

Desigualdades de género en salud mental

Análisis de su medicalización desde la
perspectiva interseccional



Autora: Andrea Cabezas Rodríguez

Directores: Amaia Bacigalupe de la Hera
Unai Martín Roncero

2021



Departamento de Sociología
y Trabajo Social

Desigualdades de género en salud mental

Análisis de su medicalización desde la
perspectiva interseccional



Tesis Doctoral presentada por Andrea Cabezas Rodríguez bajo la dirección
de Amaia Bacigalupe de la Hera y Unai Martín Roncero para la obtención
del Grado de Doctora en Salud Pública

2021

Ilustraciones: Inés Herreros Cobo (@ineshachec) 

Agradecimientos

Ahora, al acabar este proceso de aprendizaje que es la tesis, no solo a nivel académico, sino también personal, lo justo es echar la vista atrás y pensar en todas aquellas personas que lo han hecho posible. Un proceso incierto que nunca sabes ni cuándo ni cómo va a terminar y que sin el apoyo de mucha gente no hubiese visto la luz. En primer lugar, agradecer con especial cariño a Amaia, por haberme dado la oportunidad de participar en un proyecto como este, por el apoyo y la paciencia infinita, por haber allanado el camino y por haberme enseñado tanto durante todo este tiempo, eskerrik asko benetan! Gracias Unai, por haberme orientado durante todo este proceso y por la confianza depositada en mí desde el principio. En general, gracias a los dos, he tenido mucha suerte de contar con vosotros para acompañarme en este camino, seguid transmitiendo esas ganas y pasión por lo que hacéis.

Por supuesto, gracias a las opikeras por su apoyo infinito, especialmente en la etapa final, llena de agobios y preocupaciones. No creo que hubiese podido encontrar un sitio mejor donde empezar mi etapa investigadora, espero seguir aprendiendo y compartiendo aventuras y proyectos con vosotras. Gracias también a Elena, por animarme a iniciarme en el mundo de la investigación y por estar siempre dispuesta a echar una mano.

Cómo no, agradecer a todas las personas que fuera del plano académico también me han acompañado. Agradecer la comprensión por esas ausencias en momentos especiales, sobre todo, en este tramo final y, aun así, estar siempre dispuestas a intentar compaginar tiempos para vernos. En especial a mis “elegantes”, Ander, Alma, Berna y Eider, porque hay muchas personas con quien estar, pero no con quien ser y con vosotras se puede estar y ser. Alice, por conseguir que abra ese muro y enseñarme que los dramas compartidos son menos dramas. Ane, Leire, Itsaso, Mirena, Karol... por todos esos ratos compartidos. Por supuesto, gracias también a Unai, quién nos iba a decir que un confinamiento perimetral impuesto para separar a las personas iba a ser lo que nos uniese. Gracias por tu comprensión y tu paciencia estos últimos meses, que, aunque no ha sido fácil, has estado siempre ahí con una sonrisa.

Por último, agradecer a mi familia, a mi ama y mi aita por inculcarme la importancia del esfuerzo, la constancia y del trabajo bien hecho, en especial a mi ama por su apoyo infinito en todo aquello que me propongo, incluso cuando no entiende el porqué de mis decisiones. Y finalmente, si hay alguien a quien le tengo que agradecer, no haber acabado la tesis, sino haberla empezado es a mi hermana Cris, gracias tata por todo, por confiar en mí cuando ni yo misma lo hago, por ser mi aliada y saber que pase lo que pase siempre estás ahí. Gracias también por darme a las dos personitas más bonitas de mi vida, Malen y Danel.

Eskerrik asko guztioi!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1. Síntesis inicial..... 9

1.1. Introducción9

- 1.1.1. Presentación y justificación 9
- 1.1.2. Estructura de la tesis..... 11

1.2. Marco teórico12

- 1.2.1. La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud. Evolución histórica y perspectivas actuales..... 12
 - 1.2.1.1. Del modelo biomédico a los modelos sociales de la salud. . 12
 - 1.2.1.2. Las desigualdades sociales en salud 16
- 1.2.2. El género como determinante de la salud de la población 18
 - 1.2.2.1. El género, base de la construcción de las relaciones de poder entre hombres y mujeres 18
 - 1.2.2.2. Teoría de la interseccionalidad: interrelación de las vulnerabilidades sociales..... 20
 - 1.2.2.3. Salud, género e interseccionalidad 21
 - 1.2.2.3.1. El caso de la COVID-19 23
- 1.2.3. La salud mental: desde la postura biologicista hasta perspectivas sociales.....24
- 1.2.4. Las desigualdades de género en salud mental..... 26
 - 1.2.4.1. Evidencia acerca de las desigualdades de género en salud mental..... 26
 - 1.2.4.1.1. Indicadores clínicos de salud mental 27
 - 1.2.4.1.2. Indicadores poblacionales de salud mental..... 28
 - 1.2.4.1.3. La salud mental desde una perspectiva de bienestar..... 30
- 1.2.5. Marcos explicativos de las desigualdades de género en salud mental... 30
 - 1.2.5.1. Perspectiva biologicista: la naturaleza psicológica de las mujeres..... 31
 - 1.2.5.2. Construcción de la subalternidad de las mujeres: trayectoria histórica y situación actual 32

1.2.5.2.1. Poder y presencia de mujeres en la esfera pública.....	35
1.2.5.3. Etiquetaje social desigual: construcción histórica de la salud mental a partir de las subjetividades	40
1.2.5.3.1. Sesgos de género en los instrumentos de valoración del bienestar emocional.....	43
1.2.5.3.2. Sesgos de género del personal sanitario en el etiquetaje de la patología mental	45
1.3. Metodología de la investigación	46
1.3.1. Diseño de la investigación y población de estudio.....	46
1.3.1.1. Revisión de alcance	47
1.3.1.2. Análisis cuantitativo.....	48
1.4. Objetivos e hipótesis de la investigación.....	53
1.4.1. Objetivos.....	53
1.4.2. Hipótesis	54
1.5. Discusión	55
1.6. Bibliografía	64
Capítulo 2. Conclusiones	83
Capítulo 3. Trabajos publicados	86

Resumen

Introducción

La salud mental supone un gran reto para la salud pública. En los últimos años, el aumento de la prevalencia de problemas de salud mental, unido a las estimaciones de su incremento en el futuro la colocan como una de las prioridades a abordar en los próximos años. A nivel internacional, se ha evidenciado que las mujeres, en general, presentan mayores prevalencias de mala salud mental, de diagnóstico de depresión y de ansiedad, así como de consumo de psicofármacos. Además, estas cifras se incrementan en las mujeres pertenecientes a grupos sociales más vulnerables. La explicación a estos datos puede depender de múltiples factores y se han intentado explicar desde diferentes perspectivas, desde las más biologicistas hasta otras más socioculturales. Entre éstas últimas destacan, por un lado, las que se centran en los condicionantes sociales como principales factores explicativos. En este sentido, la segmentación de género del mercado laboral, la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados o la mayor exposición a situaciones de violencia y discriminación en las mujeres aumentarían su riesgo de sufrir patología mental. Por otro lado, otras corrientes señalan que las mayores cifras de diagnóstico y de prescripción de psicofármacos no se deben exclusivamente a la peor salud mental de las mujeres, sino a que existe un proceso de etiquetaje. Esta última se basa en señalar que algunos diagnósticos psiquiátricos son construcciones socioculturales que se han alineado con los atributos emocionales de la feminidad hegemónica, facilitando la catalogación de las mujeres como enfermas mentales.

