que quería enfocar la tesis en poder estudiar los malestares de las mujeres. La elección de cuestionarios de evaluación no fue fácil, pero durante ese primer curso puede compilar los que utilizaría. El camino posterior fue mucho más arduo. La recogida de muestra llevó mucho tiempo: estamos especialmente satisfechos/as, especialmente teniendo en cuenta que más de un compañero – hombre – trató de hacerme desistir, ya que, desde luego, eran muchos ítems por responder. Pero quedó claro a las mujeres nos interesa nuestra salud, y a los/las terapeutas también les interesa la salud de sus pacientes. Pero seguramente la parte más compleja de estos ocho años fue entender que el análisis de datos y la interpretación de resultados no iba a ser tan 'sencilla' como a priori pudiera pensarse. A pesar de estar utilizando cuestionarios ampliamente validados y utilizados, los primeros análisis no nos sirvieron para validar o refutar las primeras hipótesis pensadas (que a mayor conformidad con las normas de género hubiera mayor psicopatología, por ejemplo). En el camino fue necesario entender que el problema al que nos enfrentábamos era de mucho mayor envergadura. Parecía que no era cuestión de que los instrumentos no funcionaran… si no que era *el sistema* lo que no funcionaba: Los manuales diagnósticos, las teorías… todas construidas desde una ciencia que, pese a tenerse a sí misma por

objetiva y neutral, no incluía a las mujeres como sujetos con derecho propio, ni en la construcción de la misma, ni en la medición de los constructos estudiados. Es posible que falten muchos años para que la epistemología pueda ser feminista y abarcar todas las disciplinas del conocimiento, y desde luego, mientras que ese momento llega, tendremos que trabajar con la ciencia que tenemos, pero si somos conscientes de nuestros puntos ciegos, estaremos en el camino hacia construir un mundo más democrático, justo e igualitario.

Referencias

REFERENCIAS

Aguilar, T. (2008). El Sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques, 8*. https://doi.org/10.4000/amnis.537

Alexander, M. J., & McMahon, C. (2010). Mental conditions in adult women: Epidemiology and impact [Condiciones mentales en mujeres adultas: epidemiología e impacto]. En Levin, B. L. & Becker, M. A. (Eds.), *A public health perspective of women's mental health* (pp. 37-63). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1526-9_3

Álvarez, R. J. (9 de marzo de 2018). La mujer se abre paso en un 8-M histórico. *El Mundo*. https://www.elmundo.es/espana/2018/03/08/5aa1acda22601d33108b45c8.html

Amigot, P., & Pujal I Llombart, M. (2015). Desmedicalización de la experiencia de dolor en mujeres: usos de plataformas virtuales y procesos de agenciamento subjetivo. *Universitas Psychologica*, *14*(5), 1551-1568. http://dx.doi.or./10.11144/Javeriana.upsy14-5.dedm

Andrews, M., Chapman, B., & Purcell, S. (2012). *Brave* [Película].

Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness* [La psicología de la Felicidad]. Methuen.

Arnett., A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries, J. C., & Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD Symptom Severity [Diferencias de sexo en la gravedad de los síntomas del TDAH]. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 56*(6), 632-639. https://doi.org/10.1111/jcpp.12337

Asociación Americana de Psiquiatría (2013, 2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657.x04-es

Bahamón, M. J., Alarcón-Vasquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas, A., & Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24(2), 93-91*. https://doi.org/10.5944/rppc.23667

Bailey, M. K., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. H., & Hemstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children [Patrones de síntomas depresivos en niños]. *Journal of*

Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 20(2), 86–95. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2007.00090.x

Ball, J., & Links, P. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship [Trastorno límite de la personalidad y trauma infantil: evidencia de una relación causal]. *Current Psychiatry Reports, 11*, 63-68. https://doi.org/10.1007/sl1920-009-0010-4

Barker, M. J. (2019). Good Practice across the Counselling Professions 001: Gender, sexual, and relationship diversity (GSRD) [Buenas prácticas en las profesiones de asesoramiento 001: diversidad de género, sexual y de relaciones]. *British Association for Counselling and Psychotherapy*. https://www.bacp.co.uk/media/5877/bacp-gender-sexual-relationship-diversity-gpacp001-april19.pdf

Baron-Cohen, S., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Ashwin, E., Chakrabarti, B., & Knickmeyer, R. (2011). Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? [¿Por qué las condiciones del espectro autista son más frecuentes en los hombres?]. *PloS Biology, 9*(6), e1001081. https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001081

Barrett, A., & White, H. (2003). Trajectories of Gender Role Orientations in Adolescence and Early Adulthood: A Prospective Study of the Mental Health Effects of Masculinity and Femininity [Trayectorias de las orientaciones de roles de género en la adolescencia y la edad adulta temprana: un estudio prospectivo de los efectos de la masculinidad y la feminidad en la salud mental]. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(4), 451-68. https://doi.org/10.2307/3090237

Barrón, A., Martínez-Iñigo, D., De Paul, P., & Yela, C. (1999). Romantic beliefs and myths in Spain [Creencias y mitos románticos en España]. *The Spanish Journal of Psychology, 2(1),* 64-73. https://doi.org/10.1017/S1138741600005461

Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened Susceptibility to Secondary Traumatization: A Meta-Analysis of Gender Differences [Susceptibilidad aumentada a la traumatización secundaria: un metaanálisis de las diferencias de género]. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(2), 111-122. https://doi.org/10.1037/h0099383

Behar, R. (2004). La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En Behar, R., & Figueroa, G. (Eds.). *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica* (p. 55-74). Mediterráneo. https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000100008

Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuropsiquiatría, 48*(4), 319-334. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007

Bekker,M. H., & Van Mens-Vcrhulst, J. (2007). Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment [Trastornos de ansiedad: diferencias de sexo en la prevalencia, el grado y los antecedentes, pero con tratamiento de género neutro]. *Gender Medicine, 4*, S178-S193. https://doi.org/10.1016/S1550-8579(07)80057-X

Belle, D., & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women [Pobreza, desigualdad y discriminación como fuentes de depresión entre las mujeres estadounidenses]. *Psychology of Women Quarterly, 27*, 1–12. https://doi.org/10.1111/1471-6402.00090

Belzunegui, A., & Pastor, I. (2011). Género y pobreza, ¿Feminización de la pobreza o socialización de la pobreza en España*? Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, 12*, 185-199. https://doi.org/10.20932/barataria.v0i12.148

Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny [La medición de la androginia psicológica]. *Journal of consulting and clinical psychology, 42*(2), 155-162.

Bennett, S. (2013). Increasing Psychology's role in health research and health care [Incrementando el papel de la psicología en la investigación y asistencia sanitaria]. *American Psychologist, 68*(5), 311-321. http://dx.doi.org/10.1037/a0033591

Benschop, Y., & Brouns, M. (2003). Crumbling Ivory Towers: Academic Organizing and its Gender Effects [Torres de marfil derrumbadas: organización académica y sus efectos de género]. *Gender Work and Organization, 10*(2), 194. https://doi.org/10.1111/1468-0432.t01-1-00011

Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder,

depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis [Violencia íntima de pareja contra mujeres adultas y su asociación con trastorno depresivo mayor, síntomas depresivos y depresión posparto: revisión sistemática y meta-análisis]. *Social Science & Medicine, 75*(6):959–75. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025

Blakemore, J., & Centers, R. (2005). Characteristics of boys' and girls' toys [Características de los juguetes para niños y niñas]. *Sex Roles, 53,* 619-633. https://doi.org/10.1007/s11199-005-7729-0

Bleichmar, E. D. (1999). *La depresión en la mujer*. Temas de Hoy.

Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema, 22*(3), 389-395. https://doi.org/10.1590/s0036-36342007000900002

Bonino, L. (1995). Desvelando los Micromachismos en la vida conyugal. En Corsi, J. (Eds.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 191-208). Paidós. https://doi.org/10.14198/fem.2005.6.10

Bonino, L. (1996). La violencia invisible en la pareja. En *Las jornadas de género en la sociedad actual* (pp. 25-45). Valencia: Generalitat Valenciana. Disponible en: http://www.hombresigualdad.com/micromachismos.htm https://doi.org/10.18002/cg.v0i10.1567

Bonino, L. (2004). Los micromachismos. *La Cibeles, Revista del Ayuntamiento de Madrid, 2.*

Borrell-Carrió, F. (2002). The model of biopsychosocial evolution [El modelo de evolución biopsicosocial]. *Medicina Clínica, 119*(5), 175-179. http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73355-1

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 years later: Principles, practice, and scientific Inquiry [El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, práctica e investigación científica]. *Annals of Family Medicine, 2*(6), 576-582. https://doi.org/10.1370/afm.245

Bosch, E., Ferrer-Pérez, V., García-Buades, E., Ramis, C., Mas, C., Navarro, C., & Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja.* Instituto de la mujer. http://centreantigona.uab.cat/izquierda/amor%20romantico%20Esperanza%20Bosch.pdf https://doi.org/10.4321/s1132-05592006000200005

Bott, N. T., Radke, A. E., & Kiely, T. (2016). Ethical issues surrounding psychologists' use of neuroscience in the promotion and practice of psychotherapy [Cuestiones éticas en torno al uso de la neurociencia por parte de los psicólogos en la promoción y práctica de la psicoterapia]. Pro*fessional Psychology: Research and Practice*, *47*(5), 312-329. https://doi.org/10.1037/pro0000103

Breiman, L. (2001). Random Forests. *Machine Learning, 45*, 5-32.

Brabender, V. M., & Mihura, J. L. (2016). The construction of gender and sex, and their implications for psychological assessment [La construcción de género y sexo, y sus implicaciones para la evaluación psicológica]. En Brabender, V. M. y Mihura, J. L. (Eds.) *Handbook of gender and sexuality in psychological assessment* (pp. 3-43). Taylor & Francis. https://doi.org/10.1007/s11199-017-0746-y

Brazelton, E., Greene, K., & Gynther, M. (1996). Femininity, depression and stress in college women [Feminidad, depresión y estrés en mujeres universitarias]. *Social Behavior and Personality, 24*, 329-334. https://doi.org/10.2224/sbp.1996.24.4.329

Brouns, M. (2005). The Excellence Criterion in Research Evaluation and its Possible Gender-Bias. Ponencia presentada en la Conferencia Science and Society Forum 2005 [El criterio de excelencia en la evaluación de la investigación y su posible sesgo de género. Ponencia presentada en la Conferencia Science and Society Forum 2005]. Unión Europea, Bruselas, 9-11 de Marzo de 2005. http://www.ec.europa.eu/research/conferences/2005/forum2005/session4_en.htm

Burin, M. (s.f.). Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. https://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm

Butler, J. (1990/2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Paidós. (Trabajo original publicado en 1990).

Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J.L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica, 149*(10), 441-448. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008

Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. A review and integration [Diferencias de sexo en psicopatía y trastorno de personalidad antisocial. Una revisión e integración]. *Clinical Psychology Review, 22,* 1179-1207. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00125-8

Campbell, A. N. C., & Wolff, M. (2017). Women and Substance Use Disorders [Mujeres y trastornos por consumo de sustancias]. En Kendall-Tackett, K. A., & Ruglass, L. M., *Women's mental health across the lifespan. Challenges, vulnerabilities, and strengths* (pp. 195-217). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315641928-11

Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En Miranda, M. A. (Comp.), *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (p. 19-48). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. https://doi.org/10.14409/cya.v0i25.6920

Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millón: una propuesta integradora. *Clínica y Salud, 18*(3), 305-324.

Carey, N. (2012). *The epigenetics revolution* [La revolución de la epigenética]. Columbia University Press.

Carter, R., Silverman, W. K., & Jaccard, J. (2011). Sex variations in youth anxiety symptoms: Effects of pubertal development and gender role orientation [Variaciones sexuales en los síntomas de ansiedad en la adolescencia: efectos del desarrollo puberal y orientación de roles de género]. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(5), 730-741. https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597082

Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality [Diferencias de sexo en morbilidad y mortalidad]. *Demography, 42(*2), 189–214. http://doi.org/10.2307/4147343

Castejón, M. A., & Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología, 36*(1), 64-73. https://doi.org/10.6018/analesps.361951

Castro, J., Toro, J., Salmero, M., & Guimera, E. (1991). The Eating Attitude Test: validation of the Spanish version [El Test de Actitudes hacia la Comida: validación de la versión española]. *Psychological Assessment, 7,* 175-190.

Chaplin, T., Cole, P., & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: Gender differences and relations to child adjustment [Socialización parental de la expresión emocional: diferencias de género y relaciones con la adaptación del niño]. *Emotion, 5,* 80-88. https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.80

Chiasson, H. A., & Hirsch,B. K. (2005). Women have worse long-term outcomes after coronary artery bypass grafting than men [Las mujeres tienen peores resultados a largo plazo después de un injerto de derivación de arteria coronaria que los hombres]. *The Canadian Journal of Cardiology*, *21*(9), 757-762.

Cialdini, R. B., & Trost, M. R. (1999). Social influence: social norms, conformity, and compliance [Influencia social: normas sociales, conformidad y cumplimiento]. En D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzy (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 2, pp. 151–192). McGraw-Hill.

Chesler, P. (1972, 2019). *Mujeres y locura*. Continta me tienes. (Trabajo original publicado en 1972).

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering* [La reproducción de la maternidad]. University of California Press.

Chrisler, J. C. (2013). Teaching about gender: rewards and challenges [Enseñar sobre género: recompensas y desafíos]. *Psychology of Men & Masculinity, 14*(3), 264–267. https://doi.org/10.1037/a0033260

Clearfield, M. W., & Nelson, N. M. (2006). Sex differences in mothers' speech and play behavior with 6-, 9-, and 14-month-old infants [Diferencias sexuales en el habla y el comportamiento de juego de las madres con bebés de 6, 9 y 14 meses]. *Sex Roles, 54*(1/2), 127–137. https://doi.org/10.1007/s11199–005–8874–1

Clements, R., & Musker, J. (1989). *The Little Mermaid* [La Sirenita] [Película]. Walt Disney Pictures.

Climent, A. (2013). Interseccionalidad en salud mental. En M. T. Climent y M. Carmona (Coords.), *Transpsiquiatría. Abordajes Queer en salud mental* (pp. 249-271). Asociación Española de Neuropsiquiatría. http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiatri%CC%81a.pdf https://doi.org/10.4321/s0211-57352004000200011

Cobo, R. (2019). La cuarta ola feminista y la violencia sexual. *Revista Paradigma*, *22*, 134-140. https://bit.ly/2HsMUXI

Conner, K. R., Swogger, M. T., & Houston, R. J. (2009). A test of the reactive aggression-suicidal behavior hypothesis: Is there a case for proactive aggression? [Una prueba de la hipótesis de la agresión reactiva-comportamiento suicida: ¿Existe un caso para la agresión proactiva?]. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 235–240. https://doi.org/10.1037/a0014659

Corona, B., Hernández, M., & García, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectors. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15*(1), 90-100.

Correa, A. F., Delgado, E., Patricio, R., & Polo, C. (2019). Intimate partner violence against women: Impact on Mental Health [Violencia en la pareja contra la mujer: impacto en la salud mental]. En Sáenz-Herrero, M. (Ed.). *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 55-80). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_3

Costa, P., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings [Diferencias de género en los rasgos de personalidad entre culturas: hallazgos sólidos y sorprendentes]. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(2), 322–331. https://doi.org/10.1037/022–3514.81.2.322

Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de Trastornos Depresivos. *Terapia Psicológica*, *23*(1), 49-57.

Criado, C. (2019). *Invisible women. Data bias in a world designed for men* [Mujeres invisibles. Sesgo de datos en un mundo diseñado para hombres]. Abrams Press.

Crimmins, E. M., Kim, J. K., & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS [Diferencias de género en salud: resultados de SHARE, ELSA y

HRS]. *European Journal of Public Health, 21*(1), 81–91. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq022

Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P., & Dresch, V. (2011). El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI) en la población española. *Anales de Psicología, 27*(1), 170-178.

Cundiff, J. L. (2012). Is mainstream psychological research "womanless" and "raceless"? An updated analysis [¿Es la investigación psicológica convencional "carente de mujeres" y "sin raza"? Un análisis actualizado]. *Sex Roles, 67*, 158-173. https://doi.org/10.1007/sl1199-012-0141-7

De Beauvoir, S. (1949, 2015). *El segundo sexo*. Ediciones Cátedra.

De Miguel, A. (2018). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Ediciones Cátedra. https://doi.org/10.17345/rio15.148-154

Dohrenwend, B., & Dohrenwend, B. S. (1977). Sex differences in mental illness: a reply to Gove and Tudor [Diferencias de sexo en las enfermedades mentales: una respuesta a Give y Tudor]. *American Journal of Sociology, 82*, 1336-41. https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90032-7

Eagly, A. H., & Riger, S. (2014). Feminism and psychology: Critiques of methods and epistemology [Feminismo y psicología: críticas a los métodos y la epistemología]. *American Psychologist, 69*, 685-702. https://doi.org/10.1037/a0037372

Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, 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 [Un modelo de responsabilidad dimensional invariante de las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos mentales: evidencia de una muestra nacional]. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 282–288. https://doi.org/10.1037/a0024780

elDiario.es (10 de junio de 2020). El argumentario del PSOE contra la 'teoría queer' anticipa el conflicto con Unidas Podemos por la ley trans. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/politica/argumentario-psoe-conflicto-unidas-podemos_1_6027265.html

Ellis, L., Hershberger, S., Field, E., Wersinger, S., Pellis, S., Geary, D., Palmer, C., Hoyenga, K., Hetsroni, A., & Karadi, K. (2008). Sex differences: Summarizing more than a century of scientific research [Diferencias de sexo: resumen de más de un siglo de investigación científica]. *Archives of Sexual Behavior, 38*(6), 1070-1072. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9538-y

Else-Quest, N. M., & Shibley Hyde, J. (2018). *The Psychology of Women and Gender. Half the Human Experience* [Psicología de la mujer y género. La mitad de la experiencia humana]. SAGE. https://doi.org/10.1177/0361684318802188

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine [La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina]. *Science, 4286*(196), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model [La aplicación clínica del modelo biopsicosocial]. *American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544. https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535

England, P., Budig, M., & Folbre, N. (2002). Wages of virtue: The relative pay of care work [Salarios de virtud: el salario relativo del trabajo de cuidados]. *Social Problems, 49*, 455-473. https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.4.455

EpData.es. (25 de septiembre de 2020). ¿Qué quieres ser de mayor? Estudio Adecco. https://www.epdata.es/datos/quieres-ser-mayor-estudio-adecco/117

Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo, 1*(1), 4-20.

Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Bellaterra.

Esteban, M. L., & Távora, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de psicología, 39*(1), 59-73. https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/99354/159761

Europa Press. (2021). Igualdad confirma y condena el primer asesinato por violencia de género de 2021. *EP Social*. https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-igualdad-confirma-condena-primer-asesinato-violencia-genero-2021-20210122135722.html

Evans, R. G., & Stoddart, L. (1990). Producing health, consuming health care [Produciendo salud, consumiendo cuidado de la salud]. *Social Science & Medicine, 31*(12), 1347-1363. http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(90)90074-3

Faro, M., Sàez-Francás, N., Castro-Marrero, J., Aliste, L., Fernández de Sevilla, T., & Alegre, J. (2016). Diferencias de género en pacientes con síndrome de fatiga crónica. *Reumatología Clínica, 12*(2), 72-77. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.05.007

Fausto-Sterling, A. (2000, 2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad.* Melusina. (Trabajo original publicado en 2000).

Fernández, J. (2004). Perspectiva evolutiva: Identidades y desarrollos de comportamientos según el género. En Barberá, E. y Martínez, I. (Comp.), *Psicología y género* (pp. 35-53). Pearson.

Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*, *22*(2), 256-262.

Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature [Variación global en la prevalencia e incidencia del trastorno depresivo mayor: una revisión sistemática de la literatura epidemiológica]. *Psychological Medicine, 43*, 471–481. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712001511

Ferreira, G. (1995). *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Editorial Sudamericana.

Ferrer, V. A., Bosch, E., & Navarro, C. (2010). Los mitos románticos en España. *Boletín de Psicología, 99*, 7-31.

Ferrer, V. A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M. C., & García, M. E. (2008). Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja: Una aproximación empírica. *Anales de Psicología, 24*(2), 341-352.

Fine, C. (2010). *Cuestión de sexos. Cómo nuestra mente, la sociedad y el neurosexismo crean la diferencia*. Roca Editorial. (Trabajo original publicado en 2010).

Fine, C. (2018). *Testosterona Rex. Mitos sobre sexo, ciencia y sociedad*. Paidós.

Fine, C., Jordan-Young, R., Kaiser, A., & Rippon, G. (2013). Plasticity, plasticity, plasticity…and the rigid problem of sex [Plasticidad, plasticidad, plasticidad ... y el rígido problema del sexo]. *Science & Society, 17*(11), 550-551. https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.08.010

Fitzpatrick, K. K., Euton, S. J., Jones, J. N., & Schmidt, N. B. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk [Rol de género, orientación sexual y riesgo de suicidio]. *Journal of Affective Disorders, 87*(1), 35-42. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.020

Fivush, R., Brotman, M., Buckner, J., & Goodman, S. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives [Diferencias de género en las narrativas de emociones entre padres e hijos]. *Sex Roles, 42*, 233-253. https://doi.org/10.1023/A:1007091207068

Fleming, P. J., & Agnew-Brune, C. (2015). Current Trends in the study of Gender Norms and Health Behaviors [Tendencias actuales en el estudio de normas de género y comportamientos de salud]. *Current Opinion in Psychology, 5*. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.001

Fletcher-Janzen, E. (Ed.). (2009). *The neuropsychology of women* [La neuropsicología de las mujeres]. Springer.

Fong, M. (2007). Gender health indicators for whom? Responding to the needs of different users [Indicadores de salud de género ¿para quién? Respondiendo a las necesidades de diferentes usuarios]. *International Journal of Public Health, 52*, S9–S10. http://dx.doi.org/10.1007/s00038-006-6048-8

Fonseca, C., & Quintero, M. L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica, 29*, 43-60.

Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (Eds.) (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, future* [El enfoque biopsicosocial: pasado, presente, futuro]. University of Rochester Press.

Fraser, N. (1997). Redistribución y reconocimiento, en *Iusticia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'* (pp. 17-94). Siglo del Hombre Editores. https://doi.org/10.7440/res2.1998.29

Fredrickson, B. L., & Roberts, T.A. (1997). Objectification theory [Teoría de la objetivación]. *Psychology of Women Quarterly*, *21*, 173-206. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tbOOlOS.x

Friedan, B. (1963, 2017). *La mística de la feminidad*. Ediciones Cátedra.

Garandillas, A., Zorrilla, B., & Sepúlveda, A. R. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes en la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud

García, M. (2019). Prólogo. Mujeres y locura. En K. Millet, *Viaje al Manicominio* (pp. 13-23).

García, M. del M., Jiménez, M. L., & Martínez, E. (2013). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluz de Salud Pública, Consejería de Salud. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InvestigacionGenero.pdf https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1507

García, M. T., Martín, M. F., & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno de personalidad límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*, 263-278. https://doi.org/10.4321/S0211-57352010000200005

García, S., & Pérez, E. (2018). *Las mentiras 'científicas' sobre las mujeres*. Catarata. (Trabajo original publicado en 2017). https://doi.org/10.1111/1600-0498.12218

García-Albea, J., García-Parajuá, P., & Navas-Tejedor, M. (2019). Somatoform and Factitious Disorders [Trastornos somatomorfos y facticios]. En Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology (p. 813-824)*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_34

García-Mina, A. (Ed.). (2004). *Género y desigualdad. La feminización de la pobreza*. Universidad Pontificia de Comillas.

Garfinkel, P., & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test. Twenty-five years later. *Eating and weight disorders*, *6*(1), 1-24. https://doi.org/10.1007/BF03339747

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa [Test de Actitudes hacia la Comida: índice de los síntomas de la anorexia

nerviosa]. *Psychological Medicine, 9*, 273-279. https://doi.org/10.1017/s0033291700030762

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates [Test de Actitudes hacia la Comida características psicométricas y correlatos clínicos]. *Psychological Medicine*, *12*, 871-878. https://doi.org/10.1017/s0033291700049163

Garnica, E. (2015). Gender differences in personality disorders [Diferencias de género en los trastornos de la personalidad]. En Sáenz-Herrero, M. (Ed.). *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 527-559). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9

Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of Depressive and Anxiety Disorders in general health care settings [Diferencias de sexo en la prevalencia y detección de trastornos depresivos y de ansiedad en entornos de atención médica general]. *Arch Gen Psychiatry, 55*, 405-413. https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.405

Gaviria, S. L., & Alarcón, R. D. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *39*(3), 389-404. https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60258-4

Gentil, I. (2008). Construcción de la debilidad femenina. *Index de Enfermería*, *17*(1), 44-47. https://doi.org/10.4321/s1132-12962008000100010

Geronimi, C., Luske, H., & Anderson, W. (1950). *Cinderella* [La Cenicienta] [Película]. Walt Disney Pictures.

Ghavami, N., & Peplau, L. A. (2013). An intersectional analysis of gender and ethnic stereotypes: Testing three hypotheses [Un análisis interseccional de los estereotipos étnicos y de género: prueba de tres hipótesis]. *Psychology of Women Quarterly*, *37*(1), 113-127. https://doi.org/10.1177/0361684312464203

Giddens, A., & Sutton, P. W. (2014). *Sociología*. Alianza Editorial.

Gobierno de Euskadi (2019). *Guía de actuación para profesionales de la salud. Ante la violencia de género y las agresiones sexuales.*

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_violencia_genero/es_def/adjuntos/guia_vg_es.pdf

Goldscheider, F., Bernhardt, E., & Lappegard, T. (2015). The gender revolution: A framework for understanding changing family and demographic behavior [La revolución de género: un marco para comprender el cambio de comportamiento familiar y demográfico]. *Population and Development Review, 41*, 207-239. https://doi.org/10.111l/j,172S-4457.2015.00045.x

González, K. E., & Silva, C. (2014). Ajuste al rol de género en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, *24*(2), 175-185.

Gove, W. (1984). Gender differences in mental and psychical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles [Diferencias de género en las enfermedades mentales y físicas: los efectos de los roles fijos y los roles de crianza]. *Social science and medicine, 19*(2), 77-91. https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90273-9

Grabe, S., & Hyde, J. S. (2006). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis [Etnia e insatisfacción corporal entre las mujeres en los Estados Unidos: un meta-análisis]. *Psychological Bulletin, 132*, 622-640. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.4.622

Grijalva, E., Newman, D. A., Tay, L., Donnellan, M. B., Harms, P. D., & Robins, R. W. (2015). Gender differences in Narcissism: A Meta-Analytic Review [Diferencias de género en el narcisismo: una revisión meta-analítica]. *Psychological Bulletin, 141*(2), 261-310. http://dx.doi.org/10.1037/a0038231

Haarmans, M. (2019). Improving our science in research with Sex- and Gender-Based analysis [Mejorando nuestra ciencia en la investigación con análisis basados en el sexo y el género]. En Sáenz-Herrero, M. (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 139-168.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_6

Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la Naturaleza*. Cátedra.

Harding, S. (1987). *¿Existe un método feminista?* Traducción de Gloria Elena Bernal. http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/33%20-%20Harding.%20Existe_un_metodo_feminista.pdf

Hartung, C. & Lefler, E. K. (2019). Sex and gender in psychopathology: DSM-5 and beyond [Sexo y género en psicopatología: DSM-5 y más allá]. *Psychological Bulletin, 145*(4), 390-409. https://doi.org/10.1037/bul0000183

Hartung, C. M., & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV [Diferencias de género en el diagnóstico de trastornos mentales: conclusiones y controversias del DSM-IV]. *Psychological Bulletin, 123*(3), 260–278. https://doi.org/10.1037/0033–2909.123.3.260

Healy, B. (1991). The Yentl Syndrome [El Síndrome Yentl]. *The New England Journal of Medicine, 325*, 274-276. https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250408

Health Canada (2010). *Health portfolio sex and gender-based analysis policy* [Política de análisis por sexo y género de la cartera de salud]. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/sgba-policy-politique-ags-eng.php

Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Mirjam, C. (2018). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria, 33*(2), 203-210. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003

Hepp, U., Spindler, A. & Milos, G. (2005). Eating disorder symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders, 37*(3), 227-33. https://doi.org/10.1002/eat.20087

Hernando, A. (Ed.) (2000). *La construcción de la subjetividad femenina*. Instituto de Investigaciones Feministas.

Hoffman, M. L., Powlishta, K. K., & White, K. J. (2004). An examination of gender differences in adolescent adjustment: The effect of competence on gender role differences in symptoms of psychopathology [Un examen de las diferencias de género en la adaptación adolescente: el efecto de la competencia sobre las diferencias de roles de género en los síntomas de la psicopatología]. *Sex Roles, 50*(11/12), 795-810. https://doi.org/10.1023/b:sers.0000029098.38706.b1

Hoffmann, D. E., & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain [La niña que lloró por dolor: un prejuicio contra las mujeres en el

tratamiento del dolor]. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, *28*(Suppl. S4), 13–27. http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720X .2001.tb00037.x

Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2005). Childhood Sexual Abuse, Disordered Eating, Alexithymia, and General Distress: A Mediation Model [Abuso sexual infantil, trastornos alimentarios, alexitimia y angustia general: un modelo de mediación]. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(4), 559-573. https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.559

Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in Psychology: Five challenges to the gender binary [El futuro del sexo y el género en psicología: cinco desafíos para el binario de género]. *American Psychologist*, *74*(2), 171-193. http://dx.doi.org/10.1037/amp0000307

Instituto de la Mujer. (2020). *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19.* Ministerio de Igualdad. http://www.inmujer.gob.es/diseno/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf

Izdebska, A. (2015). Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception [Evaluación de la personalidad según la concepción de Otto Kernberg]. *Current Issues in Personality Psychology*, *3*(2), 65-83. https://doi.org/10.5114/cipp.2015.52105

Jack, D., & Dill, D. (1992). The Silencing the Self Scale: Schemas of intimacy associated with depression in women [La escala de autosilenciamento: esquemas de intimidad asociados con la depresión en las mujeres]. *Psychology of Women Quarterly*, *16*, 97-106. https://doi.org/10.111l/j.1471-6402.1992.tb00242.x

Jackson, K., Janssen, I., Appelhans, B., Kazlauskaite, R., Karavolos, K., Dugan, S., Avery, E., Shipp-Johnson, K., & Powell, L. (2014). Body image satisfaction and depression in midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of Women's Mental Health*, *17*, 177-187. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0416-9

Jayme, M., & Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género*. Icaria.

Jiménez, R., & Vázquez, A. (2012). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, *30*(1-3), 419-434.

Joel, D. (2011). Male or female? Brains are intersex [¿Masculino o femenino? Los cerebros son intersexuales]. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 5,* 57. http://dx.doi.org/10.3389/fnint.2011.00057

Karim, H., Shirazi, E., Nohesara, S., Sadeghi, H. M., & Saeb, A. (2019). Comparison of gender roles in male and female in patients with borderline personality disorder (BPD) with control group and it's correlation with severity of clinical symptoms [Comparación de los roles de género en hombres y mujeres en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) con el grupo de control y su correlación con la gravedad de los síntomas clínicos]. *Revista Latinoamericana de Hipertensión, 14*(1), 1-7.

Karterud, S., & Kongerslev, M. T. (2020, March 2). Psychotherapy of Personality Disorders needs an integrative theory of personality [La psicoterapia de los trastornos de la personalidad necesita una teoría integradora de la personalidad]. *Journal of Psychotherapy Integration*. http://dx.doi.org/10.1037/int0000196

Katz, J.D., Mamyrova, G., Guzhva, O., & Furmark, L. (2010). Gender bias in diagnosing fibromyalgia [Sesgo de género en el diagnóstico de fibromialgia]. *Gender Medicine, 7*, 19-27. https://doi.org/10.1016/j.genm.2010.01.003

Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for Eating Disorders [Factores de riesgo psicosocial para los trastornos alimentarios]. *International Journal of Eating Disorders, 46*, 433-439. https://doi.org/10.1002/eat.22094

Kernberg, O. F. (2016). What Is Personality? [¿Qué es la personalidad?] *Journal of Personality Disorders, 30*(2), 145–156. https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145

Kienast, T., Stoffers, J., Bermpohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction [Trastorno límite de la personalidad y adicción comórbida]. *Deutsches Ärzteblatt International, 111*(16), 280-286. https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280.

Kimmel, M. (2009). *Guyland: The perilous world where boys become men* [Tierra de hombres: el peligroso mundo donde los niños se convierten en hombres]. HarperTorch.

Knaak, S. (2004). On the reconceptualising of gender: implications for research design [Sobre la reconceptualización del género: implicaciones para el diseño de la investigación]. *Social Inquiry, 74*(3), 302–17. https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2004.00093.x

Kohan, M. (4 de abril de 2020). Un efecto colateral de la pandemia será el debilitamiento de la agenda feminista. *Público*. https://www.publico.es/sociedad/igualdad-genero-coronavirus-efecto-colateral-pandemia-sera-debilitamiento-agenda-feminista.html

Kohen, D. (Ed.). (2010). *Oxford textbook of women and mental health* [Libro de texto de Oxford sobre la mujer y la salud mental]. Oxford University Press.

Krause, E. D., Velez, C. E., Woo, R., Hoffmann, B., Freres, D. R., Abenavoli, R. M., & Gillham, J. E. (2018). Rumination, depression, and gender in early adolescence: A longitudinal study of a bidirectional model [Rumiación, depresión y género en la adolescencia temprana: un estudio longitudinal de un modelo bidireccional]. *The Journal of Early Adolescence, 38,* 923-946. https://doi.org/10.1177/0272431617704956

Küey, L. (2010). Stigma, women and mental health [Estigma, mujeres y salud mental]. En D. Kohen (Ed.), *Oxford textbook of women and mental health* (pp.). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780199214365.003.0001

Kuhn, M. (2020). *caret: Classification and Regression Training* [caret: Entrenamiento de clasificación y regresión]. R package version 6.0-85. https://CRAN.R-project.org/package=caret

Kuhn, M., & Johnson, K. (2013). *Applied predictive modeling (Vol. 26)* [Modelado predictivo aplicado (Vol. 26)]. Springer.

Laborda, J. J. (2017). El cuerpo y los trastornos de la conducta alimentaria: los imaginarios sociales del cuerpo de los profesionales de la salud. *Sociología y Tecnociencia*, *8*(2), 112-130. https://doi.org/ 10.24197/st.2.2018.112-130

Lagarde, M. (2005). *Para mis socias de la vida*. Horas y Horas.

Leal, C. (2006). Psicopatología y mujer: introducción. En Ezcurra, J., González-Pinto, A. y Gutiérrez-Pinto, M. (Eds.), *Psiquiatría y mujer* (pp. 1-8). Aula Médica.

Levant, R. F., McDermott, R., Parent, M. C., Alshabani, N., Mahalik, J. R., & Hammer, J. H. (2020). Development and evaluation of a new short form of the Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30) [Desarrollo y evaluación de una nueva forma abreviada del Inventario de Conformidad con Normas Masculinas (CMNI-30)]. *Journal of counseling psychology*, *67*(5), 622–636. https://doi.org/10.1037/cou0000414

Levinton, N. (2000, 2010). *El Superyó Femenino. La moral en las mujeres*. Biblioteca Nueva.

