

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

M^a Pilar Matud¹

Francisco Díaz

Laura Aguilera

M^a Vanesa Rodríguez

Universidad de La Laguna

M^a José Matud

I.E.S. Los Enlaces (Zaragoza)

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue analizar las diferencias de género existentes en la sintomatología más frecuente de salud mental en el estudiantado. Para ello, se realizó un estudio transversal con una muestra de estudiantes universitarios formada por 501 mujeres y 325 hombres, de edades comprendidas entre 18 y 25 años. Todos ellos respondieron al cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión en escalas (GHQ-28) y a varias medidas de estrés. Tras controlar el efecto del estrés, encontramos que las mujeres tenían mayor sintomatología somática y de ansiedad e insomnio que los hombres, pero no había diferencias significativas en sintomatología depresiva. Se concluye que el género es una variable relevante en la ansiedad y las somatizaciones del estudiantado, pero el nivel de estudios también influye en su salud mental.

PALABRAS CLAVE: *Salud mental, género, ansiedad, depresión, síntomas somáticos*

Abstract

This study analyzes gender differences in the most frequent mental health symptomatology in students. For this purpose, a cross-sectional study was carried out on a sample of university students comprised of 501 women and 325 men, aged between 18 and 25 years old. They responded to Goldberg's General Health questionnaire in the scale version (GHQ-28) and to several stress measurements. Although the effect size was low, significant gender differences were found, as well as differences as a function of level of studies. After controlling the effect of stress, we found that the women had more somatic and anxiety symptomatology and more insomnia than the men, but there were no significant differences in depression symptomatology. Gender is a relevant variable

¹ *Correspondencia:* M^a Pilar Matud Aznar. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna, 38205 La Laguna, Tenerife. Telf: 922317487. E-mail: pmatud@ull.es

in anxiety and somatization among university students, but the level of studies also affects mental health.

KEY WORDS: *mental health, gender, anxiety, depression, somatic symptoms.*

Introducción

Las investigaciones en salud mental han mostrado diferencias en algunos trastornos en función del género, habiéndose encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los hombres (Fuhrer, Stansfeld, Chemali y Shipley, 1999; Kessler et al.1994; Kroenke y Spitzer, 1998; Mirowsky y Ross, 1995; Regier et al., 1988). Los trastornos de ansiedad están entre los más frecuentes de la población general, estimándose que el 24,9% de la población desarrollará algún problema con ansiedad en algún momento de su vida (Bach, Weisberg y Barlow, 1998). Aunque las tasas varían entre los diferentes estudios, dependen del trastorno de ansiedad concreto y están asociadas a la edad en algunos, en conjunto, las tasas de las mujeres son significativamente más altas que las de los hombres (Regier et al., 1988). También son las propias mujeres las que citan la ansiedad como uno de sus problemas más frecuentes cuando se analiza sus percepciones y prioridades de salud. Así, en un estudio con una muestra aleatoria de 356 mujeres canadienses, se encontró que el 44,4% declaraban tener ansiedad (Walters, 1993).

El mayor riesgo de depresión en las mujeres se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, realizados en diferentes áreas geográficas y en distintos periodos temporales (véase, por ejemplo, Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz, 1994; Kessler et al., 1994; Lehtinen y Joukamaa, 1994; Nolen-Hoeksema, 1990; Weich Sloggett y Lewis, 1998; Weissman y Klerman, 1977). Aunque estas diferencias parecen ser más consistentes y acusadas en los países industrializados, donde el riesgo de depresión en la mujer duplica al del hombre, se han encontrado en la mayor parte de los estudios epidemiológicos, desde los realizados en Estados Unidos, Canadá, o Alemania, hasta los de Honduras o Nueva Zelanda (Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977). Y, excepto en la infancia, en que no se dan diferencias en las tasas de depresión entre niños y niñas, o son los niños los que presentan tasas más elevadas, se ha encontrado que las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y aumentando en la vida adulta (Mirowski, 1996; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994).