Objetivo

El objetivo general de esta tesis ha consistido en analizar las desigualdades de género en la salud mental y en el proceso de medicalización de la misma en la población española desde una perspectiva interseccional. Así como, intentar identificar algunos de los factores explicativos más relevantes de las desigualdades de género en salud mental.

Métodos

Se realizó una revisión de alcance, así como un análisis cuantitativo. Respecto a la revisión, se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos publicados entre 2010-2019 en Pubmed, Scopus, Web of Science y PsycInfo de estudios que analizaran el papel de las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados, y el apoyo social como

determinantes intermedios que explican las desigualdades de género en la salud mental. Se buscaron artículos en castellano e inglés referentes al Área Económica Europea en población de 25 a 65 años. Para el análisis cuantitativo se utilizaron los datos de la Encuesta Europea de Salud en España (2014) y de la Encuesta Nacional de Salud de España (2017). Para el análisis de las desigualdades de género en salud mental se calcularon las prevalencias brutas y estandarizadas de mala salud mental y de diagnósticos de depresión y/o ansiedad para cada sexo según la clase social y el nivel educativo. Las desigualdades de género en la medicalización se calcularon mediante razones de prevalencia (RP) de mujeres respecto a hombres de diagnóstico de depresión y/o ansiedad y de consumo de psicofármacos mediante modelos de Poisson de varianza robusta, ajustados por edad, sintomatología depresiva, visitas a atención primaria y diagnóstico de depresión en el caso del consumo de antidepresivos. Para el análisis interseccional se siguió la misma metodología descrita, pero segmentando las RP por los diferentes grupos sociales.

Resultados

Las mujeres presentaron prevalencias más altas de mala salud mental y de diagnóstico de ansiedad y/o depresión, siendo mayores en los grupos sociales más vulnerables. La revisión mostró que las características del mercado de trabajo afectan de manera diferente a la salud mental de hombres y mujeres. Mientras a los hombres les afectan más las condiciones de empleo, la salud mental de las mujeres se ve condicionada por las condiciones de trabajo adversas. Asimismo, también se encontró que el trabajo doméstico y de cuidados supone una carga extra para las mujeres, unido a la necesidad de compaginar con la esfera laboral acaba teniendo repercusiones negativas en su salud mental. Además, también se halló que el apoyo social es un factor protector de la salud mental de las mujeres. En el caso de la medicalización de la salud mental, se observan desigualdades de género que se traducen en un mayor diagnóstico y una mayor prescripción de psicofármacos en las mujeres, que se vuelven más intensas en los grupos socioeconómicamente peor posicionados y volviéndose inexistentes en los grupos sociales más privilegiados.

Conclusiones

Existen desigualdades de género en la salud mental de la población española que se ven agravadas en los grupos sociales menos privilegiados. El papel que juegan los determinantes intermedios en esas desigualdades es heterogéneo, afectando de manera desigual a la salud mental de hombres y mujeres. Asimismo, existen desigualdades de género en la posible medicalización de la salud mental de las mujeres, volviéndose más intensa en las mujeres socioeconómicamente peor posicionadas. Es precisa la puesta en marcha de políticas dirigidas a reducir las desigualdades de género a diferentes niveles, ya que esto redundará en una disminución en la brecha de género en salud mental. Además, es necesario incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud mental, así como en la formación de los y las profesionales. Por último, es indispensable repensar el modelo de práctica clínica redirigiéndolo hacia una asistencia menos biologicista y medicalizada de la salud mental.



Capítulo 1. Síntesis inicial

1.1. Introducción

1.1.1. Presentación y justificación

La salud mental, en los últimos años, se está convirtiendo en un importante problema de salud pública. La OMS (1) calcula que en el mundo hay unos 450 millones de personas con algún tipo de patología mental, estimando que el 4,4% de la población mundial padece depresión y un 3,8% ansiedad, cifras que van en aumento. Además, el deterioro de la salud mental está asociado con altas tasas de morbilidad, discapacidad y mortalidad, suponiendo un gran impacto socioeconómico, no sólo por los costes derivados de la pérdida de la productividad laboral, sino también por el coste de los cuidados profesionales y familiares que genera (2).

A nivel internacional, numerosos estudios han constatado que las mujeres presentan peor salud mental que los hombres (3,4). Sin embargo, esto varía según el tipo de diagnóstico analizado. Mientras que las mujeres presentan mayores cifras de ansiedad y depresión, en el caso de otras patologías como el consumo de sustancias, las cifras se invierten, y son los hombres los que presentan prevalencias más elevadas (2,4). Asimismo, respecto al consumo de psicofármacos, la literatura nos muestra que se les prescriben muchos más psicofármacos a las mujeres y que este hecho no responde a su peor salud mental (5).

Ante este escenario, se nos plantean las siguientes preguntas: *¿Existen desigualdades de género en la salud mental de la población española?, ¿y en la medicalización de la misma?*;

¿es posible que esas desigualdades se vean incrementadas al incluir otros ejes de desigualdad social?

La consulta médica, lugar donde se le da nombre al malestar psicológico y donde se le intenta buscar una solución, es a su vez el espacio donde aterrizan los múltiples sesgos de género en la atención de este tipo de malestares. La escasa investigación alrededor de los sesgos de género en el proceso diagnóstico en consulta señala que, ante misma expresión de síntomas, los y las profesionales sanitarios tienden a diagnosticar más frecuentemente de ansiedad y/o depresión a las mujeres (6,7). Asimismo, la prescripción de psicofármacos también es más alta en las mujeres, sin que ello esté justificado por un mayor número de diagnóstico de trastorno mental (8). Es probable que la explicación a la medicalización de la salud mental de las mujeres no pueda atribuirse a una única causa, sino que dependa de diferentes factores, no obstante, el androcentrismo -perspectiva que surge de la experiencia social masculina, lo que implica la equiparación de lo masculino con lo humano en general, constituyendo, así, a los hombres como la norma (9)- en la construcción de la ciencia y, en concreto en la psiquiatría, va a jugar un papel clave en la medicalización de la salud mental de las mujeres.

El androcentrismo perjudica claramente a las mujeres porque las invisibiliza a ellas y a sus especificidades. El enfoque histórico únicamente masculino en la investigación clínica ha generado una ausencia de conocimiento en cómo muchas enfermedades afectan a las mujeres, ya que la construcción de las ciencias se ha basado en las experiencias y discursos de los hombres. Además, históricamente, las investigaciones que incluían mujeres tendían a enfocarse en aspectos relacionados con la salud reproductiva, generando numerosos sesgos de género en la investigación y en la práctica clínica (10,11). La psiquiatría no ha sido ajena a todo esto y ha contribuido a la justificación de la subordinación femenina y la construcción de la feminidad. En lugar de centrarse en jerarquización patriarcal existente, en la repercusión que el contexto social y las experiencias de subordinación tienen en la salud mental, se ha enfocado hacia la individualización y medicalización de los malestares, desde una visión ajena al género. De hecho, muchos estudios recientes realizados en el campo de la psiquiatría no están teniendo en cuenta la importancia del género en la salud mental, con los sesgos que ello implica en la creación de la evidencia (12). Esta ausencia de perspectiva de género en la psicopatología determina el modo en que se percibe un problema y su abordaje posterior. Como señala Sáenz Herrero (4), resulta necesario replantear la psicopatología teniendo en cuenta el género, ya que las formas de enfermar y de manifestar el malestar psíquico pueden variar en función de la identidad y la subjetividad, es decir, lejos de buscar un lenguaje científico único, se trataría de reconocer la complejidad del lenguaje psicopatológico.