Leviton, N. (2020, 17 de octubre). *Seminario online: Contexualización y fundamentos de una psicoterapia feminista*. Sección de Psicología Clínica, de la Salud y Psicoterapia, del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

Lewin, M. (Ed.) (1984). *In the shadow of the past: Psychology portrays the sexes* [A la sombra del pasado: la psicología retrata los sexos]. Columbia University Press.

Lilly, M. M., & Valdez, C. E. (2012). Interpersonal Trauma and PTSD: The roles of gender and a lifespan perspective in predicting risk [Trauma interpersonal y trastorno de estrés postraumático: los roles del género y una perspectiva de vida útil en la predicción del riesgo]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 140-144. https://doi.org/10.1037/a0022947

Liss, M., Richmond, K., & Erchull, M. J. (2019). *Psychology of women and gender* [Psicología de las mujeres y el género]. W. W. Norton & Company, Inc.

López-Sáez, M. A., & García-Dauder, D. (2020). Los tests de masculinidad/feminidad como tecnologías psicológicas de control de género. *Athenea Digital*, *20*(2), e2512. https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2521

López-Sáez, M., Morales, J. F., & Lisbona, A. (2008). Evolution of gender stereotypes in Spain: Traits and roles [Evolución de los estereotipos de género en España: rasgos y roles]. *The Spanish Journal of Psychology*, *11*(2), 609-617. https://doi.org/10.1017/s1138741600004613

López-Zurbano, S., & González-Pinto, A. (2019). Gender differences in Bipolar Disorder [Diferencias de género en el trastorno bipolar]. En Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (p. 739-764). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_31

Mackenzie, C. S., Visperas, A., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., & Nurmi, M. A. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men [Diferencias de edad y sexo en el autoestigma y el estigma público en relación con la depresión y el suicidio en los hombres]. *Stigma and Health*, *4*(2). https://doi.org/10.1037/sah0000138

Mahalik, J.R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R.P.J., & Gottfried, M. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory [Desarrollo del Inventario de Conformidad con Normas Masculinas]. *Psychology of Men and Masculinity, 4(1)*, 3-25. https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3

Mahalik, J.R., Morray, E.B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L.H., Slattery, S.M., & Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory [Elaboración del Inventario de Conformidad con Normas Femeninas]. *Sex Roles, 52*(7), 417-435. https://doi.org/10.1007/s11199-005-3709-7

Marino, M., & Jausoro, K. (2019). Women mental health all over the world: Sociopolitical aspects of gender discrimination and violence: Immigration and transitional motherhood [La salud mental de las mujeres en todo el mundo: aspectos sociopolíticos de la discriminación y la violencia de género: inmigración y maternidad en transición]. En Sáenz-Herrero, M. (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 3-25). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_1

Martin, C. L. (2014). *Género: Socialización Temprana.* Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia, UNICEF. http://www.enciclopedia-infantes.com/sites/default/files/dossiers-complets/es/genero-socializacion-temprana.pdf

Martín, P. (2019). 1.000 asesinadas por la violencia machista desde el 2003. *El Periódico*. https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20190610/1000-muertas-asesinadas-violencia-machista-genero-7430661

Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología, 34*(2), 253-266. https://doi.org/10.18235/0000165

Martínez, I. (2008). Cuerpo, sexualidad, amistad y amor. En *Imaginario cultural, construcción de identidades de género y violencia: formación para la igualdad en la adolescencia* (pp. 88-116). Gobierno de España, Ministerio de Igualdad. https://doi.org/10.18002/cg.v0i12.4810

Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, R., & Episer Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia in function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain [Prevalencia e impacto de la fibromialgia en la función y la calidad de vida en individuos de la población general:

resultados de un estudio a nivel nacional en España]. *Clinical Experimental Rheumatology*, *26*, 519-526.

Matud, M. P. (2017). Gender and health [Género y salud]. En Alvinius, A. (Ed.*), Gender differences in different contexts.* IntechOpen. http://dx.doi.org/10.5772/65410

Matud, M. P., & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población española general. *Salud Mental*, *32*, 53-58.

Meyer, L., & Melchert, T. P. (2011). Examining the content of mental health intake assessments from a biopsychosocial perspective [Examinar el contenido de las evaluaciones de la ingesta de salud mental desde una perspectiva biopsicosocial]. *Journal of Psychotherapy Integration*, *21*(1), 70-89. https://doi.org/10.1037/a0022907

Michelena, M. (2012). *Me cuesta tanto olvidarte*. La esfera de los libros.

Miller, J. (2014). Doing crime as doing gender? Masculinities, femininities and crime [¿Se hace crimen como se hace género? Masculinidades, feminidades y crimen]. En Tonry, T. (Ed.), *The Oxford Handbooks in Criminology and Criminal Justice* (pp. 19-39). Oxford Univesity Press.

Millet, K. (1969, 1995). *Política sexual*. Cátedra.

Millet, K. (1990, 2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.

Millon, T., & Grossman, S.D. (2005). Sociocultural factors [Factores socioculturales]. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorder*: American Psychiatric Publishing.

Ministerio de Sanidad. (2011). *Documento de consenso. Sensibilidad Química Múltiple*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/SQM_documento_de_consenso_30nov2011.pdf

Ministerio de Sanidad. (2013). *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud*. Informes, Estudios e Investigación 2013. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018a). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018b). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Informe monográfico sobre salud mental.* https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2019). *Patrones de mortalidad en España, 2016.* Información y estadísticas sanitarias 2019. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_Mortalidad_2016.pdf

Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., & Casas, M. (2010). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones, 23*(2), 165-172. https://doi.org/10.20882/adicciones.160

Miró, E., Diener, F.N., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., & Valenza, M. C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema, 24*(1), 10-15.

Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. (2005). The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials 2001 [La declaración CONSORT: recomendaciones revisadas para mejorar la calidad de los informes de los ensayos aleatorios de grupos paralelos 2001]. *EXPLORE, 1*(1), 40–45. https://doi.org/10.1016/j.explore.2004.11.001

Moradi, B., & Huang, Y. P. (2008). Objectification theory and psychology of women: A decade of advances and future directions [Teoría de la objetivación y psicología de la mujer: una década de avances y direcciones futuras]. *Psychology of Women Quarterly, 32,* 377-398. https://doi.org/10.11 ll / j.1471-6402.2008.00452.x

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B. & Usall, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria, 18*(1), 175-181. https://doi.org/10.1157/13062523

Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory: Professional manual* [Inventario de evaluación de la personalidad: manual profesional]. Psychological Assessment Resources.

Morrison, M. A., Morrison, T. G., & Sager, C. L. (2004). Docs body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women? A meta-analytic review [¿La satisfacción corporal de los doctores difiere entre hombres homosexuales y mujeres lesbianas y hombres y mujeres heterosexuales? Una revisión meta-analítica]. *Body Image, 1*,127-138. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.002

Napal-Fernández, O. (2019). Borderline Personality Spectrum [Espectro de personalidad borderline]. En Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (p. 783-811). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_33

Navarro, R. (2010). Socialización de género. En Amador, L. y Montreal, M. C. (Eds.), *Intervención social y género* (pp. 1-26). Narcea. https://doi.org/10.2307/j.ctv6hp3w5.9

Nazroo, J. Y., Edwards, A. C., & Brown, G. W. (2001). Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles? [Diferencias de género en la prevalencia de la depresión: ¿artefacto, trastornos alternativos, biología o roles?]. *Sociology of Health and Illness, 20*(3), 3112-330. https://doi.org/10.1111/1467-9566.00104

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender [Regulación de las emociones y psicopatología: el papel del género]. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 161-187. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109

Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination [Mediadores de la diferencia de género en rumiación]. *Psychology of Women Quarterly, 25*, 37-47. https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005

Oksuzyan, A., Danki, M. J., Caputo, J., Jasilionis, D., & Shkolnikov, V. M. (2019). Is the story about sensitive women and stoical men true? Gender differences in health after adjustment for reporting behavior [¿Es cierta la historia sobre mujeres sensibles y hombres estoicos? Diferencias de género en la salud después del ajuste para informar el comportamiento]. *Social Science & Medicine, 228*, 41-50. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.002

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Política de la OMS en Materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf https://doi.org/10.1590/s1020-49892006000200014

Organización Mundial de la Salud (2009a). *Resumen analítico. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana*. Género y salud de la mujer. https://www.who.int/gender/women_health_report/es/

Organización Mundial de la Salud (2009b). *10 datos sobre la salud de la mujer*. https://www.who.int/features/factfiles/women/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=6EF2E5067EB45D65BF9E5865AACFA355?sequence=1 https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5751

Organización Mundial de la Salud (2017). *Violencia contra la mujer*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Organización Mundial de la Salud (2018). *Género y salud. Datos y cifras*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Género y salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Constitución*. https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution

Organización Mundial de la Salud (2020b). Temas de salud. Violencia contra la mujer. https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

Ortiz, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Ramos, E. (Ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp. 29.49). Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. https://doi.org/10.30923/mujecodigtrains

Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Cerezo, M. V. (2011a). Personalidad y síndromes clínicos: Un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(1), 49-59. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10350

Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Santamaría, P. (2015). Spanish and chilean standardizations of the personality assessment inventory: The influence of sex [Estandarizaciones española y chilena del inventario de evaluación de la personalidad: la influencia del sexo]. *The Spanish Journal of Psychology, 18*, 1. https://doi.org/10.1017/sjp.2015.57

Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez-López, P. (2011b). *Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI. Manuel de aplicación, corrección e interpretación*. TEA Ediciones.

Pastor, R. (2004). Cuerpo y género: Representación e imagen corporal. En Barberá, E. y Martínez-Benlloch, I. (Coord.), *Psicología y género* (pp. 217-239). Pearson.

Pérez, P., & Gaviña, J. (2019). Affective disorders and gender differences [Trastornos afectivos y diferencias de género]. En Sáenz-Herrero, M. (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 527-559). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_26

Pérez, J., & Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de Psicología, 13*(2), 155-161.

Pike, K. M., Roberto, C., Wolk, S. L., Gluck, M., & Walsh, B. T. (2008). Eating disorders measures [Medidas de los trastornos alimentarios]. En Rush, A. J., First, M. B. y Blacker, D. (Eds.), *Handbook of Psychiatric Measures* (pp. 621-47). American Psychiatric Publishing.

Pilcher, J., & Whelehan, I. (2004). *50 Keys concepts in Gender Studies* [50 conceptos clave en los estudios de género]. SAGE Publications.

Pla, I., Adam, A., & Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental, XI*(46), 20-28.

Pujal, M., Albertín, M., & Mora, E. (2015). Discursos científicos sobre el dolor cronificado sin-causa-orgánica. Incorporando una mirada de género para resignificar-repolitizar el dolor.

Política y Sociedad, *52*(3), 921-948. https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n3.45295

Pujal i Llombart, M., Calatayud, M. & P. Amigot. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología, 78*(2), e155. https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113

Real Academia Española. (s.f.). Dimorfismo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 10 de noviembre de 2020, de https://dle.rae.es/dimorfismo https://doi.org/10.5944/epos.17.2001.10203

Ribera, A. (26 de diciembre de 2016). *El síndrome de Yentl*. Mujeres Con Ciencia. https://mujeresconciencia.com/2016/12/26/el-sindrome-de-yentl

R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing* [R: un lenguaje y un entorno para la computación estadística]. R Foundation for Statistical Computing. https://www.R-project.org/

Rasouli, O., Gotaas, M. E., Stensdotter, A., Skovlund, E., Landrø, N. I., Dåstøl, P., & Fors, E. A. (2019). Neuropsychological dysfunction in chronic fatigue syndrome and the relation between objective and subjective findings [Disfunción neuropsicológica en el síndrome de fatiga crónica y relación entre hallazgos objetivos y subjetivos]. *Neuropsychology*, *33*(5), 658-669. https://doi.org/org.bucm.idm.oclc.org/10.1037/neu0000550

Redacción Fotogramas. (2008). Yentl. *Fotogramas*. https://www.fotogramas.es/peliculas-criticas/a12296/yentori

Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Personality and Psychological Research* [psych: Procedimientos para la investigación psicológica y de la personalidad]. https://CRAN.R-project.org/package=psych Version = 1.9.12

Richmond, K., Levant, R., Smalley, B., & Cook, S. (2015). The Femininity Ideology Scale (FIS): Dimensions and its relationship to anxiety and feminine gender role stress [La Escala de Ideología de Feminidad (FIS): Dimensiones y su relación con la ansiedad y el estrés del rol de género femenino]. *Women & Health, 55*, 263-279. https://doi.org/10.10S0/03630242.2014.996723

Rippon, G. (27 de octubre de 2016). How ‘neurosexism’ is holding back gender equality – and science itself [Cómo el "neurosexismo" está frenando la igualdad de género y la ciencia misma]. *The Conversation*. https://theconversation.com/how-neurosexism-is-holding-back-gender-equality-and-science-itself-67597

Rippon, G. (2019). *El género y nuestros cerebros. La nueva neurociencia que rompe el mito del cerebro femenino*. Galaxia Guternberg.

Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples [Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-26): Fiabilidad y Validez en Muestras de Mujeres Españolas]. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(2), 1044-1056. https://doi.org/10.1017/S1138741600002687

Rodríguez, R. M. (2019). *La mujer molesta. Feminismos postgénero y transidentidad sexual*. Menades.

Romero, E., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A., & Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores y los Cinco Alternativos. *Psicothema*, *14*(1), 134-143. https://doi.org/10.35537/10915/52984

Rubin, G. (1975). The traffic in women: Notes in the political economy of sex [La trata de mujeres: apuntes en la economía política del sexo]. En Reuter, R. (Ed.), *Toward an Anthropology of Women* (pp. 157-210). Monthly Review Press.

Ruiz, M. (2019, 8 de julio). ¿Violencia machista, de género, doméstica, intrafamiliar...? *El Periódico*. https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20190708/debate-denominacion-violencia-machista-genero-domestica-intrafamiliar-7544312

Ruiz, M. J., & Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica. *Frenia, Vol. III*(1), 7-29.

Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal-Epidemiology-Comunity-Health*, *51*, 106-109. https://doi.org/10.1136/jech.51.2.106

Ruiz, P. M., Peláez-Fernández, M. A., Calvo, D., Pérez, J., Gómez, A., & Calado, M. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *Aequalitas*, *39*, 29-36.

Sadeh, N., & McNiel, D. E. (2013). Facets of anger, childhood sexual victimization, and gender as predictors of suicide attempts by psychiatric patients after hospital discharge [Facetas de la ira, la victimización sexual infantil y el género como predictores de intentos de suicidio por parte de pacientes psiquiátricos después del alta hospitalaria]. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 879-890. https://doi.org/10.1037/a0032769

Sáenz-Herrero, M. (Ed.). (2019). *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* [Psicopatología en las mujeres. Incorporando la perspectiva de género en la psicopatología descriptiva]. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9

Sáenz-Herrero, M., Fuertes-Soriano, S., & López-Atanes, M. (2019). Eating disorders [Trastornos alimentarios]. En Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology (p. 337-376)*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_14

Sáenz-Herrero, M., Peña-Rotella, A., Eizaguirre, A., & Haidar, K. (2019). Axiety disorders [Trastornos de ansiedad]. En Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology (p. 639-669)*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_27

Salk, H., Hyde, J., & Abramson, L. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms [Diferencias de género en la depresión en muestras nacionales representativas: metaanálisis de diagnósticos y síntomas]. *Psychological Bulletin, 143*(8), 783-822. https://doi.org/10.1037/bul0000102

San Esteban-Gonzalo, S., Sik Yinh Ho, P., Aparicio-García, M. E., & Esteban Gonzalo, L. (2020). Understanding the Meaning of Conformity to Feminine Norms in Lifestyle Habits and Health: A Cluster Analysis [Comprender el significado de la conformidad con las normas femeninas en los hábitos de vida y la salud: un análisis de grupos]. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 1370. https://doi.org/10.3390/ijerph17041370

San Vicente, A., Niño-Laina, M., Muñoz, S., & Polo, C. (2019). Sexual Violence: Effects on Women's Identity and Mental Health [Violencia sexual: efectos sobre la identidad y la

salud mental de las mujeres]. En Sáenz-Herrero, M. (Ed.). *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 81-108). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_4

Sánchez, T. (2018). Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Revista de Bioética y Derecho, 43*, 179-192.

Sánchez-López, M. P. (2013). La salud desde la perspectiva de género. En Nogueira, C. y Magalhaes, S. (eds.), *Genero e saude. Novas (in)visibilidades*. Ediçoes Afrontamiento. https://www.researchgate.net/publication/259868829_La_salud_desde_la_perspectiva_de_genero https://doi.org/10.2307/j.ctv103xbnk.3

Sánchez-López, M. P., & Cuéllar, I. (2013). Salud mental y género. En Sánchez-López, M. P. (Coord.), *La Salud de las Mujeres* (pp. 189-213). Síntesis.

Sánchez–López, M. P., Cuellar–Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health [El impacto de los roles de género en la salud]. *Women & Health, 52*(2), 182-196. https://doi.org/10.1080/03630242.2011.652352

Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Dresch, V., & Aparicio-García, M. (2009). Conformity to feminine gender norms in the Spanish population [Conformidad con las normas de género femeninas en la población española]. *Social behavior and personality, 37*(9), 1171-1186. https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.9.1171

Sánchez-López, P., & Limiñana, R. (2017). Health from a gender perspective: The state of the art [Salud desde una perspectiva de género: el estado del arte]. En Sánchez-López, P., & Limiñana, R. (Ed.) *The psychology of gender and health. Conceptual and applied global concerns.* Elsevier. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-803864-2.00001-8

Sánchez-López, M. P., López-García, J. J., Dresch, V., & Corbalán, J. (2008). Sociodemographic, Psychological and health-related factors associated with poor mental health in Spanish women and men in midlife [Factores psicológicos y relacionados con la salud asociados a la mala salud mental en mujeres y hombres españoles de mediana edad]. *Women & Health, 48*(4), 445-465. https://doi.org/10.1080/03630240802575096

Sánchez-López, M. P., Rivas-Díez, R., & Cuéllar-Flores, I. (2013). Masculinity and feminitiy as predictors of tobacco and alcohol consumption in Spanish university students

[Masculinidad y feminidad como predictores del consumo de tabaco y alcohol en universitarios españoles]. *Health and Addictions, 13*(1), 15-22. https://doi.org/10.21134/haaj.v13i1.189

Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema, 5,* 181-196.