Se han planteado varias hipótesis sobre las causas de tales diferencias, postulando la relevancia de diversos factores, desde los biológicos hasta los psicosociales. Dentro de las hipótesis biológicas se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y también se ha considerado la fisiología endocrina femenina como responsable de la mayor tasa de depresión en la mujer, aunque no se ha encontrado evidencia empírica suficiente para ninguna de las hipótesis biológicas (véase, por ejemplo, revisiones de Nolen-Hoeksema, 1990, y de Weissman y Klerman, 1977). Las hipótesis psicosociales han intentado probar la relevancia de factores muy diversos, destacando las que aluden a las diferencias de género en estrés y

las que plantean la relevancia de las diferencias en el estatus social asociado al género. Así, se ha planteado que la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, pocas aspiraciones y baja autoestima. Otros factores citados han sido la mayor frecuencia con que las mujeres son víctimas de violencia y sus mayores tasas de pobreza. Ésta representa un factor de riesgo para los problemas mentales, ya que las mujeres más pobres pueden depender más del apoyo material y emocional de su red social, lo que a su vez le puede generar más estrés por compartir las experiencias estresantes de los demás (Turner, Wheaton y Lloyd, 1995). Además, son factores que interaccionan y ocurren en bastantes ocasiones.

Algunos autores plantean que los mayores niveles de depresión y ansiedad en la mujer se deben a que ésta experimenta más estrés que el hombre. Aunque los resultados no son concluyentes, son varios los estudios que encuentran mayor estrés en las mujeres respecto a los hombres (véase, por ejemplo, Almeida y Kessler, 1998; McDonough y Walters, 2001; Nolen-Hoeksema, Larson, y Grayson, 1999). También se ha encontrado que les afecta más el estrés de quienes la rodean (Kessler y McLeod, 1984; Matud et al. 2002; Turner et al., 1995), ya que suelen estar más implicadas que los hombres en las redes sociales y familiares. Además, experimentan estresores específicos tales como violencia de género y discriminación sexista, los cuales se asocian con problemas de salud física y mental (Heim et al., 2000; Klonoff, Landrine y Campbell, 2000).

Aunque influyen las condiciones concretas en que se ejercen y algunas características personales, los roles sociales también son relevantes en el estrés experimentado por mujeres y hombres, ya que determinan el rango de experiencias potencialmente estresantes que se experimentará, evitan algunas y aumentan la probabilidad de vivir otras (Aneshensel y Pearlin, 1987; Cleary y Mechanic, 1983). Existen claras diferencias en la frecuencia en que mujeres y hombres ejercen determinados roles y en las experiencias dentro de cada rol, teniendo generalmente la mujer más demandas y limitaciones, tanto en la familia como en el ámbito laboral (Matthews, Hertzman, Ostry y Power, 1998; Mirowsky y Ross, 1995). Además, el impacto en la salud de algunos estresores parece ser diferente en función del género, habiéndose encontrado que es mayor en el hombre el impacto derivado de los problemas laborales, y en la mujer el estrés derivado de las relaciones familiares y de pareja (Aneshensel y Pearlin, 1987; Matud et al., 2002).

Todo ello indica la complejidad del fenómeno de las diferencias de género en salud mental ya que, además de presentar determinadas diferencias biológicas, sus patrones de socialización son diferentes y su distribución en los roles sociales y familiares no es homogénea. Pero, en la medida en que estas diferencias surgen y se van consolidando a lo largo de la vida, resulta particularmente interesante analizar qué sucede en el periodo que va desde la adolescencia hasta la edad adulta, periodo que cronológicamente suele centrarse entre los 18 y 25 años. Arnett (2000) plantea que se trata de un periodo del desarrollo con características propias tanto desde un punto de vista demográfico, como subjetivo y de exploraciones de la identidad.

El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias de género en la sintomatología más frecuente de salud mental, una vez controlados el efecto del estrés y, en la medida de lo posible, del rol social, en una muestra de personas en periodo de transición a la vida adulta, que están realizando diversos estudios y que no tienen hijos/as. Concretamente, analizamos las diferencias de género en los síntomas de ansiedad, depresión y sintomatología somática en una muestra de estudiantes de edades entre 18 y 25 años, analizando la relevancia del género y del nivel de estudios.

Método

Muestra

La muestra está formada por 826 estudiantes (501 mujeres y 325 hombres) residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias. Poco más de la tercera parte (el 41%) estaba realizando estudios no universitarios; el 23,2% estudiaba alguna diplomatura universitaria y el 35,7% cursaba estudios de licenciatura. No tenían hijos/as y sus edades estaban comprendidas entre 18 y 25 años, siendo la edad media de 20,7 años, la desviación típica de 1,9 y la mediana de 20.