Esta tesis parte con el objetivo principal de analizar las desigualdades de género en salud mental, así como en el proceso de medicalización de la misma en la población española. Se ha intentado aportar resultados que se consideran de relevancia tanto desde el plano social como político, en tanto que las desigualdades de género en la salud mental y en su medicalización suponen un reto tanto a nivel nacional como internacional.

Gran parte del trabajo realizado para esta tesis se enclava dentro de un proyecto del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de la convocatoria 2018 de proyectos I+D+i «Retos de investigación». Ref. RTI2018-098796-A-I00.

1.1.2. Estructura de la tesis

La estructura de la presente tesis se organiza en tres capítulos principales de acuerdo al formato establecido por la UPV/EHU para la presentación de las tesis por compendio de publicaciones: el primero constará de una introducción, donde se realizará una revisión del marco teórico y del estado de la cuestión en el que se enmarca el análisis empírico realizado. Asimismo, este primer capítulo contará con las herramientas y estrategia metodológica empleadas. La descripción de los objetivos de la investigación y las hipótesis de las cuales se parte también estarán incluidas en este primer apartado. Por último, el capítulo 1 recopilará, a modo resumen, los resultados obtenidos y la discusión de los mismos. A continuación, el capítulo 2 constará de la síntesis de las conclusiones de la tesis. Finalmente, el tercero lo formarán los tres artículos publicados que ha dado como resultado la elaboración de esta tesis.

El índice de capítulos con sus contenidos principales será el siguiente:

Capítulo 1: Síntesis inicial

- 1.1. Introducción
- 1.2. Marco teórico
- 1.3. Herramientas y estrategia metodológica
- 1.4. Objetivos e hipótesis
- 1.5. Resumen de resultados y discusión
- 1.6. Referencial bibliográficas

Capítulo 2: Conclusiones

Capítulo 3: Trabajos publicados

1.2. Marco teórico

1.2.1. La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud. Evolución histórica y perspectivas actuales

1.2.1.1. Del modelo biomédico a los modelos sociales de la salud.

La salud es un concepto difícil de definir, ya que engloba diferentes dimensiones y varía en función del contexto geográfico e histórico en el que nos situemos. Incluso dentro de una misma población, lo que cada individuo entiende por salud difiere según el nivel socioeconómico, la edad y el sexo (13). Para intentar definir la salud y sus determinantes, se han desarrollado diferentes modelos conceptuales que van desde teorías más biologicistas hasta modelos más sociales.

El modelo biomédico

Desde el discurso médico tradicional se ha definido la salud como la ausencia de enfermedad, limitando sus determinantes a los factores biológicos y genéticos y, en consecuencia, delegando en el sistema sanitario la salud de la población. Esta definición, muy simplista, es la más extendida, no sólo en el ámbito científico, sino también entre la población general (14). Conceptualizar así la salud precisa de una definición de enfermedad, la cual, usualmente, se ha entendido como la desviación de la norma. No obstante, la definición de la normalidad es compleja en tanto que depende del contexto geográfico e histórico y otorga a quien la define el poder de la construcción discursiva, en este caso, el cuerpo médico. La desviación de la norma, no sólo hace referencia a términos biológicos, sino que, en ocasiones, como en el ámbito de la salud mental, también se ha utilizado la desviación de las normas sociales y morales para definir la mala salud o enfermedad (13). Esto último tendrá gran relevancia para poder entender la construcción de ciertos trastornos mentales y sus implicaciones.

El reduccionismo del modelo biomédico ha hecho que se cuestione su valía al dar una visión individualizada y descontextualizada de la salud y la enfermedad. Entre las críticas a este modelo destacan su escasa utilidad en la mejora de la salud poblacional (15,16), su iatrogenia (17), su uso, en ocasiones, como forma de control social (18), así como la no consideración de los factores sociales en el desarrollo de la enfermedad (19). Asimismo, Menéndez (20) también señaló otros aspectos negativos del modelo biomédico hegemónico como la concepción dualista (mente/cuerpo), su enfoque hacia lo patológico, su a-historicidad y a-sociabilidad, la exclusión de la subjetividad del individuo, la relación profesional sanitario/paciente asimétrica o su tendencia a medicalizar aspectos de la vida cotidiana, entre otros. Dichas críticas, no sólo se han formulado desde perspectivas ajenas a la medicina, sino que dentro de ella también ha tenido sus detractores/as. Sin embargo, y a pesar de que se han producido avances que llevan a la

compresión holística de la salud y la enfermedad, la ciencia médica es reticente a abandonar la perspectiva negativa orientada a la enfermedad, ejerciendo resistencia a concebir la salud como parte de un proceso social.

Los modelos sociales de la salud

En la segunda mitad del siglo XX, la polémica en torno al origen de la disminución de la mortalidad puso en entredicho la efectividad del modelo biomédico, enfrentando dos posiciones. Por un lado, los defensores del modelo biologicista señalaban la mejora de las tecnologías sanitarias como la principal causa para la reducción de las defunciones. Mientras que desde otras perspectivas se defendía que dicho descenso se debía a la mejora en las condiciones de vida de las personas. En este sentido, McKeown (16), analizando el caso de la tuberculosis, demostró que las tasas de mortalidad por esta enfermedad se redujeron antes de la llegada de importantes descubrimientos biomédicos, como la identificación del patógeno que la producía o la vacuna contra esta enfermedad. Así, McKeown (15,16) señaló el limitado papel que los avances médicos supusieron en el descenso de la mortalidad, enfatizando en la relevancia de las mejoras en la alimentación, el acceso a la educación y en la mejora del ambiente físico y social de las personas como origen del descenso en la tasa de mortalidad.

Siguiendo esa línea de investigación, en las últimas décadas se han venido desarrollando teorías acerca de la importancia de los determinantes sociales de la salud. La evidencia científica en este ámbito, aportada desde diferentes disciplinas, como la psicología, la antropología, la epidemiología o la sociología, entre otras, ha puesto de manifiesto la relevancia de tener en cuenta el contexto social en el que viven las personas para analizar la salud y la enfermedad (21,22). Estos modelos sociales, en lo que respecta a los determinantes sociales de la salud, se pueden dividir en tres grandes grupos: por un lado, aquellos que subrayan la relevancia de las relaciones sociales y el apoyo social; por otro lado, los que se centran más en aspectos estructurales como el contexto socioeconómico y político o las condiciones materiales de vida y, finalmente, aquellos que integran los diferentes tipos de determinantes sociales (23).

Los primeros, basados en los factores psicosociales, tienen como base principal el estudio sobre el suicidio de Emilie Durkheim (24). A partir de datos de suicidio en diferentes países, observó que estos guardaban relación con la integración social o las redes sociales. Tras este estudio, otros muchos han analizado la relación entre la salud y los factores psicosociales, evidenciando que aspectos como la integración social, el capital social o las redes sociales influyen en la salud de las personas (25–27). No obstante, aunque, en general, la relación entre el capital social y los resultados en salud es positiva, también se han encontrado resultados contradictorios entre ciertos indicadores de salud y algunas dimensiones del capital social (28). Respecto a las conductas relacionadas con la salud, estudios han mostrado que las personas con niveles más altos de capital social, especialmente en términos de participación social y redes sociales, tienen comportamientos más saludables y se sienten más saludables tanto física como psicológicamente (29). Aunque la evidencia no sea concluyente y, en algunos casos contradictoria, el capital social se considera un importante determinante de la salud de la población, adquiriendo relevancia en dimensiones como las relaciones sociales y el apoyo social (30).