Sanpedro, P. (2005). El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. *Disenso, 45.* http://www.pensamientocritico.org/pilsan0505.htm

Sister Outrider (2016). Intersectionality – a Definition, History, and Guide [Interseccionalidad: una definición, una historia y una guía]. https://sisteroutrider.wordpress.com/2016/07/27/intersectionality-a-definition-history-and-guide/

Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? [¿Por qué a las mujeres se les diagnostica borderline más que a los hombres?]. *Psychiatric Quarterly, 74*(4), 349-360. https://doi.org/10.1023/A:1026087410516

Smith, S. G., Zhang, X., Basilc, K, C., Merrick, M. T., Wang, J., Krcsnow, M., & Chen, J. (2018). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 data brief [Encuesta nacional sobre violencia sexual y de pareja: resumen de datos de 2015]. *Centers for Disease Control and Prevention*. https://www.cdc.gov/violenccprevention/nisvs/2015NISVSdatabrief.html

Sosa, M. (24 de junio de 2020). Igualdad se compromete a eliminar los requisitos médicos para que las personas trans puedan cambiar de sexo en el registro. *El País.* https://elpais.com/sociedad/2020-06-24/igualdad-se-compromete-a-eliminar-los-requisitos-medicos-para-que-las-personas-trans-puedan-cambiar-de-sexo-en-el-registro.html.

Stake, J. E., & Elsele, H. (2010). Gender and personality [Género y personalidad]. En Chrisler, J. C., y McCreary, D. R. (Eds.), *Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender research in Social and Applied Psychology* (pp. 19-40). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1467-5_2

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love [Una teoría triangular del amor]. *Psychological Review, 93(2),* 119-135.

Stevenson, M. (2020). *epiR: Tools for the Analysis of Epidemiological Data* [epiR: herramientas para el análisis de datos epidemiológicos]. R package version 1.0-11. https://CRAN.R-project.org/package=epiR.

Swami, V., Tran, U. S, Stieger, S., Voracek, M., & YouBcauty.com Team. (2015). Associations between women's body im- age and happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS) [Asociaciones entre la imagen corporal de la mujer y la felicidad: resultados de la Encuesta de imagen corporal de YouBeauty.com (YBIS)]. *Journal of Happiness Studies, 16,* 705-718. https://doi.org/10.1007/s10902-014-9530-7

Sweeney, P. (2017). Gender versus sex [Género versus sexo]. *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender*. https://doi.org/10.4135/9781483384269.n

Tatangelo, G., McCabe, M., Mellor, D., & Mealey, A. (2016). A systematic review of body dissatisfaction and sociocultural messages related to the body among preschool children [Una revisión sistemática de la insatisfacción corporal y los mensajes socioculturales relacionados con el cuerpo entre los niños en edad preescolar]. *Body image, 18,* 86-95. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.003

Tea Ediciones. (2021). *PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad (c). Manual de aplicación, corrección e interpretación.* Ficha técnica. http://web.teaediciones.com/PAI--INVENTARIO-DE-EVALUACION-DE-LA-PERSONALIDAD.aspx

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance* [Belleza exacta: teoría, evaluación y tratamiento de la alteración de la imagen corporal]. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10312-000

Thompson, J. K, & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology [Internalización del ideal delgado: evidencia creciente de un nuevo factor de riesgo de alteración de la imagen corporal y patología de la alimentación]. *Current Directions in Psychological Science, 10*,181-183. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and post-traumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research [Diferencias de sexo en el trauma y el trastorno

por estrés postraumático: una revisión cuantitativa de 25 años de investigación]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *S*(1), 37–85. https://doi.org/10.1037/1942-9681.s.1.37

Tolman, D. L. (2002). Femininity as a barrier to positive sexual health for adolescent girls [La feminidad como barrera para la salud sexual positiva de las adolescentes]. En A. E. Hunter y C. Forden (Eds.), *Readings in the psychology of gender: Exploring our differences and commonalities* (pp. 196-206). Allyn & Bacon.

Tolman, D. L., Impett, E. A., Tracy, A. J., & Michael, A. (2006). Looking good, sounding good: Femininity ideology and adolescent girls' mental health [Tener buen aspecto, sonar bien: ideología de la feminidad y salud mental de las adolescentes]. Psychology of *Women Quarterly, 30*, 85-95. https://doi.org/10.1111/j.l471-6402.2006.00265.x

Tolman, D. L., & Porche, M. V. (2000). The Adolescent Femininity Ideology Scale: Development and validation of a new measure for girls [Escala de ideología de feminidad adolescente: desarrollo y validación de una nueva medida para niñas]. *Psychology of Women Quarterly, 24*, 365-376. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb00219.x

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning [Características del trastorno límite de la personalidad en una muestra comunitaria: comorbilidad, utilización del tratamiento y funcionamiento general]. *Journal of personality disorders, 28*(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders [Diagnósticos revisados de trastornos de la personalidad de NESARC: género, prevalencia y comorbilidad con trastornos por dependencia de sustancias]. *Journal of Personality Disorders, 24*(4), 412–26. https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412

United Nations (2020). *The World's Women. 2020. Trends and Statistics* [Las mujeres del mundo. 2020. Tendencias y estadísticas]. Departament of Economics and Social Affairs. Statistics https://worlds-women-2020-data-undesa.hub.arcgis.com/

Valcárcel, A. (2017). Presentación. En Friedan, B., *La mística de la feminidad* (pp. 9-16). Ediciones Cátedra. (Trabajo original de 1963).

Valls, C. (2008a). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología, 39*(1), 9-22.

Valls, C. (2008b). Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. *Anuario de Psicología, 39*(1), 87-92.

Valls, C. (2000). Desigualdades de género en salud pública. En AAVV, *Género y Salud* (pp. 16-22). Instituto de la Mujer. https://www.caps.cat/images/stories/7valls.pdf

Valls, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Cátedra.

Valls-Llobet C. (2000). *Desigualdades de género en salud pública.* En AAVV: Género y Salud (p. 16-22). Instituto de la Mujer. https://doi.org/10.1590/s1135-57272008000300001

Vargha, A., & Delaney, H. D. (2000). A critique and improvement of the CL common language effect size statistics of McGraw and Wong [Una crítica y mejora de las estadísticas del tamaño del efecto del lenguaje común de McGraw y Wong]. *Journal of Educational and Behavioral Statistics, 25*(2), 101-132. https://doi.org/10.2307/1165329

Varela, N. (2017). *Cansadas. Una reacción feminista frente a la nueva misoginia*. Ediciones B. https://doi.org/10.5209/cgen.64531

Velasco, S. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primeria. *Feminismo/s, 10*, 111-131.

Velasco, S., López, B., Tourné, M., Caldero, M. D., Barceló, I., & Luna, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primeria. *Feminismo/s, 10*, 111-131. https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.08

Velasco, S. (2009). *Sexo, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Minerva Ediciones.

Villamor-García, A., & Sáez de Adana, E. (2019). Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder [Diferencias de género en el trastorno de estrés postraumático]. En Sáenz-Herrero

(Ed.), *Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (p. 671-700). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_28

Warner, L. A., & Bott, C. (2010). Epidemiology of mental disorders in girls and female adolescents [Epidemiología de los trastornos mentales en niñas y adolescentes]. En Levin, B. L. y Becker, M. A. (Eds.), *A public health perspective of women's mental health* (pp. 11-35). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1526-9_2

Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis* [ggplot2: Gráficos elegantes para el análisis de datos]. Springer.

Wirth-Cauchon J. (2003). *Women and the borderline personality disorder: symptoms and stories* [Las mujeres y el trastorno límite de la personalidad: síntomas e historias]. Rutgers University Press. https://doi.org/10.1163/156916304323072206

Wise, K., & Trousdale, G. (1991). *La bella y la bestia* [Película]. Walt Disney Pictures.

Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Emecé Editores S. A. (Trabajo original de 1991).

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity [Criterios diagnósticos preliminares del American College of Rheumatology para la fibromialgia y medición de la gravedad de los síntomas]. *Arthritis Care & Research, 62*, 600-610. https://doi.org/10.1002/acr.20140

World Health Organization (2019). *World Health Statistics. Overview 2019. Monitoring health for the Sustainable Development Goals* [Estadísticas sanitarias mundiales. Resumen 2019. Seguimiento de la salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wood, W., & Eagly, A. H. (2012). Biosocial construction of sex differences and similarities in behavior [Construcción biosocial de diferencias sexuales y similitudes en el comportamiento.]. En J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 46, pp. 55–123). Elsevier. http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-394281-4.00002-7

Wood, W., & Eagly, A. (2013). Biology or culture alone cannot account for human sex differences and similarities [La biología o la cultura por sí solas no pueden explicar las diferencias y similitudes entre los sexos humanos]. *Psychological Inquiry, 24*(3), 241-247. https://doi.org/10.1080/1047840X.2013.815034

Yagahmaian, R., & Miller, S. (2019). A feminist, biopsychosocial subjective well-being framework for women with fibromyalgia [Un marco de bienestar subjetivo biopsicosocial feminista para mujeres con fibromialgia]. *Rehabilitation Psychology, 64*(2), 154-166. https://doi.org/10.1037/rep0000226

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Psicología Social, 1(2),* 263-267.

Anexos

ANEXO I: LISTADO DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS.

Tabla 18

Resumen de las variables estudiadas

Variable	Nomenclatura	Descripción	Instrumento
Quejas somáticas	SOM	Agrupa trastornos que se caracterizan por tener manifestaciones de síntomas físicos sin que se encuentre en la exploración una base orgánica demostrable y que suelen estar *T_EAT* relacionados con factores psicológicos.	PAI
Ansiedad	ANS	Se refiere a un estado de miedo ante la anticipación de un posible peligro o una amenaza. Constituye un patrón complejo cuyos componentes se pueden agrupar en las tres grandes dimensiones o sistemas de respuesta que se especifican en las subescalas (cognitiva, emocional, fisiológica).	PAI
Trastornos relacionados con la ansiedad	TRA	Se destacan tres trastornos esenciales que tienen como sintomatología predominante la ansiedad: obsesivo-compulsivo, fobias y estrés post-traumático.	PAI
Depresión	DEP	Hace referencia a síntomas, síndromes y trastornos del estado de ánimo del polo depresivo.	PAI
Manía	MAN	Describe síntomas, síndromes y trastornos del estado de ánimo del polo maníaco.	PAI
Paranoia	PAR	Explora la sintomatología del trastorno delirante.	PAI
Esquizofrenia	ESQ	Explora la sintomatología diversa que conforma el espectro de la esquizofrenia.	PAI
Rasgos límites	LIM	Trata de identificar manifestaciones clínicas que, cuando aparecen todas juntas, son características de la personalidad límite y que pueden aparecer también de forma aislada en otras alteraciones.	PAI

Tabla 18

Resumen de las variables estudiadas

Variable	Nomenclatura	Descripción	Instrumento
Rasgos antisociales	ANT	Examina la actitud y los comportamientos antisociales.	PAI
Problemas con el alcohol	ALC	Identifica las dificultades para controlar el exceso de bebida alcohólica.	PAI
Problemas con las drogas	DRG	Explora el consumo de drogas ilegales.	PAI
Agresión	AGR	Evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, la hostilidad y la agresión.	PAI
Ideaciones suicidas	SUI	Evalúa la ideación suicida (desesperanza, pensamientos, planes concretos de suicidio...).	PAI
Estrés	EST	Mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes en la vida del sujeto.	PAI
Falta de apoyo social	FAS	Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y la calidad de apoyo disponible.	PAI
Rechazo al tratamiento	RTR	Evalúa aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y motivación para hacer cambios personales psicológicos o emocionales.	PAI
Dominancia	DOM	Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones interpersonales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.	PAI
Afabilidad	AFA	Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo afable y sociable, y las bajas a un estilo frío e indiferente.	PAI

Tabla 18

Resumen de las variables estudiadas

Variable	Nomenclatura	Descripción	Instrumento
Actitudes hacia la comida	T_EAT	Recoge actitudes con relación a la dieta (conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez), a la bulimia y preocupación por la comida (conductas bulímicas como atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida y sobre el control oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso)	EAT-26
Agradable en las relaciones	1hnr	Apreciar las relaciones de amistad y apoyo a los demás.	CFNI
Cuidadora de niños		Gusto por estar al cuidado de niños.	CFNI
Delgadez	3t	Perseguir el cuerpo ideal promovido por la cultura.	CFNI
Fidelidad sexual	4sf	Tener relaciones sexuales dentro de una relación de compromiso.	CFNI
Modestia	5m	Evitar llamar la atención sobre cualidades o talentos propios.	CFNI
Romántica en las relaciones	6iirr	Cuidar las relaciones amorosas a nivel emocional.	CFNI
Hogareña	7d	Cuidado y realización de las tareas domésticas.	CFNI
Invertir en la imagen o apariencia	8iia	Utilizar recursos para mantener y mejorar la apariencia física.	CFNI
Ganar	1w	Querer ser admirado y respetado por el éxito conseguido.	CMNI
Control Emocional	2ec	Utilizar medidas para el control y restricción de las emociones.	CMNI
Conductas de Riesgo	3rt	Implicarse en actividades de riesgo.	CMNI
Violencia	4v	Tener actitudes violentas.	CMNI
Poder sobre las mujeres	5pow	Tener creencias relacionadas con la subordinación de la mujer al hombre.	CMNI

Tabla 18

Resumen de las variables estudiadas

Variable	Nomenclatura	Descripción	Instrumento
Dominancia	6d	Querer ser admirado por la competitividad, dureza y poder.	CMNI
Donjuanismo	7p	Tener aventuras con más de una mujer, ocultar las emociones.	CMNI
Independencia	8sr	Confianza en sí mismo e independencia con respecto al aspecto emocional de la persona.	CMNI
Primacía del Trabajo	9pofw	Creer que se es el sostén de la familia y perseguir el éxito laboral.	CMNI
Desprecio hacia la homosexualidad	10dfh	Desdén hacia los homosexuales y restricción del afecto con otros hombres.	CMNI
Búsqueda de posición social	11pof	Ser admirado y respetado.	CMNI

ANEXO II: CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DE PSICOPATOLOGÍA Y GÉNERO

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
SOM_T-T_CFNI1	-.034	-.136	.068	.534
SOM_T-T_CFNI2	.031	-.065	.127	.600
SOM_T-T_CFNI3	.078	-.033	.188	.136
SOM_T-T_CFNI4	.015	-.092	.122	.804
SOM_T-T_CFNI5	.051	-.058	.160	.365
SOM_T-T_CFNI6	.023	-.089	.134	.639
SOM_T-T_CFNI7	.063	-.051	.177	.332
SOM_T-T_CFNI8	.009	-.079	.096	.768
SOM_T-T_CMNI1w	.006	-.117	.130	.940
SOM_T-T_CMNI2	.065	-.040	.170	.188
SOM_T-T_CMNI3	-.091	-.188	.007	.078
SOM_T-T_CMNI4	.020	-.079	.119	.665
SOM_T-T_CMNI5	.087	-.021	.195	.128
SOM_T-T_CMNI6	.034	-.064	.132	.434
SOM_T-T_CMNI7	.057	-.043	.158	.279
SOM_T-T_CMNI8	.039	-.072	.149	.479
SOM_T-T_CMNI9	.064	-.058	.186	.248
SOM_T-T_CMNI10	.086	-.033	.205	.162
SOM_T-T_CMNI11	-.064	-.163	.035	.222
ANS_T-T_CFNI1	.014	-.095	.122	.654
ANS_T-T_CFNI2	-.028	-.134	.079	.621
ANS_T-T_CFNI3	.138	.028	.249	.016
ANS_T-T_CFNI4	.022	-.085	.129	.600
ANS_T-T_CFNI5	.043	-.061	.146	.404
ANS_T-T_CFNI6	.094	-.009	.198	.082
ANS_T-T_CFNI7	.058	-.037	.154	.281
ANS_T-T_CFNI8	.010	-.088	.108	.958
ANS_T-T_CMNI1w	.047	-.053	.147	.387
ANS_T-T_CMNI2	.090	-.017	.197	.092
ANS_T-T_CMNI3	-.078	-.177	.021	.125

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
ANS_T-T_CMNI4	.025	-.081	.130	.656
ANS_T-T_CMNI5	.033	-.076	.141	.539
ANS_T-T_CMNI6	.076	-.027	.179	.142
ANS_T-T_CMNI7	.021	-.084	.126	.648
ANS_T-T_CMNI8	.139	.036	.243	.009
ANS_T-T_CMNI9	-.005	-.099	.090	.956
ANS_T-T_CMNI10	.100	.006	.193	.035
ANS_T-T_CMNI11	-.034	-.157	.090	.618
TRA_T-T_CFNI1	-.005	-.114	.103	.945
TRA_T-T_CFNI2	-.008	-.122	.106	.951
TRA_T-T_CFNI3	.118	.015	.221	.019
TRA_T-T_CFNI4	.023	-.075	.122	.660
TRA_T-T_CFNI5	-.011	-.124	.102	.888
TRA_T-T_CFNI6	.059	-.045	.163	.219
TRA_T-T_CFNI7	.090	-.012	.193	.103
TRA_T-T_CFNI8	.031	-.071	.133	.657
TRA_T-T_CMNI1w	.091	-.015	.197	.118
TRA_T-T_CMNI2	.122	.019	.225	.021
TRA_T-T_CMNI3	-.019	-.123	.085	.781
TRA_T-T_CMNI4	.059	-.050	.169	.250
TRA_T-T_CMNI5	.000	-.112	.112	.949
TRA_T-T_CMNI6	.112	.008	.216	.040
TRA_T-T_CMNI7	.042	-.050	.135	.401
TRA_T-T_CMNI8	.176	.076	.277	.001
TRA_T-T_CMNI9	.020	-.078	.118	.686
TRA_T-T_CMNI10	.084	-.013	.181	.116
TRA_T-T_CMNI11	-.034	-.153	.086	.651
DEP_T-T_CFNI1	-.058	-.154	.038	.254
DEP_T-T_CFNI2	.031	-.078	.141	.557
DEP_T-T_CFNI3	.050	-.050	.149	.266
DEP_T-T_CFNI4	-.005	-.107	.096	.946
DEP_T-T_CFNI5	.121	.021	.220	.017
DEP_T-T_CFNI6	.084	-.022	.190	.111