Instrumentos

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979). El GHQ es un cuestionario diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida y se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones de salud normales y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. La versión usada consta de 4 subescalas formadas por 7 ítem que representan las dimensiones de Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, y Depresión grave, que no son totalmente independientes entre sí y que representan "dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con diagnósticos psiquiátricos" (Lobo y Muñoz, 1996). La puntuación utilizada fue la escala de respuesta múltiple tipo Likert, asignando valores desde 0 (para la respuesta "menos que lo habitual") hasta 3 ("mucho más que lo habitual").

Todas las escalas han sido validadas con una muestra de 1767 personas residentes en Canarias (Matud, 2000). Excepto en disfunción social, en todas se ha obtenido una estructura muy similar a la propuesta por sus autores, siendo la consistencia interna de 0,88 para ansiedad e insomnio; 0,88 para depresión grave; 0,84 para síntomas somáticos; y 0,67 para disfunción social.

Cuestionario sobre sucesos vitales estresantes (Life Event Stressful Success Questionnaire, LESSQ; Meadows, 1989). Inventario que recoge en un total de 31 ítem

la existencia de cambios y sucesos vitales, positivos y negativos, que se han experimentado durante los dos últimos años.

Además de la presencia del suceso, las respuestas se puntúan siguiendo dos criterios: la controlabilidad o posibilidad de ejercer cierto control sobre dicho suceso; y su valoración como muy positivo, neutral o muy negativo. La puntuación asignada en controlabilidad es de 1 cuando se percibía como totalmente controlable, 2 cuando se percibía como parcialmente controlable, y 3 cuando se consideraba totalmente incontrolable. En el caso de la deseabilidad, la puntuación es de 1 cuando se valoraba como muy positivo, 2 si se consideraba neutro y 3 cuando se valoraba como muy negativo.

Cuestionario de estrés crónico (Matud, 1998). Se trata de un instrumento de respuesta abierta que trata de evaluar el estrés crónico de alta intensidad. Para ello se pide a la persona que escriba los problemas y conflictos de cierta intensidad que tiene en la actualidad, pidiéndole que valoren su gravedad en una escala de 1 ("poco importante") a 3 ("muy importante").

Cuestionario de contrariedades diarias (Matud, 1998). Se trata de una prueba de respuesta abierta en el que se pretende evaluar el estrés crónico de baja intensidad. Recoge las situaciones cotidianas que se consideran frustrantes o irritantes, valorando la gravedad en una escala de 1 ("poco importante") a 3 ("muy importante").

Procedimiento

El pase de pruebas fue auto administrado tras obtener el consentimiento informado de los participantes. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 11.5 del programa de SPSS para Windows.

Resultados

No encontramos diferencias significativas en función del género en edad ($t = -0,40$, $p > 0,05$), siendo la media de 20,68 años en el grupo de mujeres (desviación típica de 1,93) y de 20,73 en el de los hombres (desviación típica = 1,86).

Pero aunque el rango de edad era el mismo en todos los grupos, sí encontramos medias significativamente distintas ($p < 0,001$) en función del tipo de estudios, siendo menor en el alumnado no universitario (su media era de 19,87, D. T. = 1,78) respecto al alumnado de diplomatura (media de 21,16, D. T. = 1,67) y al de licenciatura (media de 21,36, D. T. = 1,82).

Con el fin de conocer si existían diferencias en estrés y así poder controlar su efecto, realizamos en primer lugar análisis de covarianza tomando como variables dependientes las cinco medidas de estrés: el estrés crónico, las contrariedades diarias, el número de sucesos y cambios vitales experimentados durante los dos últimos años y la valoración de estos como incontrolables y como indeseables.

Los factores fueron el género (hombre y mujer) y el nivel de estudios (no universitario, licenciatura y diplomatura), y el covariado la edad.

Usando como criterio la Lambda de Wilks, encontramos que el estrés estaba asociado de forma significativa con el género [$F(5, 784) = 3,31, p < 0,01; \eta^2 = 0,021$], pero no con el nivel de estudios [$F(10, 1568) = 1,46, p > 0,05$], ni con la interacción [$F(10, 1568) = 0,62, p > 0,05$].

Y tampoco se asoció de forma significativa al covariado edad [$F(5, 784) = 1,38, p > 0,05$]. Los análisis univariados mostraron diferencias significativas en función del género en dos de las cinco medidas de estrés.