Los segundos destacan la importancia de los factores materiales en la salud de la población. Esta línea de investigación se nutre de la corriente teórica materialista o de la economía política, señalando que el principal determinante de la salud es el entorno socioeconómico (31–33). Así, la salud estaría condicionada por la economía y las condiciones de vida materiales que, a su vez, dependen de diferentes factores políticos. En este sentido, los resultados de una revisión (34) que analiza la relación entre las exposiciones políticas (estado de bienestar, la tradición política, la democracia y la globalización) y la salud materno infantil mostraron que los estados de bienestar más generosos tienen efectos beneficiosos en los resultados de salud y mortalidad de dicha población, al mejorar mediante políticas las condiciones sociales de las personas. Asimismo, la tradición política de centro izquierda parece ser beneficiosa para indicadores como el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil. Estos resultados van en consonancia con otra revisión previa (35) que apuntaba que los estados de bienestar más generosos, la tradición política de centro izquierda y la democracia se asociaban generalmente de manera positiva con diversos resultados de salud de la población.

Por último, estarían los modelos integrales que aúnan un amplio conjunto de factores determinantes de la salud. Si bien es cierto que los avances producidos en el ámbito sanitario han contribuido a la mejora de la salud de la población, éstos son limitados en comparación al efecto positivo que se produce en indicadores como la esperanza de vida o la mortalidad como consecuencia de las mejoras en las condiciones de vida de las personas. En base a ello, la salud sería el resultado de las condiciones en que las personas viven, trabajan, se relacionan y envejecen (36). Entre estos modelos, uno de los más extendidos para representar el amplio conjunto de factores que determinan la salud es el propuesto por Dahlgren y Whitehead (37) (figura 1).



Figura 1. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (37), adaptación de Acheson (38)

Este modelo muestra los determinantes de la salud a través de capas de influencia. En el centro del semicírculo se sitúan los factores, en principio, no modificables, como la edad, el

sexo y los factores hereditarios. Estos se encuentran rodeados por las conductas relacionadas con la salud, como la actividad física, el consumo de alcohol o la alimentación. El siguiente estrato estaría constituido por todos aquellos factores vinculados con las relaciones sociales y comunitarias. A continuación, la cuarta capa la formarían aspectos como las condiciones de vida y trabajo o el acceso a bienes y servicios básicos como la vivienda o el sistema sanitario y, finalmente, el último estrato correspondería a las condiciones socioeconómicas, culturales y medio ambientales, las cuales ejercen su influencia en las demás capas, condicionando en última instancia la salud de las personas y comunidades (39).

Diferentes estudios que han analizado la relación entre los determinantes sociales y la salud han evidenciado el efecto que la exposición a ciertas circunstancias tiene en la salud de las personas. Por ejemplo, en el ámbito laboral, el desempleo se asocia con hipertensión arterial e hipercolesterolemia (40), aumento de la tasa de suicidios (especialmente en hombres) (41), peor salud autopercebida (42) y mayor riesgo de depresión (43), así como peores conductas relacionadas con la salud (44,45). Asimismo, la precariedad laboral está relacionada con un aumento de la morbilidad psiquiátrica (46) y un incremento en el riesgo de sufrir un accidente laboral (47). Otro factor determinante de la salud de la población, particularmente de las mujeres debido a su desigual reparto (48,49), es el trabajo doméstico y de cuidados. La sobrecarga que supone cuidar de personas en situación de dependencia, especialmente de personas mayores y/o hijos/as, genera efectos negativos en la salud mental y física (50,51), además de condicionar la estructura familiar (48,52) y la participación en el mercado de trabajo de la persona cuidadora (53).

El entorno físico y social en el que vivimos también ejerce su influencia en la salud de la población. En este sentido, estar expuesto a ruido excesivo o respirar aire de mala calidad tendrá consecuencias para la salud. En el caso de la contaminación acústica, esta puede derivar en pérdida auditiva (54), así como generar trastornos del sueño (55). Por su parte, la contaminación ambiental se ha relacionado con una menor esperanza de vida (56), cáncer de pulmón (57) y asma, esto último tanto en población adulta (58) como en infantil (59). Otro aspecto relevante del entorno físico es la disponibilidad de espacios verdes, ya que su presencia favorece la práctica de actividad física al aire libre (60), mejora la salud mental (61) y la salud autopercebida (62). Asimismo, cuestiones como la planificación urbana, el diseño de los espacios y de los equipamientos urbanos o la disponibilidad de productos saludables también serán factores importantes para la salud. En este sentido, la disponibilidad de espacios y equipamientos de uso público, facilita el encuentro social, incrementando el sentido de comunidad y promoviendo la cohesión social (63).

Según este modelo, la salud sería una cuestión socialmente determinada y, en consecuencia, un mayor nivel de salud dependerá de los recursos destinados a mejorar dichos determinantes sociales. Por ello, más allá de hacer hincapié en campañas dirigidas a la modificación de conductas individuales -las cuales se ha evidenciado que por sí solas no son suficientes para la mejora de la salud poblacional-, desde este modelo se plantea el diseño de políticas públicas dirigidas a la mejora de las circunstancias de vida de las personas como estrategia para mejorar la salud de la población.

1.2.1.2. Las desigualdades sociales en salud

La distribución en la población de los determinantes de la salud no se produce de forma equitativa, sino que la posición que ocupa cada persona en la sociedad va a determinar su nivel de salud. Esta distribución desigual genera desigualdades sociales que se verán reflejadas en los diferentes resultados de salud. A pesar de que la salud de la población ha mejorado en las últimas décadas y que la esperanza de vida ha aumentado, estas mejoras no han sido homogéneas ni entre países, ni dentro de los propios países. Estas diferencias en salud, que podrían ser variaciones debidas a factores intrínsecos de las personas, se convierten en desigualdades en salud al producirse de manera sistemática y en ciertos grupos concretos. Las características definitorias de las desigualdades sociales en salud son, primero, que son sistemáticas, es decir, no siguen un patrón aleatorio, sino que las personas de grupos socioeconómicamente más vulnerables presentan peores resultados en salud, repitiéndose esto en los diferentes territorios. Segundo, están socialmente producidas, es decir, no están determinadas por factores biológicos y, por tanto, pueden ser modificadas y, por último, son injustas (36).

Numerosos estudios han evidenciado la existencia de éstas desigualdades entre diferentes grupos sociales. Estas desigualdades sociales en salud se producen en gran cantidad de indicadores de salud, como la mortalidad infantil (64), la esperanza de vida (65), las enfermedades cardiovasculares (66), la autopercepción de la salud (67), la salud mental (68) o la adopción de conductas no saludables (69), entre otros, donde los grupos socialmente más desfavorecidos presentan los peores resultados. Además, es importante destacar que estas desigualdades no se producen solo entre grupos extremos, sino que afectan al conjunto de la población y, en general, a medida que se desciende en la escala social, los indicadores de salud también lo hacen, es lo que se conoce como gradiente social de la salud (70). Este gradiente social ha sido evidenciado en diferentes estudios, que muestran como a medida que desciende el nivel socioeconómico aumentan los resultados adversos en salud. En este sentido, según los diferentes ejes de estratificación social, las personas migrantes, las de nivel educativo o de clase social baja o las mujeres son grupos socialmente más vulnerables y eso se verá reflejado en sus peores resultados en salud.