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
DEP_T-T_CFNI7	.047	-.050	.145	.378
DEP_T-T_CFNI8	-.016	-.109	.077	.651
DEP_T-T_CMNI1w	-.012	-.111	.087	.751
DEP_T-T_CMNI2	.158	.060	.256	.002
DEP_T-T_CMNI3	-.052	-.133	.029	.270
DEP_T-T_CMNI4	.030	-.062	.122	.547
DEP_T-T_CMNI5	.036	-.064	.137	.514
DEP_T-T_CMNI6	-.009	-.120	.102	.874
DEP_T-T_CMNI7	.051	-.043	.145	.309
DEP_T-T_CMNI8	.174	.072	.276	.001
DEP_T-T_CMNI9	.020	-.077	.116	.633
DEP_T-T_CMNI10	.041	-.057	.138	.428
DEP_T-T_CMNI11	-.115	-.234	.003	.078
MAN_T-T_CFNI1	.020	-.103	.144	.724
MAN_T-T_CFNI2	-.043	-.146	.061	.430
MAN_T-T_CFNI3	.061	-.047	.168	.240
MAN_T-T_CFNI4	.023	-.081	.126	.652
MAN_T-T_CFNI5	-.023	-.139	.093	.721
MAN_T-T_CFNI6	.069	-.047	.186	.231
MAN_T-T_CFNI7	.035	-.075	.144	.498
MAN_T-T_CFNI8	.063	-.032	.157	.200
MAN_T-T_CMNI1w	.091	-.021	.203	.119
MAN_T-T_CMNI2	-.020	-.126	.086	.759
MAN_T-T_CMNI3	.045	-.059	.149	.410
MAN_T-T_CMNI4	.121	.021	.222	.023
MAN_T-T_CMNI5	.009	-.106	.124	.766
MAN_T-T_CMNI6	.114	.011	.217	.029
MAN_T-T_CMNI7	.001	-.104	.105	.935
MAN_T-T_CMNI8	.071	-.031	.173	.149
MAN_T-T_CMNI9	.004	-.106	.114	.848
MAN_T-T_CMNI10	.035	-.068	.138	.564
MAN_T-T_CMNI11	.048	-.087	.183	.539
PAR_T-T_CFNI1	-.007	-.114	.101	.921

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
PAR_T-T_CFNI2	.053	-.045	.151	.281
PAR_T-T_CFNI3	.115	.014	.215	.030
PAR_T-T_CFNI4	.045	-.056	.147	.414
PAR_T-T_CFNI5	.043	-.058	.143	.471
PAR_T-T_CFNI6	.054	-.052	.159	.312
PAR_T-T_CFNI7	.133	.028	.238	.019
PAR_T-T_CFNI8	.123	.028	.218	.014
PAR_T-T_CMNI1w	.166	.047	.286	.011
PAR_T-T_CMNI2	.142	.053	.232	.003
PAR_T-T_CMNI3	.009	-.097	.116	.877
PAR_T-T_CMNI4	.137	.038	.236	.006
PAR_T-T_CMNI5	.079	-.039	.198	.226
PAR_T-T_CMNI6	.085	-.020	.190	.072
PAR_T-T_CMNI7	.083	-.012	.178	.106
PAR_T-T_CMNI8	.192	.094	.290	<.001
PAR_T-T_CMNI9	.169	.053	.285	.005
PAR_T-T_CMNI10	.099	-.026	.225	.160
PAR_T-T_CMNI11	.016	-.093	.124	.771
ESQ_T-T_CFNI1	-.084	-.203	.035	.195
ESQ_T-T_CFNI2	-.047	-.159	.064	.396
ESQ_T-T_CFNI3	.035	-.071	.141	.458
ESQ_T-T_CFNI4	-.009	-.114	.096	.811
ESQ_T-T_CFNI5	.070	-.038	.178	.220
ESQ_T-T_CFNI6	.095	-.042	.232	.128
ESQ_T-T_CFNI7	-.038	-.144	.067	.417
ESQ_T-T_CFNI8	.007	-.097	.111	.997
ESQ_T-T_CMNI1w	.005	-.116	.126	.987
ESQ_T-T_CMNI2	.122	.015	.228	.019
ESQ_T-T_CMNI3	.011	-.083	.106	.755
ESQ_T-T_CMNI4	.098	-.008	.204	.057
ESQ_T-T_CMNI5	.069	-.035	.173	.241
ESQ_T-T_CMNI6	.073	-.030	.176	.178
ESQ_T-T_CMNI7	.040	-.054	.134	.457

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
ESQ_T-T_CMNI8	.158	.056	.261	.006
ESQ_T-T_CMNI9	.043	-.056	.142	.426
ESQ_T-T_CMNI10	.023	-.083	.128	.690
ESQ_T-T_CMNI11	-.063	-.193	.067	.310
LIM_T-T_CFNI1	.039	-.075	.154	.500
LIM_T-T_CFNI2	-.011	-.117	.096	.910
LIM_T-T_CFNI3	.132	.038	.226	.009
LIM_T-T_CFNI4	-.046	-.142	.051	.321
LIM_T-T_CFNI5	-.017	-.132	.099	.823
LIM_T-T_CFNI6	.081	-.036	.199	.161
LIM_T-T_CFNI7	-.008	-.096	.081	.852
LIM_T-T_CFNI8	.014	-.088	.116	.787
LIM_T-T_CMNI1w	.072	-.036	.181	.204
LIM_T-T_CMNI2	.097	-.008	.201	.053
LIM_T-T_CMNI3	.038	-.063	.139	.417
LIM_T-T_CMNI4	.116	.016	.215	.019
LIM_T-T_CMNI5	.055	-.039	.150	.349
LIM_T-T_CMNI6	.159	.060	.259	.002
LIM_T-T_CMNI7	.070	-.017	.157	.122
LIM_T-T_CMNI8	.121	.018	.224	.015
LIM_T-T_CMNI9	.036	-.076	.149	.581
LIM_T-T_CMNI10	.036	-.050	.121	.483
LIM_T-T_CMNI11	-.026	-.140	.087	.627
ANT_T-T_CFNI1	.025	-.085	.135	.638
ANT_T-T_CFNI2	-.034	-.129	.060	.465
ANT_T-T_CFNI3	.117	.013	.222	.025
ANT_T-T_CFNI4	-.028	-.137	.080	.651
ANT_T-T_CFNI5	-.054	-.180	.072	.432
ANT_T-T_CFNI6	-.032	-.168	.104	.617
ANT_T-T_CFNI7	-.009	-.121	.103	.837
ANT_T-T_CFNI8	-.048	-.164	.068	.335
ANT_T-T_CMNI1w	.050	-.072	.171	.444
ANT_T-T_CMNI2	.036	-.060	.132	.463

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
ANT_T-T_CMNI3	.099	-.022	.221	.095
ANT_T-T_CMNI4	.145	.024	.265	.019
ANT_T-T_CMNI5	.055	-.049	.160	.325
ANT_T-T_CMNI6	.136	.024	.249	.013
ANT_T-T_CMNI7	.034	-.076	.144	.636
ANT_T-T_CMNI8	.025	-.088	.138	.809
ANT_T-T_CMNI9	-.019	-.149	.110	.817
ANT_T-T_CMNI10	.014	-.085	.112	.832
ANT_T-T_CMNI11	-.070	-.184	.045	.258
ALC_T-T_CFNI1	-.146	-.245	-.046	.005
ALC_T-T_CFNI2	-.221	-.337	-.105	.001
ALC_T-T_CFNI3	.021	-.084	.125	.752
ALC_T-T_CFNI4	-.063	-.200	.074	.305
ALC_T-T_CFNI5	-.006	-.105	.093	.835
ALC_T-T_CFNI6	.029	-.080	.138	.603
ALC_T-T_CFNI7	-.055	-.159	.049	.252
ALC_T-T_CFNI8	-.036	-.135	.063	.472
ALC_T-T_CMNI1w	.020	-.106	.146	.687
ALC_T-T_CMNI2	.032	-.069	.134	.529
ALC_T-T_CMNI3	.002	-.146	.150	.928
ALC_T-T_CMNI4	.159	.039	.280	.014
ALC_T-T_CMNI5	.113	.001	.225	.040
ALC_T-T_CMNI6	.014	-.111	.139	.826
ALC_T-T_CMNI7	.064	-.067	.194	.276
ALC_T-T_CMNI8	.026	-.076	.128	.660
ALC_T-T_CMNI9	-.022	-.142	.098	.749
ALC_T-T_CMNI10	.078	-.055	.211	.383
ALC_T-T_CMNI11	-.050	-.181	.080	.508
DRG_T-T_CFNI1	.024	-.070	.119	.783
DRG_T-T_CFNI2	.013	-.090	.117	.762
DRG_T-T_CFNI3	.005	-.097	.106	.961
DRG_T-T_CFNI4	-.111	-.216	-.005	.055
DRG_T-T_CFNI5	-.038	-.138	.062	.414

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
DRG_T-T_CFNI6	-.009	-.108	.090	.790
DRG_T-T_CFNI7	.066	-.045	.177	.314
DRG_T-T_CFNI8	.058	-.053	.169	.362
DRG_T-T_CMNI1w	-.061	-.150	.029	.196
DRG_T-T_CMNI2	-.057	-.147	.033	.196
DRG_T-T_CMNI3	.054	-.046	.155	.281
DRG_T-T_CMNI4	.033	-.091	.156	.632
DRG_T-T_CMNI5	-.017	-.131	.098	.765
DRG_T-T_CMNI6	-.018	-.105	.068	.720
DRG_T-T_CMNI7	.111	-.010	.232	.093
DRG_T-T_CMNI8	-.104	-.198	-.009	.032
DRG_T-T_CMNI9	.039	-.059	.136	.471
DRG_T-T_CMNI10	-.093	-.179	-.006	.047
DRG_T-T_CMNI11	.021	-.083	.126	.676
AGR_T-T_CFNI1	-.002	-.109	.105	.942
AGR_T-T_CFNI2	.022	-.079	.123	.608
AGR_T-T_CFNI3	.056	-.050	.163	.312
AGR_T-T_CFNI4	-.061	-.151	.030	.190
AGR_T-T_CFNI5	-.015	-.129	.098	.845
AGR_T-T_CFNI6	.032	-.067	.132	.519
AGR_T-T_CFNI7	.035	-.069	.139	.545
AGR_T-T_CFNI8	-.023	-.125	.080	.707
AGR_T-T_CMNI1w	.023	-.096	.141	.743
AGR_T-T_CMNI2	.103	.003	.203	.046
AGR_T-T_CMNI3	.069	-.039	.177	.214
AGR_T-T_CMNI4	.130	.023	.237	.014
AGR_T-T_CMNI5	.114	.018	.211	.024
AGR_T-T_CMNI6	.107	.002	.212	.054
AGR_T-T_CMNI7	.069	-.022	.160	.108
AGR_T-T_CMNI8	.034	-.071	.138	.428
AGR_T-T_CMNI9	.003	-.111	.117	.927
AGR_T-T_CMNI10	.077	-.012	.166	.091
AGR_T-T_CMNI11	-.061	-.172	.050	.278

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
SUI_T-T_CFNI1	-.014	-.124	.096	.910
SUI_T-T_CFNI2	.003	-.121	.128	.854
SUI_T-T_CFNI3	.096	-.001	.193	.056
SUI_T-T_CFNI4	-.031	-.150	.088	.669
SUI_T-T_CFNI5	.122	.012	.232	.035
SUI_T-T_CFNI6	.057	-.044	.158	.264
SUI_T-T_CFNI7	.061	-.033	.155	.255
SUI_T-T_CFNI8	.022	-.062	.106	.650
SUI_T-T_CMNI1w	-.032	-.133	.068	.468
SUI_T-T_CMNI2	.076	-.019	.171	.100
SUI_T-T_CMNI3	.021	-.064	.105	.727
SUI_T-T_CMNI4	.067	-.027	.160	.169
SUI_T-T_CMNI5	.055	-.046	.157	.290
SUI_T-T_CMNI6	-.005	-.110	.101	.814
SUI_T-T_CMNI7	.055	-.043	.153	.235
SUI_T-T_CMNI8	.102	-.003	.206	.069
SUI_T-T_CMNI9	-.047	-.135	.040	.283
SUI_T-T_CMNI10	-.014	-.106	.077	.832
SUI_T-T_CMNI11	-.065	-.190	.059	.245
EST_T-T_CFNI1	.013	-.091	.118	.735
EST_T-T_CFNI2	.029	-.064	.121	.517
EST_T-T_CFNI3	-.062	-.173	.048	.237
EST_T-T_CFNI4	.019	-.088	.126	.756
EST_T-T_CFNI5	.117	.013	.221	.042
EST_T-T_CFNI6	-.019	-.125	.086	.749
EST_T-T_CFNI7	-.008	-.115	.099	.945
EST_T-T_CFNI8	-.040	-.138	.058	.328
EST_T-T_CMNI1w	.037	-.111	.185	.703
EST_T-T_CMNI2	.081	-.027	.188	.146
EST_T-T_CMNI3	.003	-.097	.104	.934
EST_T-T_CMNI4	.060	-.029	.149	.236
EST_T-T_CMNI5	-.001	-.100	.099	.977
EST_T-T_CMNI6	-.010	-.109	.089	.900

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
EST_T-T_CMNI7	.029	-.069	.126	.633
EST_T-T_CMNI8	.157	.045	.269	.007
EST_T-T_CMNI9	.090	-.040	.220	.191
EST_T-T_CMNI10	-.004	-.126	.118	.948
EST_T-T_CMNI11	-.049	-.177	.079	.325
FAS_T-RTR_T	-.051	-.154	.053	.366
FAS_T-DOM_T	-.153	-.263	-.044	.008
FAS_T-AFA_T	-.404	-.500	-.309	<.001
FAS_T-T_EAT	.110	.000	.220	.058
FAS_T-T_CFNI1	-.108	-.216	.000	.076
FAS_T-T_CFNI2	-.010	-.115	.095	.918
FAS_T-T_CFNI3	.085	-.001	.172	.073
FAS_T-T_CFNI4	.097	-.011	.206	.097
FAS_T-T_CFNI5	.159	.066	.251	.001
FAS_T-T_CFNI6	.013	-.091	.117	.780
FAS_T-T_CFNI7	.060	-.040	.160	.265
FAS_T-T_CFNI8	-.009	-.103	.085	.903
FAS_T-T_CMNI1w	.039	-.057	.135	.443
FAS_T-T_CMNI2	.231	.136	.326	<.001
FAS_T-T_CMNI3	-.055	-.156	.046	.343
FAS_T-T_CMNI4	.061	-.045	.167	.282
FAS_T-T_CMNI5	.097	-.008	.202	.081
FAS_T-T_CMNI6	.051	-.047	.150	.259
FAS_T-T_CMNI7	.048	-.054	.151	.360
FAS_T-T_CMNI8	.239	.143	.336	<.001
FAS_T-T_CMNI9	.114	.010	.218	.030
FAS_T-T_CMNI10	.107	-.004	.217	.072
FAS_T-T_CMNI11	-.128	-.222	-.034	.011
RTR_T-T_CFNI1	.016	-.099	.131	.749
RTR_T-T_CFNI2	.023	-.085	.131	.645
RTR_T-T_CFNI3	-.163	-.259	-.066	.002
RTR_T-T_CFNI4	.093	-.012	.198	.083
RTR_T-T_CFNI5	-.006	-.111	.100	.951

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
RTR_T-T_CFNI6	-.105	-.204	-.006	.040
RTR_T-T_CFNI7	.059	-.037	.155	.213
RTR_T-T_CFNI8	-.025	-.126	.075	.637
RTR_T-T_CMNI1w	-.050	-.156	.056	.337
RTR_T-T_CMNI2	-.099	-.203	.004	.047
RTR_T-T_CMNI3	-.030	-.131	.071	.598
RTR_T-T_CMNI4	-.103	-.194	-.011	.032
RTR_T-T_CMNI5	.006	-.101	.113	.963
RTR_T-T_CMNI6	-.093	-.196	.010	.090
RTR_T-T_CMNI7	-.064	-.163	.034	.177
RTR_T-T_CMNI8	-.191	-.298	-.084	<.001
RTR_T-T_CMNI9	-.050	-.147	.046	.323
RTR_T-T_CMNI10	-.036	-.143	.070	.476
RTR_T-T_CMNI11	.003	-.097	.104	.939
DOM_T-T_CFNI1	.027	-.086	.140	.680
DOM_T-T_CFNI2	-.037	-.141	.068	.533
DOM_T-T_CFNI3	.075	-.034	.184	.136
DOM_T-T_CFNI4	-.085	-.184	.014	.128
DOM_T-T_CFNI5	-.059	-.164	.046	.271
DOM_T-T_CFNI6	.072	-.035	.178	.190
DOM_T-T_CFNI7	-.030	-.136	.076	.592
DOM_T-T_CFNI8	.042	-.064	.148	.403
DOM_T-T_CMNI1w	.098	-.009	.204	.072
DOM_T-T_CMNI2	-.116	-.223	-.010	.034
DOM_T-T_CMNI3	.191	.092	.289	.001
DOM_T-T_CMNI4	.129	.018	.239	.024
DOM_T-T_CMNI5	.078	-.022	.178	.103
DOM_T-T_CMNI6	.074	-.036	.185	.145
DOM_T-T_CMNI7	-.016	-.119	.087	.801
DOM_T-T_CMNI8	-.071	-.179	.036	.235
DOM_T-T_CMNI9	.016	-.096	.128	.803
DOM_T-T_CMNI10	-.006	-.113	.100	.925
DOM_T-T_CMNI11	.152	.040	.264	.007