Como puede observarse en la tabla 1, las mujeres experimentan más contrariedades diarias y más estrés crónico que los hombres, aunque el porcentaje de varianza explicado es muy escaso, sobre todo en estrés crónico.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y análisis univariados de covarianza en estrés en función del género

	Mujeres		Hombres		F	eta ²
	N	%	N	%		
Estrés crónico	7,00	5,18	6,13	4,35	4,78*	0,006
Contrariedades diarias	7,25	4,82	5,92	4,44	11,77**	0,015
Nº de sucesos y cambios vitales (SCV)	6,93	3,57	7,21	3,78	1,66	---
Incontrolabilidad de SCV	1,80	0,40	1,80	0,38	0,29	---
Indeseabilidad de SCV	1,73	0,38	1,74	0,42	0,20	---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Para conocer las diferencias de género en salud mental, una vez controlado el efecto de las variables en que se daban diferencias significativas, realizamos un análisis de covarianza, considerando como variables dependientes las cuatro escalas del GHQ-28.

De nuevo los factores fueron el género y el nivel de estudios, y los covariados fueron la edad y el estrés diario (el estrés crónico y las contrariedades diarias).

Usando como criterio la Lambda de Wilks, encontramos que la sintomatología de salud mental estaba asociada de forma significativa con el género [$F(4, 810) = 9,56, p < 0,001; \eta^2 = 0,045$] y con el nivel de estudios [$F(8, 1620) = 2,80, p < 0,01; \eta^2 = 0,014$], pero no con su interacción [$F(8, 1620) = 0,85, p > 0,05$].

Y tampoco se asoció de forma significativa al covariado edad [$F(4, 810) = 1,05, p > 0,05$], aunque sí lo hizo con el estrés diario [$F(4, 810) = 12,46, p < 0,001; \eta^2 = 0,058$].

Los análisis de covarianza univariados mostraron que, tras controlar el efecto del estrés, se daban diferencias significativas en función del género en dos de las cuatro escalas del GHQ-28 (véase tabla 2), mostrando las mujeres más sintomatología somática y de ansiedad e insomnio que los hombres aunque, de nuevo, el tamaño del efecto es escaso, sobre todo en ansiedad.

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y análisis univariados de covarianza en sintomatología de salud mental en función del género

	Mujeres		Hombres		F	eta ²
	N	%	N	%		
Síntomas somáticos	6,90	3,94	4,82	3,23	38,32***	0,045
Ansiedad e insomnio	7,00	4,86	5,48	4,38	10,16**	0,012
Disfunción social	11,1	3,03	10,7	3,08	1,66	---
Depresión grave	2,75	3,83	2,01	3,12	3,27	---

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas, análisis univariados de covarianza y contrastes significativos en función del nivel de estudios

	No universitarios (1) (n=339)		Diplomatura universitaria (2) (n=192)		Licenciatura universitaria (3) (n=295)		F global	Eta ²	Compar. post hoc
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Síntomas somáticos	6,33	3,89	6,17	3,94	5,73	3,61	1,61	--	n.s
Ansiedad e Insomnio	6,86	4,70	6,68	4,99	5,69	4,52	4,31*	0,01	1>3**
Disfunción Social	10,86	3,13	10,89	3,37	11,08	2,73	0,71	--	n.s
Depresión Grave	3,16	3,97	2,19	3,03	1,83	3,30	7,60**	0,01	1>2** 1>3***

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Respecto a las diferencias univariadas en función del nivel de estudios, una vez controlado el efecto del estrés, los análisis univariados de covarianza indicaron que se daban diferencias significativas en ansiedad e insomnio y en depresión grave. Las comparaciones *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las diferencias significativas eran en depresión, teniendo los dos grupos de estudiantes universitarios niveles inferiores al de los estudiantes no universitarios, y en ansiedad, puntuando los estudiantes de licenciatura menos que los que cursaban estudios no universitarios (véase tabla 3).

Discusión

Aunque el porcentaje de varianza explicado es, en general, muy bajo, los resultados de este estudio indican que algunos síntomas del estudiantado difieren en función del género, pero también varían según el nivel de estudios y, sobre todo, con el estrés diario que experimentan. Una vez controlado el efecto de éste, no encontramos diferencias significativas entre mujeres y hombres en sintomatología depresiva, lo cual indica que el estrés parece ser un mediador relevante de las diferencias de género en depresión, al menos en el de las personas estudiantes en transición a la vida adulta. Y nuestros resultados también parecen apoyar, en alguna medida, las hipótesis que plantean que las diferencias en depresión entre mujeres y hombres surgen de las diferencias en estatus, empleo y en las responsabilidades familiares y tareas del hogar que conllevan los roles adultos (véase, por ejemplo, Mirowsky, 1996). Así, nuestra muestra estaba integrada por personas que aún no habían formado una familia (todas eran solteras y sin hijos/as) y en las que el género no implicaba diferencias importantes en el estatus, ya que tanto las mujeres como los hombres aún no habían accedido al mundo laboral ni habían experimentado las desigualdades de género comunes en los roles adultos.