En un intento por explicar los mecanismos que generan y perpetúan las desigualdades sociales en salud, se han desarrollado marcos explicativos que recogen la interacción entre los diferentes determinantes de dichas desigualdades. Uno de ellos es el elaborado por la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud (71), elaborado a partir de los modelos propuestos por Solar e Irwin (72) y Navarro (73) (Figura2). Este marco se basa en la explicación de las interacciones entre los determinantes estructurales y los determinantes intermedios de la salud como origen de las desigualdades sociales en salud.

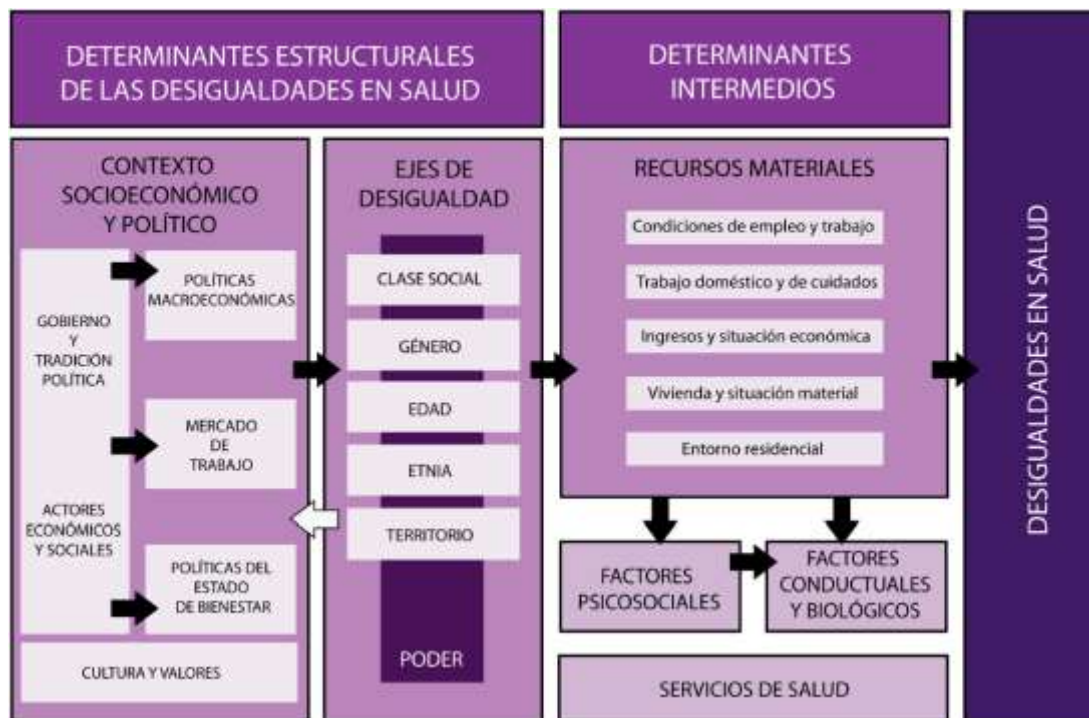


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud (71)

Como se ve en la figura 2, los determinantes estructurales hacen referencia al contexto socioeconómico y político, son aquellos que afectan a la estratificación social y distribución de recursos dentro de la sociedad. Entre ellos se incluyen, por ejemplo, la tradición política del gobierno o los actores económicos y sociales, determinantes en las políticas macroeconómicas y públicas. Los ejes de desigualdad, como el género, la clase social o la edad, establecen jerarquías de poder, que suponen posiciones sociales desiguales que conllevan diferentes exposiciones a riesgos para la salud, así como disponibilidad desigual de recursos para hacerles frente, limitando las oportunidades para que las personas puedan disfrutar de buena salud. El otro gran bloque, formado por los determinantes intermedios, se ve influenciado por la posición social desigual y, en consecuencia, se producen desigualdades en su distribución. Los determinantes intermedios, que hacen de puente entre los determinantes estructurales y la salud, incluyen, por un lado, los recursos materiales, es decir, las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados, los ingresos y la situación económica, la calidad de la vivienda y las características del barrio de residencia. Dentro de los determinantes intermedios también se encuentran los factores psicosociales como las redes sociales, los factores conductuales como la práctica de actividad física o el consumo de tóxicos, así como los servicios de salud, los cuales también pueden ser generadores de desigualdades en salud (74).

Es preciso destacar el gran impacto que las desigualdades sociales tienen en la salud de la población. Estudios que han comparado las muertes atribuidas a diferentes factores de riesgo han mostrado que las muertes atribuidas a las desigualdades por nivel educativo eran superiores a las causadas por el consumo de tabaco (75,76), uno de los factores históricamente más estudiados como generadores de enfermedad. La relevancia que las desigualdades sociales tienen en la mortalidad ha sido corroborada por estudios posteriores (77). Además, no parece que las desigualdades sociales estén disminuyendo, sino que, según algunos estudios, en ciertos indicadores de salud, así como en la esperanza de vida, las diferencias entre grupos sociales

parece que van en aumento (78). Por ello, la reducción de las desigualdades sociales en salud, teniendo en cuenta el gradiente social, debería contemplarse como una prioridad para mejorar la salud de la población (79).

1.2.2. El género como determinante de la salud de la población

La OMS ha señalado al género como un determinante clave en la salud de las personas, ya que interactúa con las diferencias biológicas y los distintos factores sociales determinando la forma de enfermar de hombres y mujeres (80). Los roles asignados a hombres y mujeres en la sociedad, tienden a ser valorados de manera desigual, teniendo mayor prestigio los desempeñados por los varones. Esto afecta al acceso y control de los recursos, limitando el desarrollo personal y la toma de decisiones relacionadas con la protección de la propia salud. Asimismo, los atributos de identidad tradicionalmente asignados a hombres y mujeres (masculinidad y feminidad) también se han relacionado con la mortalidad y la exposición a riesgos para la salud. En consecuencia, se generan desigualdades de género en los riesgos de enfermar, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud (81,82).

En el desarrollo de esta tesis, un aspecto relevante es el concepto de género. Por ello, antes de analizar la influencia que este ejerce en la salud, es preciso entender la construcción de la subordinación en términos de género y, así, comprender los mecanismos por los cuales el género actúa en la salud de hombres y mujeres.

1.2.2.1. El género, base de la construcción de las relaciones de poder entre hombres y mujeres

Antes de dar una aproximación al concepto género es preciso señalar que los términos sexo y género no comparten significado, aunque, en ocasiones, se utilicen de manera indistinta. Mientras que el término sexo se utiliza de forma binaria para hacer referencia a las diferencias anatómicas y fisiológicas que definen los cuerpos de hombres y mujeres, el término género hace referencia a los roles, las características, comportamientos y las oportunidades definidas por la sociedad para hombres y mujeres (83). No obstante, existen ramas del pensamiento desde las cuales se cuestiona el origen biológico del sexo, señalando que es una materialización corporal como consecuencia de reiteradas prácticas normativas. Así, no existiría un sexo biológico y un género construido, sino que son cuerpos culturalmente contruidos, sin la posibilidad de un sexo “natural”, ya que el sexo siempre estaría mediado por la cultura y la lengua (84).