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
AFA_T-T_CFNI1	.078	-.037	.193	.213
AFA_T-T_CFNI2	.069	-.038	.176	.191
AFA_T-T_CFNI3	.004	-.101	.109	.986
AFA_T-T_CFNI4	-.040	-.146	.066	.532
AFA_T-T_CFNI5	-.089	-.192	.014	.098
AFA_T-T_CFNI6	-.045	-.159	.069	.379
AFA_T-T_CFNI7	.062	-.046	.169	.251
AFA_T-T_CFNI8	.011	-.093	.115	.797
AFA_T-T_CMNI1w	.008	-.106	.121	.841
AFA_T-T_CMNI2	-.186	-.293	-.079	.001
AFA_T-T_CMNI3	.104	-.006	.214	.052
AFA_T-T_CMNI4	.022	-.090	.133	.763
AFA_T-T_CMNI5	.001	-.100	.103	.986
AFA_T-T_CMNI6	.027	-.078	.132	.670
AFA_T-T_CMNI7	-.021	-.127	.085	.646
AFA_T-T_CMNI8	-.197	-.306	-.089	<.001
AFA_T-T_CMNI9	-.136	-.242	-.029	.011
AFA_T-T_CMNI10	-.036	-.141	.069	.463
AFA_T-T_CMNI11	.088	-.012	.188	.103
T_EAT-T_CFNI1	.013	-.095	.121	.881
T_EAT-T_CFNI2	-.044	-.159	.072	.419
T_EAT-T_CFNI3	.206	.076	.336	.002
T_EAT-T_CFNI4	-.101	-.211	.010	.112
T_EAT-T_CFNI5	-.014	-.129	.101	.910
T_EAT-T_CFNI6	.002	-.100	.104	.927
T_EAT-T_CFNI7	.004	-.087	.094	.963
T_EAT-T_CFNI8	.042	-.063	.148	.464
T_EAT-T_CMNI1w	-.016	-.120	.089	.670
T_EAT-T_CMNI2	.072	-.030	.173	.190
T_EAT-T_CMNI3	-.032	-.135	.071	.433
T_EAT-T_CMNI4	.085	-.028	.199	.108
T_EAT-T_CMNI5	.011	-.105	.127	.880
T_EAT-T_CMNI6	.003	-.096	.101	.936

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de psicopatología y género

Variables	r	IC 95% r		p
		Límite inferior	Límite superior	
T_EAT-T_CMNI7	.124	.004	.244	.056
T_EAT-T_CMNI8	.063	-.037	.163	.214
T_EAT-T_CMNI9	-.052	-.164	.059	.287
T_EAT-T_CMNI10	.042	-.057	.141	.468
T_EAT-T_CMNI11	-.039	-.155	.076	.518

ANEXO III: CORRELOGRAMAS ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS.

Las figuras 10 a 12 presentan las correlaciones entre los bloques de variables evaluados por cada cuestionario. Se observa que las variables clínicas tienen una alta correlación media, pudiendo ser un indicador de colinealidad.

En el caso de las variables de género, las correlaciones entre las subescalas son ligeramente más bajas en comparación con las variables clínicas en lo que a intensidad de refiere.

Figura 10

Correlograma de las variables clínicas

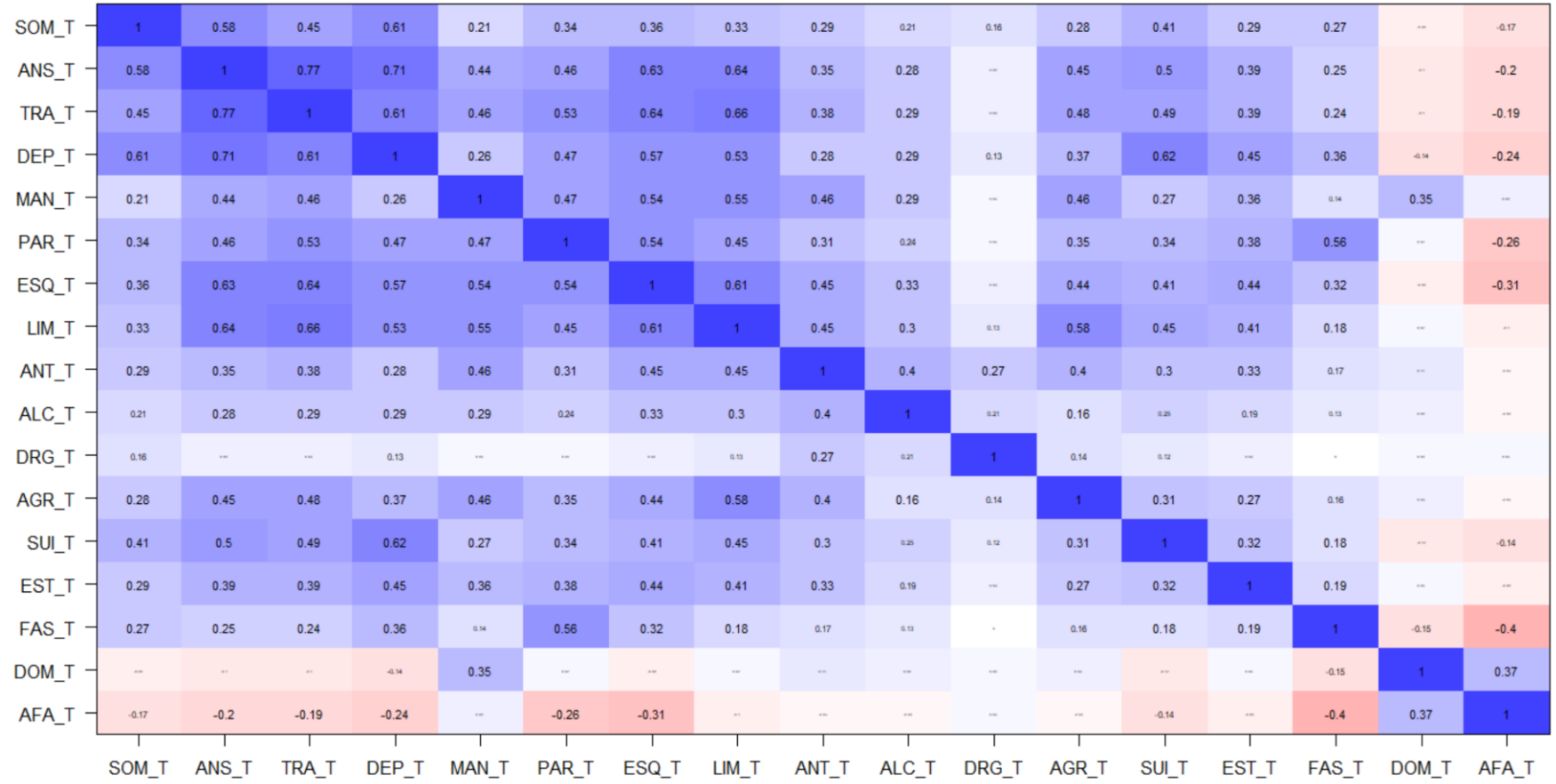


Figura 11

Correlograma de las variables del CFNI

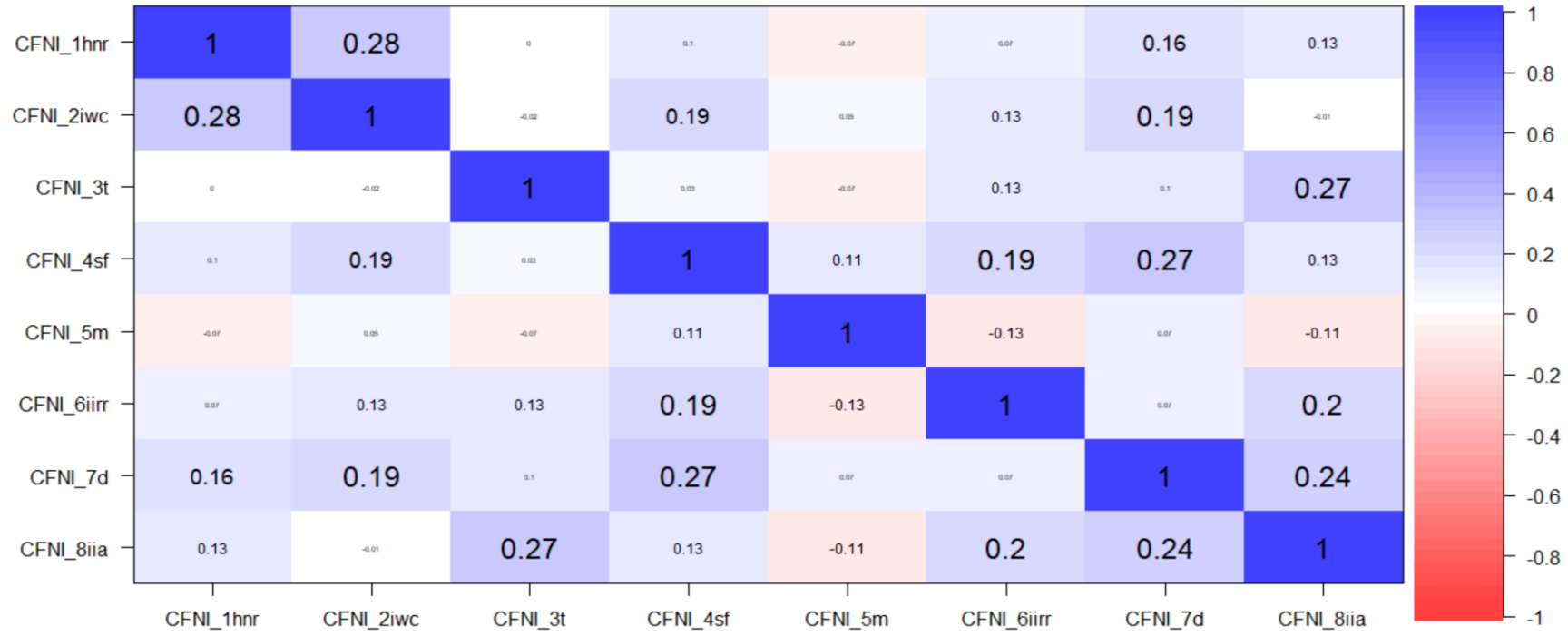
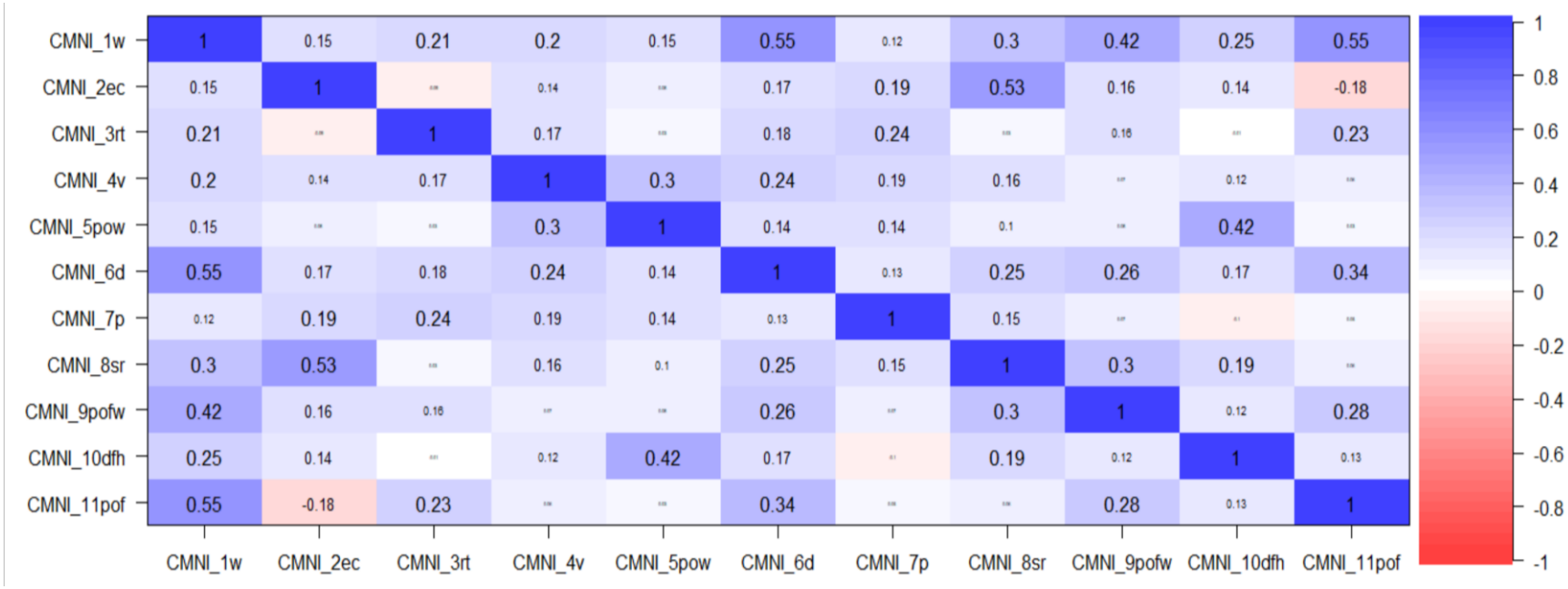


Figura 12

Correlograma de las variables del CMNI



ANEXO IV: MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA.

La Tabla 20 presenta los resultados del modelo de regresión logística binaria. Se observa que los resultados son significativos en el caso algunas de las variables predictoras.

Tabla 20

Análisis de regresión logística binaria: coeficientes y odds ratios

Predictor	Estimación	OR	95% IC OR		Z	p
			Lím. Inf.	Lím. Sup.		
Trastornos somáticos	-.061	.940	.897	.984	-2.57	**.010**
Ansiedad	.051	1.052	1.001	1.108	1.996	**.046**
Trastornos relacionados con la ansiedad	-.032	.968	.924	1.014	-1.367	.171
Depresión	-.031	.970	.925	1.015	-1.307	.191
Manía	.010	1.01	.968	1.055	.486	.627
Paranoia	-.027	.974	.933	1.015	-1.241	.214
Esquizofrenia	.009	1.01	.964	1.057	.385	.700
Límite	.093	1.10	1.037	1.164	3.139	**.002**
Antisocial	-.051	.950	.900	1.001	-1.892	.058
Agresividad	-.014	.986	.944	1.029	-.661	.509
Suicidio	-.000	.999	.964	1.035	-.033	.973
Estrés	.009	1.009	.976	1.043	.532	.595
Falta de apoyo social	-.031	.970	.935	1.004	-1.698	.089
Dominancia	.042	1.042	1.009	1.077	2.504	**.012**
Afabilidad	-.036	.964	.932	.996	-2.139	**.032**
EAT	.009	1.100	.979	1.041	.628	.530
Agradable en las relaciones	.018	1.018	.989	1.049	1.242	.214
Cuidadora de niños	-.016	.984	.956	1.012	-1.104	.269
Delgadez	-.003	.997	.969	1.026	-.194	.846
Fidelidad sexual	-.062	.994	.899	.982	-2.758	**.005**

Tabla 20

Análisis de regresión logística binaria: coeficientes y odds ratios

Predictor	Estimación	OR	95% IC OR		Z	p
			Lím. Inf.	Lím. Sup.		
Modestia	-.021	.979	.947	1.012	-1.234	.217
Romántica en las relaciones	-.004	.996	.968	1.024	-.296	.767
Hogareña	-.004	.996	.968	1.024	-.309	.758
Invertir en la imagen/apariencia	-.032	.968	.941	.996	-2.201	.028
Ganar	-.003	.997	.961	1.035	-.146	.884
Control emocional	.004	1.004	.970	1.038	.213	.832
Conductas de riesgo	-.025	.976	.948	1.004	-1.671	.095
Violencia	.018	1.019	.988	1.050	1.189	.234
Poder sobre las mujeres	.005	1.005	.974	1.037	.345	.730
Dominancia	.006	1.006	.974	1.039	.395	.693
Donjuanismo	-.046	.955	.917	.994	-2.228	**.026**
Independencia	.044	1.045	1.001	1.084	2.454	**.014**
Primaría del trabajo	-.019	1.007	.947	1.015	-1.098	.272
Desprecio hacia la homosexualidad	.012	1.012	.981	1.044	.770	.441
Búsqueda de posición social	-.019	.981	.947	1.015	.628	.530
Intercepto	8.685	-	-	-	2.843	**.004**

Nota. IC: Intervalo de confianza. OR: odds ratio. Aplicado el procedimiento *10-fold-CV*.

El análisis de la desvianza se muestra en la Tabla 21. En esta tabla se muestran los predictores significativos introducidos secuencialmente, desde el primero hasta el último.