Pese a ello, las mujeres informaban de más sintomatología de tipo somático, resultado que coincide con los encontrados en estudios epidemiológicos (cfr. en Regier et al., 1988). Y, aunque el porcentaje de varianza apenas superaba el 1%, también tenían más síntomas de ansiedad e insomnio. Estos resultados coinciden con los encontrados generalmente en la bibliografía, donde se muestra que, a lo largo de todo el ciclo vital, las mujeres tienen más ansiedad que los hombres (véase, por ejemplo, Lewinsohn et al., 1998).

Pese a que el porcentaje de varianza es muy bajo, no superando el 2%, también hemos encontrado que el nivel de estudios parece influir en alguna medida en la salud mental del estudiantado, especialmente en la sintomatología depresiva, que es mayor en los estudiantes de enseñanzas no universitarias. Y también sus síntomas de ansiedad son algo mayores que los de los estudiantes de licenciatura. La razón de estas diferencias no está clara y parece ser independiente del estrés, ya que no encontramos diferencias significativas en estrés en los diferentes grupos de estudiantes. Tampoco la edad parecía ser relevante ya que, aunque la incluimos como covariado, su efecto no fue significativo en ningún caso. También es destacable la ausencia de interacciones significativas entre

el género y el nivel de estudios, tanto en la sintomatología de salud mental como en las medidas de estrés.

Aunque el presente trabajo presenta una serie de limitaciones, tales como la naturaleza transversal del estudio y que el muestreo no es aleatorio, los resultados encontrados indican que, al igual que sucede con los resultados obtenidos por otros autores (véase, por ejemplo, Emslie, Hunt y Macintyre, 1999; Emslie et al., 2002; o Hamilton y Fagot, 1988), son pocas las diferencias entre mujeres y hombres en sintomatología de salud mental; explican un porcentaje de varianza muy bajo, predominando la variabilidad intragrupo sobre la intergrupo; y son, además, relevantes otras variables. Aún así, los resultados de este estudio muestran que el género es una variable que parece estar asociada en alguna medida a la sintomatología somática y de ansiedad del estudiantado, pero otros factores asociados al nivel de estudios también parecen ser relevantes en su salud mental.

Referencias

- Almeida, D. M. y Kessler, R. C. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 670-680.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Aneshensel, C. S. y Pearlin, L. I. (1987). Structural contexts of sex differences in stress. En R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Baruch (eds), *Gender & Stress* (p.p. 75-95). Nueva York: The Free Press
- Bach, A. K., Weisberg, R. B. y Barlow, D. H. (1998). Anxiety disorders. En E. A. Blechman y K. D. Brownell (eds.), *Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook* (p.p. 731-737). Nueva York: The Guilford Press.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M. y Stansfeld, S. (2002). Gender differences in mental health: evidence from three organisations. *Social Science and Medicine*, 54, 621-624.
- Emslie, C., Hunt, K. y Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science and Medicine*, 48, 33-48.
- Fuhrer R., Stansfeld, S. A., Chemali, J. y Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social Science and Medicine*, 48, 77-87.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Hamilton, S. y Fagot, B. I. (1988). Chronic stress and coping styles. A comparison of males and females undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 819-823.
- Heim, C., Newport, J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. y Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284,592-597.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., y McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.
- Klonoff, E. A., Landrine, H. y Campbell, R. (2000). Sexist discrimination may account for well-known gender differences in psychiatric symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 93-99.
- Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-155.
- Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl 377*, 7-10.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. y Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117.
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A. y Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46, 1417-1424.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre, subvencionado por el Instituto Canario de La Mujer.
- Matud, M. P. (2000). *Relación estrés-salud: un análisis de los factores personales y sociales más relevantes en la población canaria*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Andueza, P., Marrero, R. J., Carballeira, M. y López, M. (2002). Diferencias de género en estrés crónico. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 20, 79-91.
- McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52, 547-559.
- Meadows, M. (1989). Personality, stress, and health. Tesis doctoral no publicada. Universidad de York.
- Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 362-380.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 11, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M. y Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Turner, R. J., Wheaton, B. y Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 194-205.

- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science and Medicine*, 4, 393-402.
- Weich, S., Sloggett, A. y Lewis, G. (1998). Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 489-493.
- Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.