El feminismo, definido por Victoria Sau (85) como “un movimiento social y político que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación y explotación de que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado”, tiene su origen formal en el siglo XVIII con la obra “Vindicación de los derechos de la mujer” de Mary Wollstonecraft (86). Pese a que anteriormente ya se había

denunciado la situación de las mujeres por el hecho de serlo, esas denuncias no se consideran feministas al no cuestionar el origen de la subordinación femenina. El primer feminismo ilustrado puso encima de la mesa la falta de igualdad entre hombres y mujeres, criticó los privilegios masculinos y señaló que las relaciones de poder entre hombres y mujeres no eran consecuencia divina ni natural, sino el resultado de una construcción social (87).

En el siglo XIX, el sufragismo continuó con la lucha de las mujeres por la adquisición de derechos, logrando en 1917 el voto femenino en Inglaterra y en 1917 en Estados Unidos, seguidos por el resto de países de renta alta. Sin embargo, todavía quedaban muchos derechos por reivindicar como el acceso a los estudios superiores y a todas las profesiones, así como el derecho a administrar sus propios bienes (87).

Tras la Segunda Guerra Mundial, el movimiento feminista pasaba por un momento de decadencia. Con la consecución del voto femenino y el acceso a la educación superior, unido a la baja natalidad de la época, de la cual se culpó a la independencia adquirida por parte de las mujeres, muchas optaron por abandonar la militancia (88). Sin embargo, en esa época, Simone de Beauvoir, con su libro "El segundo sexo" (89), puso los cimientos teóricos para una nueva fase, dando un nuevo impulso al feminismo. En su libro defiende que las mujeres siempre han sido *la otredad*, mientras que los hombres siempre han ocupado el centro, ostentando el poder, generando, así, una posición de asimetría. Beauvoir concluye que no hay explicación biológica ni natural para la subordinación de las mujeres, sino que la explicación radica en a quién se le concede más valor cultural. Pese a que no utiliza la palabra género, con su frase "*No se nace mujer, se llega a serlo*" separa lo biológico de lo cultural, señalando al género como un constructo social y sentando las bases para la construcción de la teoría del género. El concepto de género, eje central de la teoría feminista, parte de la idea de que lo femenino y lo masculino no tienen un origen natural, sino social. En consecuencia, el género se convierte en una cuestión política al trasladarse la subordinación de las mujeres al ámbito de la responsabilidad humana y, por lo tanto, también la oportunidad de cambiarlo (83).

En la década de los 80, surge una línea teórica muy importante cuyo eje gira en torno a la deconstrucción de la identidad y del sistema sexo/género, la teoría *Queer* (90). Una de las autoras más destacadas en este ámbito es Judith Butler (84), la cual, a partir del postestructuralismo, plantea el concepto de *proliferación de géneros*, entendiendo el género como una construcción que se representa de forma continua. Así, desde el feminismo postmoderno y la teoría *Queer* se pretende romper con el sistema heterocentrado, las identidades fijas y estables sexo/género, cuestionando la lógica binaria del dimorfismo sexual y de género (91). Esta nueva línea teórica añade complejidad al debate entre las realidades materiales, la identidad y las estructuras de poder.

Según Ortiz (9), la utilización de terminología teórico feminista en referencia al género puede tener dos acepciones. Por un lado, un *sistema de relaciones* sociales, simbólicas y psíquicas en las que tanto las mujeres como aquello considerado femenino ocupan una posición de desventaja con respecto a los hombres y lo que es considerado masculino y, por otro lado, una *categoría de análisis científico*, que permite analizar la construcción y transformación de estas relaciones y, así, hacer una aproximación a la comprensión de las diversas formas de interacción social. La consideración del género como una categoría de análisis científico ha

posibilitado ir más allá del concepto sexo, bastante esencialista, permitiendo entender a hombres y mujeres como entidades sociales, políticas y culturales.

Por su parte, Harding (92) señalaba que el concepto de género se compone de tres elementos clave. Primero, el componente estructural, que señala las formas de organización social y división del trabajo. Segundo, el elemento simbólico, expresado mediante atribuciones a dos formas ideales de ser humano y, finalmente, el componente individual, que repercute en la identidad de las personas y en el autorreconocimiento de sí mismas y de sus cuerpos. Como señalaba Joan Scott (93) el género es *“un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos”*, así como *“una forma primaria de relaciones significantes de poder”*, es decir, las relaciones construidas entre hombres y mujeres siguen un orden jerárquico basadas en símbolos culturalmente disponibles sobre la diferencia sexual y que actúan desde los procesos sociales identitarios más básicos donde se desarrollan las personas.

La definición de género, al igual que la de salud, también ha variado a lo largo de la historia debido a la subjetividad de sus contenidos, ya que lo que define cómo deben ser y comportarse hombres y mujeres varía a lo largo de los años y entre diferentes culturas. En las sociedades occidentales, la noción de género es el resultado del heteropatriarcado hegemónico que todavía a día de hoy impera en ellas. Los sistemas de género, independientemente del momento histórico, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, no desde la complementariedad en igualdad de condiciones, sino desde un orden jerárquico. El género no representa la asignación de papeles biológicamente predispuestos, sino que son un medio de conceptualización cultural y organización social, legitimados mediante criterios normativos y simbólicos que conforman identidades subjetivas (94). En este sentido, como señala Hernando (95), es precisa cierta prudencia en la utilización del concepto género, ya que conlleva el riesgo de naturalizar las identidades patriarcales asociadas a los hombres y mujeres, es decir, como el género hace referencia a rasgos diferenciados cerrados para ambos sexos, se podría llegar a dar por naturales dichos comportamientos, dando la razón al discurso social que refuerza el orden patriarcal. Es preciso dinamizar y flexibilizar los rasgos de identidad evitando el encasillamiento de lo femenino y lo masculino a los cuerpos de mujeres y hombres. Por ello, según Hernando (95), el concepto género debe utilizarse como una forma de hacer referencia a las identidades complementarias y desiguales de hombres y mujeres, pero no de forma universal para todos los hombres y mujeres.

1.2.2.2. Teoría de la interseccionalidad: interrelación de las vulnerabilidades sociales

Mientras que el feminismo blanco se origina durante la Ilustración, haciéndose eco de la racionalidad del pensamiento ilustrado, el feminismo negro se funda en un contexto esclavista, incluyendo en su discurso distintos saberes y sujetos sociales. Una de las referencias en el origen del feminismo negro es el discurso de Sojourner Truth *“Ain't I a Woman?”* en 1851, donde deconstruye la categoría hegemónica de mujer (mujer blanca), criticando cómo el sistema hegemónico define a las mujeres negras como no-mujeres y reivindicando la propia

identidad como mujer. Su objetivo era no sólo liberar a las mujeres negras de la opresión racista, sino también de la sexista (96). El feminismo negro cuestiona el feminismo occidental, burgués y blanco por el racismo que implica la universalidad de la categoría mujeres, al no reflejar la realidad de aquéllas racializadas y procedentes de territorios colonizados. No tener en cuenta las interrelaciones entre género, raza, clase social y sexualidad omite la actuación histórica conjunta del racismo y la colonialidad (97).