Tabla 21

Análisis de regresión logística binaria: desvianza

Predictor	Desvianza	gl	Residuos de la desvianza	gl	p
Modelo nulo	NA	NA	395.08	285.00	NA
Trastornos somáticos	4.44	1.00	390.64	284.00	4.44
Ansiedad	13.05	1.00	377.59	283.00	13.05
Trastornos relacionados con la ansiedad	0.26	1.00	377.33	282.00	0.26
Depresión	1.41	1.00	375.92	281.00	1.41
Manía	1.94	1.00	373.98	280.00	1.94
Paranoia	4.78	1.00	369.21	279.00	4.78
Esquizofrenia	0.51	1.00	368.70	278.00	0.51
Límite	11.38	1.00	357.31	277.00	11.38
Antisocial	3.15	1.00	354.16	276.00	3.15
Agresividad	0.26	1.00	339.96	273.00	0.26
Suicidio	0.17	1.00	339.79	272.00	0.17
Estrés	0.06	1.00	339.73	271.00	0.06
Falta de apoyo social	2.79	1.00	336.94	270.00	2.79
Dominancia	3.52	1.00	333.42	269.00	3.52
Afabilidad	4.77	1.00	328.65	268.00	4.77
Agradable en las relaciones	0.65	1.00	328.00	267.00	0.65
Cuidadora de niños	5.16	1.00	322.84	266.00	5.16
Delgadez	0.56	1.00	322.27	265.00	0.56
Fidelidad sexual	9.07	1.00	313.20	264.00	9.07
Modestia	1.11	1.00	312.09	263.00	1.11
Romántica en las relaciones	0.73	1.00	311.36	262.00	0.73
Hogareña	0.01	1.00	311.36	261.00	0.01
Invertir en la imagen/apariencia	4.01	1.00	307.34	260.00	4.01
Ganar	0.99	1.00	306.36	259.00	0.99
Control emocional	0.21	1.00	306.15	258.00	0.21
Conductas de riesgo	3.35	1.00	302.80	257.00	3.35

Violencia	1.31	1.00	301.49	256.00	1.31
Poder sobre las mujeres	1.30	1.00	300.20	255.00	1.30
Dominancia	0.01	1.00	300.18	254.00	0.01
Donjuanismo	3.67	1.00	296.51	253.00	3.67
Independencia	6.69	1.00	289.83	252.00	6.69
Primaría del trabajo	1.42	1.00	288.41	251.00	1.42
Desprecio hacia la homosexualidad	0.58	1.00	287.82	250.00	0.58
Búsqueda de posición social	1.46	1.00	286.37	249.00	1.46
EAT	1.22	1.00	285.15	248.00	1.22

Comprobación de supuestos

Los supuestos de la regresión logística se comprueban en la Figura 13. Las gráficas de diagnóstico muestran los residuos de cuatro maneras diferentes:

1. Linealidad (gráfico *Residuals vs Fitted*): Se utiliza para verificar los supuestos de relación lineal. Una línea horizontal, sin patrones distintos es una indicación de una relación lineal, lo que haría que este supuesto se verificara. Idealmente, la gráfica residual no mostrará un patrón ajustado. Es decir, la línea roja debe ser aproximadamente horizontal en cero. La presencia de un patrón puede indicar un problema con algún aspecto del modelo lineal. En este caso se ve un claro patrón, lo que provoca un incumplimiento severo de este supuesto.

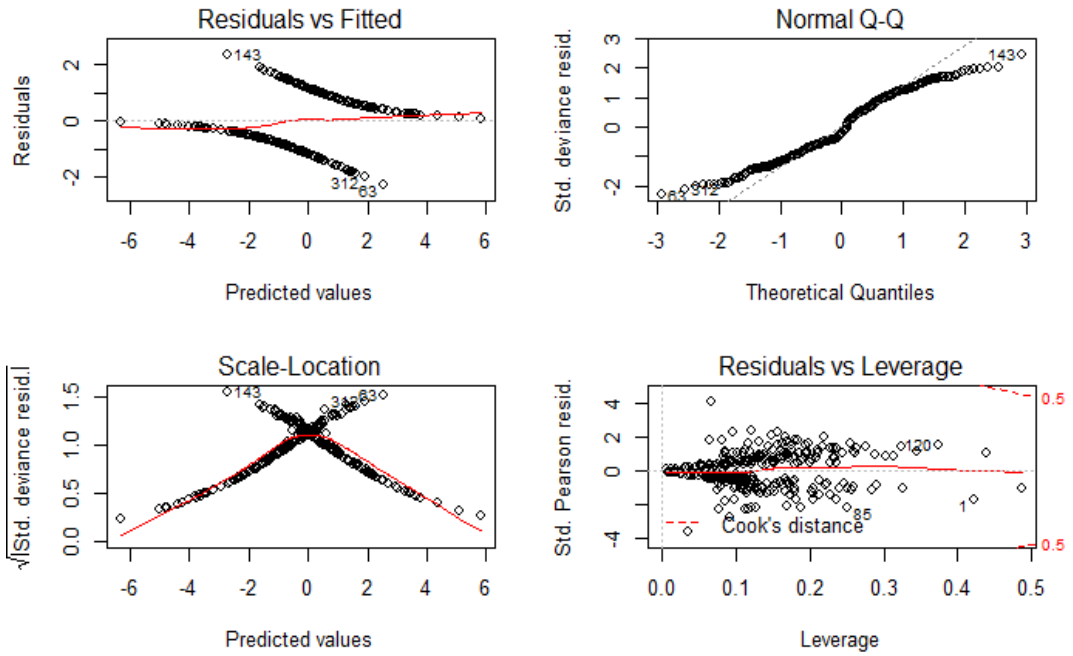
2. Normalidad (gráfico *Normal Q-Q*): Se utiliza para examinar si los residuos se distribuyen normalmente. Se verifica si los puntos residuales siguen la línea discontinua recta. El gráfico Q-Q de los residuos se puede utilizar para verificar visualmente el supuesto de normalidad. La gráfica de probabilidad normal de los residuos debe seguir aproximadamente una línea recta, viendo que, en este caso no es así, con lo que este supuesto no se verifica.

3. Homocedasticidad (gráfico *Scale-Location*)**:** Se utiliza para verificar la homogeneidad de la varianza de los residuos (homocedasticidad). La línea horizontal con puntos igualmente extendidos es una buena indicación de homocedasticidad. Este no es el caso en nuestro ejemplo, donde tenemos un problema de heterocedasticidad. Este gráfico muestra si los residuos se distribuyen por igual a lo largo de los rangos de predictores. Se cumple si se observa una línea horizontal con puntos igualmente extendidos. En el presente análisis, este supuesto no se verifica.

4. Datos atípicos (gráfico *Residuals vs Leverage*): Se utiliza para identificar casos influyentes, es decir, valores extremos que pueden influir en los resultados de la regresión cuando se incluyen o excluyen del análisis. Los valores atípicos se pueden identificar examinando el residuo estandarizado, que es el residuo dividido por su error estándar estimado. Los residuos estandarizados pueden interpretarse como el número de errores estándar lejos de la línea de regresión. Las observaciones cuyos residuos estandarizados son mayores que 3 en valor absoluto son posibles valores atípicos. En este análisis, hay pocos casos atípicos.

Figura 13

Comprobación de supuestos de la regresión logística



La Tabla 22 muestra los diagnósticos de colinealidad de este modelo de regresión logística binaria. El análisis de colinealidad muestra que las siguientes variables pueden no ser significativas debido a problemas de colinealidad. Los detalles sobre cada uno de los procedimientos están disponibles en Imdadulah, Aslam y Altaf (2016).

Tabla 22

Análisis de regresión logística binaria: comprobación de la colinealidad en cada predictor

Predictor	VIF	Tol	Wi	Fi	Leamer	CVIF	Klein
Trastornos somáticos	2.07	0.48	7.37	7.61	0.70	2.21	1
Ansiedad	4.26	0.23	22.53	23.26	0.48	4.55	1
Trastornos relacionados con la ansiedad	3.74	0.27	18.96	19.58	0.52	4.00	1
Depresión	4.11	0.24	21.49	22.19	0.49	4.39	1
Manía	2.65	0.38	11.42	11.79	0.61	2.83	1
Paranoia	2.41	0.42	9.72	10.04	0.64	2.57	1
Esquizofrenia	2.89	0.35	13.10	13.53	0.59	3.09	1
Límite	2.66	0.38	11.47	11.84	0.61	2.84	1
Antisocial	1.82	0.55	5.64	5.82	0.74	1.94	1
Agresividad	1.80	0.56	5.51	5.69	0.75	1.92	1
Suicidio	2.19	0.46	8.26	8.53	0.68	2.34	1
Estrés	1.57	0.64	3.97	4.10	0.80	1.68	1
Falta de apoyo social	1.78	0.56	5.37	5.55	0.75	1.90	1
Dominancia	1.68	0.59	4.72	4.88	0.77	1.80	1
Afabilidad	1.59	0.63	4.08	4.21	0.79	1.70	1
EAT	1.56	0.64	3.85	3.97	0.80	1.66	1
Agradable en las relaciones	1.45	0.69	3.11	3.21	0.83	1.55	0
Cuidadora de niños	1.39	0.72	2.73	2.82	0.85	1.49	0
Delgadez	3.30	0.30	15.93	16.45	0.55	3.53	1
Fidelidad sexual	1.82	0.55	5.67	5.86	0.74	1.95	1
Modestia	1.31	0.77	2.12	2.19	0.87	1.40	0
Romántica en las relaciones	1.33	0.75	2.29	2.36	0.87	1.42	0
Hogareña	1.43	0.70	3.00	3.10	0.83	1.53	0
Invertir en la imagen/apariencia	2.57	0.39	10.86	11.22	0.62	2.75	1
Ganar	1.90	0.53	6.22	6.42	0.73	2.03	1

Tabla 22

Análisis de regresión logística binaria: comprobación de la colinealidad en cada predictor

Predictor	VIF	Tol	Wi	Fi	Leamer	CVIF	Klein
Control emocional	1.40	0.71	2.76	2.85	0.85	1.50	0
Conductas de riesgo	1.54	0.65	3.71	3.84	0.81	1.64	1
Violencia	1.68	0.59	4.72	4.87	0.77	1.80	1
Poder sobre las mujeres	1.84	0.54	5.78	5.96	0.74	1.96	1
Dominancia	2.92	0.34	13.31	13.75	0.58	3.13	1
Donjuanismo	1.93	0.52	6.43	6.64	0.72	2.06	1
Independencia	1.46	0.69	3.17	3.27	0.83	1.56	1
Primaría del trabajo	1.69	0.59	4.79	4.94	0.77	1.81	1
Desprecio hacia la homosexualidad	2.18	0.46	8.15	8.42	0.68	2.33	1
Búsqueda de posición social	1.55	0.64	3.83	3.96	0.80	1.66	1

Nota. VIF: Factor de inflación de la varianza. TOL: Tolerancia. Wi: test de Farrar-Glauber. CVIF: Factor de inflación de la varianza corregido. Klein: Regla de Klein.

De manera global, los diferentes métodos de detección de colinealidad se presentan en la Tabla 23.

Tabla 23

Análisis de regresión logística binaria: comprobación de la colinealidad del modelo

Método	Resultado	Colinealidad
Determinante de la matriz de correlaciones	.000	Sí
χ^2 de Farrat	4118.61	Sí
Indicador rojo (red indicator)	.20	No
Suma de los valores inversos de lambda	76.386	No
Método de Theil	5.866	Sí
Número de la condición	102.540	Sí

***Random Forest*: conceptos básicos.**

Los modelos de Random Forest son un tipo de algoritmo de aprendizaje supervisado basado en los árboles de decisión, en los cuales se combinan diversos árboles. La salida de cada uno de ellos se considera un voto, la opción más votada será la categoría que pronosticaría a cada participante. Este tipo de técnica se denomina bagging (Bootstrap AGGregating).

Los modelos *Random Forest* funcionan de la siguiente forma:

1. Se seleccionan de forma aleatoria determinadas variables del total de predictoras que se incluyen en el modelo y se crea un árbol con esas variables. Esto reduce la colinealidad.
2. Se crea un número de árboles variando siempre la cantidad de variables y las muestras que analiza cada árbol (esto se denomina remuestreo o *boostrapping*).
3. Se calculan todos los votos obtenidos para cada clase seleccionada y se considera la más votada como la clasificación final del "bosque".

Random Forest es doblemente aleatorio debido a que cada árbol se construye con un número determinado de variables predictoras seleccionadas aleatoriamente y con una parte de la muestra. Esto permite evitar los problemas de sobreajuste y de colinealidad entre predictoras.

Con estos modelos es posible obtener diferentes indicadores de la importancia de cada variable dentro del modelo. Así, las variables más relevantes tendrán indicadores de importancia más elevados, mientras que las variables que no contribuyen a clasificar tendrán un valor de importancia menor.

Para poder ajustar un modelo *Random Forest*, es necesario tener en cuenta los hiperparámetros de este modelo. Los más relevantes son:

- La cantidad de árboles que se generan. Un excesivo número de árboles puede conllevar un sobreajuste.
- Número óptimo de variables predictoras a incluir en cada árbol (en algunas funciones de R y Python se denomina *mtry* a este hiperparámetro).
- Número óptimo de observaciones mínimas que deben contener los nodos terminales. En R y Python se suele denominar a este hiperparámetro como *node size*.
- Cómo calcular la importancia de cada variable dentro del modelo, en los problemas de clasificación suele utilizarse el procedimiento de Gini.

Tras considerar los hiperparámetros, se identifican las variables más relevantes. Esto se hace a través de dos indicadores la reducción de la pureza (el indicador MDG o *Mean Decrease Gini*), o bien la reducción de la precisión (MDA o *Mean Decrease Accuracy*).

Para evaluar los resultados del *Random Forest* debe evaluarse la matriz de confusión junto con indicadores de precisión del modelo.

Es importante recordar, que, para el presente estudio, como procedimiento de remuestreo, se utilizó el procedimiento *10-fold CV* (Kuhn y Johnson, 2013), un procedimiento de validación cruzada en el que la muestra total se divide en 10 partes con el mismo número de participantes aproximadamente. Se construye un modelo utilizando todas las muestras, excepto la primera. La muestra restante se emplea para estimar las medidas de rendimiento del modelo.

Conceptos estadísticos aplicados en modelos de clasificación.

- **Prevalencia**: Proporción de mujeres que están en el grupo clínico sobre el total de mujeres de la muestra.

- **Sensibilidad**: Es la capacidad que tiene el algoritmo clasificador para diferenciar a las mujeres del grupo clínico.
- **Especificidad:** Es la capacidad que tiene el algoritmo clasificador para diferenciar a las mujeres que no son del grupo clínico (verdaderos negativos).
- **Precisión**: Es la probabilidad de clasificación correcta tanto de las mujeres del grupo clínico como de las mujeres del grupo no clínico.
- **Odds ratio diagnóstica**: Es la razón entre la odds de que el algoritmo clasificador clasifique en el grupo clínico si la mujer está en el grupo clínico y la odds de que el algoritmo clasifique en el grupo clínico si la mujer es del grupo no clínico.
- **Índice de Youden**: Informa del rendimiento del algoritmo clasificador. Su valor puede ser de -1 a 1 y tiene un valor igual 0 cuando el algoritmo arroja la misma proporción de resultados positivos para los grupos clínico y no clínico. Un valor de 1 indica que no hay falsos positivos o falsos negativos, es decir el algoritmo es perfecto.
- **Valor predictivo positivo (VPP)**: Es la probabilidad de que, cuando el algoritmo clasifica una mujer dentro del grupo clínico, que efectivamente sea del grupo clínico (verdadero positivo).
- **Valor predictivo negativo (VPN)**: Es la probabilidad de que, cuando el algoritmo clasifica dentro del grupo no clínico, que efectivamente, dicha mujer no esté en el grupo clínico (verdadero negativo).

ANEXO V: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

INVESTIGACIÓN SOBRE MUJERES Y SALUD

Estamos realizando un estudio sobre la salud de las mujeres y deseamos solicitar su colaboración en la recogida de datos. Este cuestionario es totalmente voluntario y anónimo; ha sido elaborado siguiendo las norma deontológicas del Colegio Oficial de Psicológos. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos que recogeremos: sólo serán usados en el marco de este trabajo y siempre analizándolos de modo conjunto y global.