En este sentido, las feministas antirracistas han reivindicado que el género no actúa de manera aislada, sino que interactúa con otras vulnerabilidades preexistentes, como la raza o la clase social, aumentando las desigualdades. A esta interrelación entre diferentes ejes de estratificación social se le ha denominado *interseccionalidad* (98). A pesar de que el concepto de interseccionalidad fue introducido por Kimberlé Crenshaw en 1989, la perspectiva interseccional ya había sido expuesta por otras autoras previamente. Crenshaw, abogada y profesora estadounidense, define la interseccionalidad como el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegios en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales (98). A través de diferentes casos legales en los que se vieron involucradas mujeres negras, quiso mostrar la invisibilidad jurídica de las diferentes formas de opresión que experimentaban estas mujeres. Su principal objetivo fue crear categorías jurídicas para poder luchar contra discriminaciones múltiples e interdependientes, subrayando que el análisis de un solo eje distorsiona la multidimensionalidad de las experiencias de las mujeres negras. En este sentido, Crenshaw (99) señalaba que los miembros más privilegiados de cada grupo marginan a aquellos que experimentan una carga múltiple dentro de su mismo grupo, invisibilizando aquellas experiencias que no son el resultado de fuentes discretas de discriminación. En el caso de la discriminación racial, la atención se centra en las experiencias de los hombres negros más privilegiados, mientras que el paradigma de la discriminación sexual, tiende a basarse en las experiencias de mujeres blancas, quedando fuera de ambos análisis las experiencias de las mujeres negras. Tener en cuenta únicamente a las personas más privilegiadas dentro de un grupo supone una visión distorsionada del racismo o del sexismo, al dar solo cuenta de las experiencias que únicamente representan a un subgrupo de una realidad mucho más compleja.

Las experiencias interseccionales, no sólo hacen alusión al género y la raza, sino a todas aquellas que interrelacionan diferentes categorías dentro de un mismo grupo, como pueden ser también la clase social o la orientación sexual (100). Dorling (101) resaltaba que el concepto de interseccionalidad ha permitido desgranar el modelo hegemónico de *la mujer* como algo universal que abarca a todas, facilitando la visión de experiencias de mujeres pobres o racializadas como resultado de la intersección entre género, clase social y/o raza.

1.2.2.3. Salud, género e interseccionalidad

En lo que respecta a la salud, el género adquiere gran relevancia, ya que como ha demostrado la evidencia, la salud de hombres y mujeres no solo es diferente, sino que también es desigual. Por un lado, es diferente porque existen diferencias a nivel biológico (genéticas y fisiológicas) que hacen que, en función del sexo, tanto la salud como los riesgos de enfermar, sean diferentes y, por otro lado, es desigual por la existencia de factores sociales, parte de ellos

explicados por el género, que sitúan a mujeres y hombres en diferentes esferas sociales, afectando a sus trayectorias vitales y a su estado de salud. Asimismo, las construcciones de masculinidad y feminidad creadas a partir de las diferencias sexuales también ejercen influencia en la salud de las personas (82).

Dentro del campo de estudio de las desigualdades de género en salud, un aspecto relevante es el hecho de que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, pero a su vez, también presentan peores resultados en salud (81,102). Esto ha sido explicado desde el efecto desigual que la construcción social del género tiene en la salud de hombres y mujeres. En este sentido, la masculinidad hegemónica empuja a los hombres a demostrar su fuerza y a rechazar sentimientos de miedo, vulnerabilidad o debilidad, lo que conlleva la asunción de riesgos que tienen un gran impacto en la mortalidad prematura como los accidentes de tráfico o los suicidios, así como la adopción en mayor medida de conductas poco saludables que también derivan en una menor esperanza de vida, como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, en los últimos años se vienen observando cambios en las relaciones de género, con la consecuente disminución de la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres (102).

Además, la situación de subordinación en términos de poder a la que se ven expuestas las mujeres en las sociedades heteropatriarcales, las expone a vivencias de discriminación y desigualdad a lo largo de todo el ciclo vital, con consecuencias negativas para su salud física y mental (103). De este modo, la segregación tanto vertical como horizontal del mercado laboral (104), la sobrecarga de cuidados y trabajo doméstico que asumen las mujeres (71), así como su mayor dificultad para acceder a puestos de poder y de toma de decisiones (105) las expone a mayores niveles de estrés que acaban influyendo de manera negativa en su salud (106).

Como se ha descrito en la introducción de la tesis, el androcentrismo imperante en la ciencia médica también tiene consecuencias negativas para salud de las mujeres. Así, desde las instituciones médicas también se producen desigualdades de género en el abordaje de ciertas patologías. Estas, también conocidas como sesgos de género, incluyen, por ejemplo, la ausencia de conocimiento en la forma de enfermar y sanar que tiene las mujeres en ciertas patologías como consecuencia de la no inclusión de las mujeres en los estudios (10,11), al asumir al hombre como sujeto universal y extrapolando los resultados obtenidos en los hombres a las mujeres. En este sentido, un ejemplo claro de sesgos de género en la atención sanitaria es el caso del infarto agudo de miocardio, donde al diferir los síntomas entre hombres y mujeres, a las mujeres se les tiende a diagnosticar más tarde que a los hombres y, en consecuencia, se produce un empeoramiento del pronóstico y un aumento de la letalidad (107).

Asimismo, a la hora de valorar la salud de la población también es imprescindible tener en cuenta, no sólo las diferencias entre hombres y mujeres, sino también, dentro de cada categoría, los subgrupos existentes. En el caso de la salud, los diferentes ejes de desigualdad interseccionan entre ellos aumentando las desigualdades en salud de la población, situando a los grupos socialmente más desfavorecidos en especial riesgo de padecer diferentes problemas de salud, así como de experimentar sesgos en su abordaje. De hecho, hay estudios que reclaman la necesidad de incluir la perspectiva interseccional en los análisis y, así, aportar una visión más completa de la realidad que viven las personas y de sus resultados en salud (108). En este

sentido, los estudios con perspectiva interseccional muestran que, en algunos indicadores de salud, como la salud mental (109), la salud autopercibida (110) o en algunas conductas relacionadas con la salud (69), como consecuencia de los efectos combinados de diferentes discriminaciones, las mujeres de mayor edad, las inmigrantes o aquellas que tienen menor nivel educativo o menor clase social presentan peores resultados en salud que las mujeres más jóvenes, autóctonas o aquellas de nivel educativo o clase social alta. Asimismo, la identidad de género y de orientación sexual dominantes en la sociedad también exponen a las personas que no se enmarcan dentro de la cisnormatividad y/o la heterosexualidad a una peor salud al no cumplir con las expectativas que impone la construcción binaria del sexo (111).

1.2.2.3.1. El caso de la COVID-19

La reciente situación de pandemia por la COVID-19 también ha mostrado la importancia de incorporar la perspectiva de género en el análisis de la salud. A nivel estatal, un estudio indicaba que, mientras que el número de diagnósticos fue superior en las mujeres en las diferentes olas, tanto las complicaciones como la letalidad fueron más altas en los hombres (112). Asimismo, este estudio mostraba que los síntomas presentados en hombres y mujeres diferían. Así, síntomas como la fiebre, la disnea, la tos y la neumonía eran más prevalentes en hombres, mientras que otros síntomas como el vómito, la diarrea o el dolor de garganta eran más frecuentes en mujeres.