CÓDIGO DE LA PARTICIPANTE *(El cuestionario es anónimo. Con el fin de que pueda Usted consultar sus resultados una vez finalizado el estudio, ponga aquí algo que le identifique y que no sea su nombre - por ejemplo, últimos 4 dígitos del DNI):* _____

FECHA DE APLICACIÓN DEL TEST (día/mes/año): _____
LUGAR DE APLICACIÓN (organismo y provincia): _____

La aquí firmante acepta participar en el estudio de forma voluntaria y puede abandonar en cualquier momento sin necesidad de aportar explicación alguna. *Firmado:* _____

CUESTIONARIO 1 de 4: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** _____ años
2. **Sexo:** *(rodee con un círculo)* (1) Mujer (2) Hombre
   Si es Usted una persona transexual/transgénero, marque también aquí ☐
3. **Su orientación sexual es:** *(rodee con un círculo)*
   (1) Heterosexual (2) Homosexual (3) Bisexual (4) Otra _____
4. **¿Cuál es el nivel máximo de estudios que ha alcanzado?** *(rodee con un círculo)*
   (1) No he completado la Primaria
   (2) Estudios primarios/E.G.B.
   (3) Estudios secundarios B.U.P./C.O.U., ESO, Bachillerato
   (4) Formación profesional F.P.
   (5) Estudios universitarios (diplomaturas, licenciatura, grado,…)
   (6) Máster
   (7) Doctorado
   (8) Otros (especificar): _____
5. **¿Cuál es su nivel socioeconómico actual?** *(rodee con un círculo la opción que corresponda)*
   (1) Bajo (2) Medio – bajo (3) Medio (4) Medio – alto (5) Alto
6. **6.1 ¿Cuál es su situación laboral actual?** *(rodee con un círculo)*
   (1) Ama de casa (2) Parada (3) Ocupada/trabajando (4) Pensionista
   (5) Jubilada (6) Baja laboral (7) Estudiante (8) Otros (especificar):

   6.2 En el caso de estar parada, ser pensionista o jubilada, ¿desde hace cuánto tiempo se encuentra en esa situación? *(rodee con un círculo)*
   (1) Menos de seis meses (2) De seis meses a menos de un año
   (3) De 1 año a menos de 2 años (4) Más de dos años
7. **¿Dónde nació?** (*País y Provincia)* _____

8. **Etnia:** *(rodee con un círculo la opción correspondiente)*

(1) Caucásica/Blanca (2) Hispana/Latina (3) Asiática (4) Negra (5) Otra

9. **Si procede de otro país, ¿hace cuánto tiempo que reside en España?** _____

10. **¿Es creyente o practica alguna religión?** (1) Sí (2) No **¿Cuál?** _____

11. **Estado civil:** *(rodee con un círculo la opción que corresponda)*

(1) Soltero/a
(2) Pareja estable sin convivencia
(3) Viviendo en pareja
(4) Casado/a
(5) Separado/a legalmente o en trámites de separación
(6) Divorciado/a
(7) Viudo/a
(8) Otras situaciones

12. **Si tiene PAREJA,** ¿desde hace cuánto tiempo tiene esa relación?: _____

13. ¿Tiene Usted **hijos/as**? *(rodee con un círculo la opción que corresponda)* (SI) (NO)

En el caso de que la respuesta sea SÍ, indique cuántos ha tenido: _____

14. ¿Tiene **personas a su cargo** (a tiempo completo o parcial) que tengan algún problema de salud grave o discapacidad? *(rodee con un círculo la opción que corresponda)* (SI) (NO)

En el caso de que la respuesta sea SÍ, responda a las siguientes preguntas:

14.1 ¿Cuántas personas están a su cargo? *(Indique el número: 1, 2,…)* _____

14.2 ¿Quiénes son? *(Marque con una X todas las opciones necesarias)*

☐ Hijos/as
☐ Madre
☐ Padre
☐ Suegro/a
☐ Hermano/a
☐ Nieto/a
☐ Otro/a

14.3 ¿En qué grado se hace usted cargo del cuidado de esa persona o personas? Valore del 0% *(no se hace cargo en absoluto)* al 100% *(se hace cargo por completo)* _____

14.4 ¿Cuántas horas dedica al día a hacerse cargo de esta(s) persona(s)? *(rodee con un círculo)*

(1) Menos de 1 hora al día
(2) Entre 1 hora y 3 horas al día
(3) Entre 3 y 6 horas al día
(4) Más de 5 horas al día

14.5 ¿Hace cuánto tiempo que se ocupa de su cuidado? _____

15. ¿Ha recibido algún momento de su vida **tratamiento psicológico/psiquiátrico**? (SI) (NO)

16. ¿Está recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico **EN LA ACTUALIDAD**? (SI) (NO)

CUESTIONARIO 2 de 4: PAI

Por motivos de Copyright, no se puede incluir este cuestionario en los Anexos.

La ficha técnica, incluida a continuación, también puede consultarse aquí: http://web.teaediciones.com/PAI--INVENTARIO-DE-EVALUACION-DE-LA-PERSONALIDAD.aspx (Tea Ediciones, 2021)

CUESTIONARIO 3 de 4: EAT-26

A continuación aparecen una serie de frases relacionadas con el comer y la alimentación: conteste cuidadosamente, intentando ser lo más sincera posible (*RODEE CON UN CÍRCULO).*

1	Me angustia la idea de estar demasiado gorda.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
2	Procuro no comer cuando tengo hambre.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
3	La comida es para mí una preocupación habitual.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, pasta, patatas,…).	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
9	Vomito después de comer.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
10	Me siento culpable después de comer.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
12	Cuando hago deporte pienso sobretodo en quemar calorías.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgada.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
15	Tardo más tiempo que los demás en comer.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
17	Tomo alimentos dietéticos.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a comida.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
21	Paso demasiado tiempo pensando en la comida.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
22	No me siento bien después de haber tomado dulces.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
23	Estoy haciendo régimen.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
24	Me gusta tener el estómago vacío.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
25	Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

CUESTIONARIO 4 de 4: CFNI+CMNI

INSTRUCCIONES

Las siguientes páginas contienen una serie de afirmaciones sobre cómo solemos pensar, sentir o portarnos. Las afirmaciones se han diseñado para medir actitudes, creencias y comportamientos asociados con los roles de género, tanto tradicionales como no tradicionales. Por ejemplo, las afirmaciones tratan de temas tales como el aspecto, cuidar a los demás, la sexualidad y las relaciones.

Por favor, indique en grado en que está **personalmente de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación**. Rodee con un círculo la respuesta que mejor refleje **sus pensamientos, sus propias acciones, sentimientos y creencias.**

EJEMPLO DE ÍTEM

Es importante hacer saber a la gente que son especiales	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

Rodee la afirmación con la que esté más de acuerdo en cada caso.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Debe dar la respuesta que mejor describe sus acciones, sentimientos y creencias personales. Al contestar, lo mejor es responder con su primera impresión.

1	Es importante hacer saber a la gente que son especiales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
2	Cuidaría niños para divertirme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
3	Sería más feliz si fuese más delgada/o.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
4	Me sentiría extremadamente avergonzado/a si tuviera muchas parejas sexuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
5	Me siento incómoda/o si me escogen para alabarme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
6	Cuando estoy en una relación romántica, le doy toda mi energía.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
7	Es importante mantener limpio el espacio donde se vive.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
8	Paso más de 30 minutos al día arreglándome el pelo y el maquillaje.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
9	Es una pérdida de tiempo emplear energía en las amistades	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

10	Participo en actividades que incluyen a niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
11	No suelo preocuparme por ganar peso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
12	Si fuera soltera/o, me gustaría tener muchas citas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
13	Ser desagradable te ayuda a salir adelante en la vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
14	Cuento mis logros a todo el mundo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
15	Pienso a menudo en relaciones románticas aunque no mantenga ninguna en ese momento.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
16	Limpio mi casa regularmente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
17	Me siento atractivo/a cuando no voy maquillado/a.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
18	Creo que debo mantener mis amistades a toda costa.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
19	Encuentro molestos a los niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
20	Es importante ser delgada/o.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
21	Prefiero las relaciones a largo plazo a las relaciones sexuales casuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
22	Presumir no tiene nada de malo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
23	Las personas solteras me dan pena.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
24	Estoy cómoda/o cuando el lugar donde vivo está un poco desordenado.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
25	Me sentiría superficial si llevase maquillaje.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
26	Me siento bien conmigo mismo/a cuando otras personas saben que me importan.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
27	Cuidar niños no es para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
28	Sólo me pondría a régimen se me lo mandara un médico.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Me sentiría culpable si tuviera un encuentro sexual de una sola noche.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
30	Cuando tengo éxito, se lo cuento a mis amigos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
31	Tener una relación romántica es algo esencial en la vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
32	Disfruto empleando tiempo para que el lugar donde vivo tenga un aspecto agradable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
33	Ser agradable con los demás es extremadamente importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
34	Me maquillo regularmente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

35	No me tomo muchas molestias para mantener el contacto con mis amigos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
36	La mayoría de la gente disfruta más que yo de los niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
37	Me gustaría perder algunos kilos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
38	Es imposible ser siempre agradable con los demás.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
39	No es necesario estar en una relación comprometida para tener sexo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
40	Odio contar mis logros a la gente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
41	Puedo ser feliz sin estar en una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
42	No he limpiado mi casa en la última semana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
43	Por las mañanas me preparo sin mirarme mucho al espejo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
44	Me sentiría agobiada/o si tuviera que mantener muchas amistades.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
45	Cuando quiero relajarme, no quiero estar con niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
46	Tiendo a vigilar lo que como para mantenerme delgado/a.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
47	Me sentiría cómoda/o teniendo sexo ocasional.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
48	Hago el esfuerzo de reunirme con mis amigos regularmente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
49	Siempre quito importancia a mis logros.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
50	Es importante tener una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
51	No me importa si mi casa tiene un aspecto desordenado.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
52	Jamás me maquillo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
53	Siempre intento hacer que los demás se sientan especiales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
54	Cuidar niños da significado a la vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
55	Tendría mejor aspecto si ganase un par de kilos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
56	Cambio de pareja sexual con frecuencia.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
57	No me da miedo contarle mis logros a la gente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
58	Mis planes vitales no dependen de tener una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
59	Soy yo la/el que hago toda la limpieza, la cocina y la decoración de mi casa.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
60	Es importante tener un aspecto físico atractivo en público.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

61	Si una amistad no funciona, le pongo fin.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
62	Me sentiría vacío/a si no hubiera niños en mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
63	Intento ser dulce y amable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
64	Siempre estoy intentando perder peso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
65	Sólo tendría sexo con la persona amada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
66	No busco reconocimiento por mis esfuerzos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
67	Cuando estoy en una relación romántica, disfruto centrando mis energías en ella.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
68	No tiene sentido limpiar porque las cosas se vuelven a ensuciar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
69	No temo herir los sentimientos de los demás para conseguir lo que quiero.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
70	Cuidar niños me hace sentirme realizada/o.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
71	Estaría muy contento/a conmigo mismo/a aunque ganase peso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
72	Sería agradable salir con más de una persona a la vez.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
73	Me gusta ser el centro de atención.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
74	Mi vida estaría completa sin una pareja.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
75	Rara vez me tomo la molestia de ser amable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
76	Evito a los niños activamente.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
77	Ganar peso me da pánico.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
78	Sólo tendría sexo si tuviera una relación de compromiso, como el matrimonio.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
79	Sólo soy amable con la gente que me gusta.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
80	Me gusta estar cerca de niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
81	Tiendo a comer lo que quiero.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
82	No me siento culpable si pierdo el contacto con un/a amigo/a.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
83	Me siento incómoda/o con niños.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
84	Me daría vergüenza si alguien pensara que soy desagradable.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
85	Es mejor ocultar las emociones.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
86	En general, haría cualquier cosa con tal de ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

87	Si pudiera, cambiaría a menudo de pareja sexual.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
88	Si va a haber violencia, encuentro una forma de evitarla.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
89	Me importa mucho que la gente piense que soy heterosexual.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
90	En general, tengo que salirme con la mía.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
91	Intentar ser importante es el mayor desperdicio de tiempo que existe.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
92	A menudo estoy absorto/a en mi trabajo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
93	Sólo me sentiré satisfecha/o cuando las mujeres sean iguales a los hombres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
94	Odio pedir ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
95	Exponerme a riesgos peligrosos me ayuda a ponerme a prueba.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
96	En general, no gasto mucha energía intentando ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
97	Lo mejor del sexo es la relación emocional con la pareja.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
98	Debería aprovechar todas las oportunidades para mostrar mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
99	Creo que la violencia nunca está justificada.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
100	No es malo que los demás piensen que uno/a es gay o lesbiana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
101	En general, no me gustan las situaciones arriesgadas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
102	Yo debería estar al mando.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
103	Es importante mostrar los sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
104	Me siento muy mal cuando el trabajo ocupa toda mi atención.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
105	Me siento mejor en mis relaciones personales con los del otro sexo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
106	Ganar no es mi prioridad.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
107	Me aseguro de que la gente piense que soy heterosexual.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
108	Me gusta arriesgarme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
109	Me disgusta cualquier forma de violencia.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
110	Yo odiaría ser importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
111	Me encanta explorar mis sentimientos con otras personas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

112	Si pudiera, tendría citas con muchas personas diferentes.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
113	Pido ayuda cuando lo necesito.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
114	Mi trabajo es la parte más importante de mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
115	Ganar no lo es todo, es lo único.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
116	Jamás me arriesgo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
117	Sólo tendría relaciones sexuales si me sintiera comprometido/a con dicha relación.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
118	Me gusta pelearme.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
119	Trato a las personas del otro sexo como iguales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
120	Menciono mis sentimientos cuando hablo con otras personas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
121	Me enfurecería si alguien pensase que soy gay o lesbiana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
122	Sólo me involucro románticamente con una persona.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
123	No me importa perder.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
124	Yo me arriesgo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
125	Nunca hago nada para llegar a ser importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
126	No me importaría en absoluto si alguien pensase que soy gay o lesbiana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
127	Jamás comparto mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
128	La acción violenta es necesaria a veces.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
129	Pedir ayuda es una señal de fracaso.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
130	En general, controlo a las personas que me rodean.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
131	Me sentiría bien si tuviera muchas parejas sexuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
132	Me importa ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
133	No me gusta dedicar toda mi atención al trabajo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
134	Me siento incómoda/o cuando los demás me ven como importante.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
135	Sería horrible si la gente pensase que soy lesbiana o gay.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
136	Me gusta hablar de mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

137	Jamás pido ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
138	La mayoría de las veces, no me importa perder.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
139	Es una tontería arriesgarse.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
140	El trabajo no es lo más importante de mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
141	Los hombres y las mujeres deben respetarse como iguales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
142	Las relaciones a largo plazo son mejores que los encuentros sexuales casuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
143	Tener una posición social alta no es muy importante para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
144	A menudo me expongo a situaciones arriesgadas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
145	Las mujeres deberían subordinarse a los hombres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
146	Estoy dispuesta/o a meterme en una pelea física si es necesario.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
147	Me gusta tener amigos gays y/o lesbianas.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
148	Me siento bien cuando el trabajo es mi prioridad.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
149	Tiendo a guardar mis sentimientos para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
150	Hay que evitar involucrarse emocionalmente en las relaciones sexuales.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
151	Ganar no es importante para mí.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
152	La violencia casi nunca se justifica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
153	Estoy cómoda/o cuando intento salirme con la mía.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
154	El peligro es lo que me hace más feliz.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
155	Los hombres no deberían tener poder sobre las mujeres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
156	Sería agradable salir con más de una persona a la vez.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
157	Me sentiría incómodo/ si alguien pensase que soy gay o lesbiana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
158	No me da vergüenza pedir ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
159	El mejor sentimiento del mundo viene de ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
160	El trabajo es lo primero.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
161	Tiendo a compartir mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

162	Me gusta la implicación emocional en una relación romántica.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
163	Jamás actuaría violentamente, sea cual sea la situación.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
164	Si alguien pensase que soy lesbiana o gay, no discutiría sobre el tema.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
165	Las cosas tienden a ir mejor cuando los hombres están al mando.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
166	Prefiero estar seguro/a y tener cuidado.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
167	Nadie debería dejarse atar saliendo solo con una persona.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
168	Tiendo a invertir mi energía en otras cosas distintas del trabajo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
169	Me molesta cuando tengo que pedir ayuda.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
170	Me encanta cuando los hombres están al mando de las mujeres.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
171	Ser importante me hace sentirme bien.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
172	Odio cuando la gente me pide que hable de mis sentimientos.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
173	Trabajo duro para ganar.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
174	Sólo me sentiría satisfecho con el sexo si hubiera una relación emocional.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
175	Intento evitar que me perciban como gay o lesbiana.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
176	Odio cualquier tipo de riesgo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
177	Prefiero mantenerme poco emotivo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo
178	Me aseguro de que la gente haga lo que yo digo.	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente de acuerdo

☺ ¡¡¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!! ☺

Screening del/de la terapeuta.
INVESTIGACIÓN SOBRE MUJERES Y SALUD

CÓDIGO DEL CUESTIONARIO DE LA PACIENTE:

Esta hoja deberá contestarla el/la profesional de cada paciente que realiza el cuestionario, para así poder comprobar y contrastar en qué medida los resultados obtenidos en el Dossier de Cuestionarios corroboran y validan el diagnóstico y evaluación ofrecido por el/la clínico/a. También tratamos con esta información de describir lo más detalladamente posible las características clínicas que tienen las pacientes y los centros de los que se está obteniendo la muestra.

- **Tipo de centro** *(subraye el que corresponda)*: Público Consulta privada Centro especializado
- **Tipo de problemas** o motivo de consulta de la paciente. Señale los 3 más importantes *(1 el motivo de consulta principal, 2 el segundo más importante y 3 el tercero):*

Problemas de ansiedad		Depresión		Trastornos sexuales		Problemas mentales	
Dificultades en las relaciones sociales		Obsesiones		Conducta disruptiva/ antisocial		Problemas de empleo/trabajo/colegio	
Problemas de pareja		Alcohol		Soledad		Problemas familiares	
Cansancio/enfermedad		Drogas		Inseguridad		Estrés laboral	
Otros (diga cuál):							

- **Tipo de diagnóstico**: Síndromes clínicos del DSM-5 *(marque con X el que más se aproxime, aunque no cumpla todos los requisitos o criterios para incluirle en alguna de las categorías)*:

- Trastornos neurocognitivos (delirium, debidos a Alzheimer, Parkinson, traumatismos,…)	
- Otros trastornos mentales debidos a afecciones médicas	
- Trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos	
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
- Trastornos depresivos	
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados	
- Trastornos de ansiedad	
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados *(en DSM-IV: somatomorfos)*	
- Trastornos disociativos	
- Disfunciones sexuales y disforia de género	
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	
- Trastornos del sueño-vigilia	
- Trast. Disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta no clasificados en otros apartados (antisocial, piromanía, cleptomanía, etc.)	
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica *(relacionados con la educación familiar, con el grupo de apoyo mayoritario, maltrato y negligencia, de vivienda y económicos,…)*	
- Otros: Si cree que su diagnóstico no queda recogido claramente en las anteriores categorías puede ponerlo aquí: _____	

Tipo de diagnóstico: Aunque haya diagnosticado lo anterior, marque con una X también, por favor, los Trastornos de personalidad de base – si los hubiera (señale los que más se aproximen -*como mucho 3: un 1 el más acusado, un 2 el intermedio y un 3 el menos*- aunque no cumpla todos los requisitos o criterios para incluirle en alguna de las categorías):

Grupo A		**Grupo B**		**Grupo C**		**Otros trastornos de la personalidad**	
Paranoide		Antisocial		Evitativa			
Esquizoide		Límite		Dependiente			
Esquizotípica		Histriónica		Obsesivo-compulsiva			
		Narcisista					