Pese a que todavía es pronto para sacar conclusiones, ya hay estudios que han intentado explicar estos resultados. En este sentido, aunque las mujeres estén biológicamente protegidas por un sistema inmune que responde más intensamente a las infecciones (113) y tener más probabilidades de percibir la COVID-19 como un problema grave de salud y, en consecuencia, cumplir en mayor medida las pautas preventivas para evitar el contagio (114), el hecho de que el personal de los centros asistenciales y sanitarios esté conformado por una mayoría de mujeres, unido a la asunción por parte de las mujeres de los diferentes tipos de cuidado, tanto dentro como fuera del hogar (115), les ha expuesto en mayor medida a la infección. En el caso de los hombres, el mayor número de complicaciones y de mortalidad podría ser consecuencia de la mayor prevalencia de enfermedades previas (116), así como la mayor adopción de conductas de riesgo, como el tabaquismo (117). Asimismo, el hecho de que los hombres tienden a tardar más en consultar sus patologías con el personal sanitario hace que cuando la infección es detectada los síntomas sean más graves, empeorando el pronóstico. Además, como ha ocurrido con otras enfermedades (118), la diferencia en la expresión de síntomas según el sexo podría haber derivado en un infradiagnóstico de la COVID-19 en las mujeres como consecuencia de no seguir el mismo patrón de síntoma que los hombres, pudiendo estar ante un sesgo de género en el abordaje de la COVID-19.

1.2.3. La salud mental: desde la postura biologicista hasta perspectivas sociales

Al igual que el concepto salud, definir qué es la salud mental resulta complicado, ya que varía en función del momento histórico y geográfico en el que nos encontremos, así como del paradigma científico dominante. Además, la valoración de los síntomas para catalogar a una persona de enferma mental tiene una gran carga subjetiva y el discurso médico dominante en un momento dado va a ejercer una gran influencia en la construcción de la enfermedad mental.

En el siglo XIX, la psiquiatría nace como última especialidad médica reconocida. El hecho de surgir como una rama científica del cuerpo médico la condiciona a orientarse de una forma muy biologicista. En consecuencia, el marco de la psicopatología es el resultado de esa manera biomédica de entender la salud (119). Pese a las diferentes interpretaciones de los sentimientos y actitudes susceptibles de ser catalogados como patológicos, el modelo biomédico sigue siendo el dominante. En este sentido, el DSM-V¹ define el trastorno mental como *"un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental..."* (120). Desde la psiquiatría clásica, la salud mental se reduce a procesos biológicos y, en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas. A partir de que lo mental tiene causa orgánica situada en el cerebro, la salud mental queda reducida a un apartado más de la salud física. Así, la salud mental es entendida como una enfermedad explicada por causas genéticas/biológicas y, por tanto, puede conceptualizarse como trastorno mental, al ser el resultado de desajustes bioquímicos u hormonales. Los pensamientos, sentimientos y acciones problemáticos se consideran signos y síntomas de una patología subyacente y, por tanto, el ideal de tratamiento son las intervenciones médicas, principalmente farmacológicas (121,122).

Así, la psiquiatría, pese a no encontrar una causa orgánica al sufrimiento mental, ha justificado tradicionalmente su conceptualización de la enfermedad mental como una enfermedad física mediante la construcción de diagnósticos en base únicamente a la agrupación de síntomas (119). El principal sistema de diagnóstico que se utiliza actualmente en psiquiatría es el DSM-V (120). El DSM, que ha hecho su traslación como clasificación nosológica del CIE intentando crear diagnósticos a través de la clasificación de síntomas, agrupándolos y dándoles un nombre, no presenta, en muchos casos, una correspondencia orgánica como sucede con los diagnósticos no psiquiátricos. Como señala el psiquiatra Sami Timimi (123), el sistema de clasificación utilizado en medicina es diagnóstico porque está basado en la idea de que a partir de los síntomas y signos que presenta una persona se llega a la comprensión de un proceso patológico, es decir, el diagnóstico es un sistema de clasificación que indica algo sobre la causa que subyace a los síntomas que presenta el individuo, marca el proceso patológico. Sin embargo,

¹ El DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition*) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). Este manual contiene las descripciones y criterios diagnósticos de los diferentes trastornos mentales.

lo catalogado como diagnóstico psiquiátrico, no sería más que una clasificación descriptiva, un sistema de clasificación que describe los síntomas que presenta un individuo, no un diagnóstico. Para ser un diagnóstico debería haber una evidencia física del proceso patológico subyacente, pero no la hay, únicamente se produce una descripción de los síntomas que presenta la persona.

En tanto que la práctica clínica, así como la investigación en salud mental, siguen influenciadas por el modelo biomédico, la forma en que se valore la salud mental y la evidencia creada en torno a ella también seguirán el mismo patrón. En este sentido, la evidencia en torno a los resultados en salud mental se ha generado, sobre todo, a través del análisis de indicadores clínicos (diagnósticos, prescripción de psicofármacos o escalas de salud mental con objetivos diagnósticos) o a través de datos procedentes de encuestas que han abordado diferentes aspectos de la salud mental (124). Esta orientación, a su vez, refleja los esfuerzos de la psiquiatría para estandarizar los criterios diagnósticos materializados en el DSM, en el que los diagnósticos se definen por grupos de signos y síntomas clínicamente significativos. De este modo se mejoraba la credibilidad científica de la psiquiatría y su posición dentro de la medicina (125). Sin embargo, la incapacidad del modelo médico para demostrar una patología orgánica para la mayoría de los trastornos es considerada como uno de sus mayores defectos (126) llevando a cuestionar si estas condiciones pueden considerarse correctamente como enfermedades.

Sin embargo, el modelo biomédico se queda obsoleto para entender y dar respuesta a los malestares psicológicos. El marco positivista que caracteriza a este modelo privilegia lo orgánico y medible frente a lo subjetivo (119,127). Ante esta visión, desde algunas perspectivas sociológicas se señala que la psicopatología se encuentra en el extremo de un continuo con sentimientos, pensamientos y comportamientos similares que caen en el ámbito de la normalidad. Se apunta a que la *locura* es un constructo sociológico basándose en diferentes consideraciones. Por ejemplo, la atribución de locura a pensamientos, sentimientos o comportamientos extremos no siempre es así, sino que dependen del contexto en el que ocurren, ya que, si existe una explicación razonable para estos estados, no son vistos como indicadores de enfermedad mental como, por ejemplo, los sentimientos generados por la muerte de un hijo o hija (128). En consecuencia, identificar un sentimiento o actitud como extremo es relativo a las circunstancias. Asimismo, el hecho de que la atribución de la locura no dependa solo del entorno, sino también de la posición de desigualdad en la sociedad, en el sentido en que se tiende a tolerar la anormalidad en individuos con posiciones sociales privilegiadas, hace que deje de ser un concepto fijo al variar en función de diferentes criterios (129).

En la visión construccionista más extrema, la enfermedad mental no existe de forma material, sino sólo como una abstracción inferida sobre la base de estándares subjetivos y a veces arbitrarios (130). Sin embargo, este tipo de pensamientos, acciones y emociones se experimentan en diferentes culturas, estructuras sociales y momentos históricos, sugiriendo que la construcción social de la enfermedad mental está ligada a una realidad objetiva. No obstante, la interpretación de esa realidad es la que varía ampliamente a lo largo del tiempo y de los contextos.

Asimismo, es preciso señalar que, desde otras perspectivas, se viene reclamando la diferenciación entre el concepto de malestar y de enfermedad mental. Esta reivindicación

procede, en gran parte, de profesionales que han trabajado en el ámbito de la salud mental de las mujeres. Desde esta perspectiva, señalan la necesidad de diferenciar entre *sufrimiento* (malestar, ligado a una situación específica de opresión, donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado) y *enfermedad* (pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas). La construcción del concepto malestar psíquico pretende romper con la dualidad salud-enfermedad y escapar de los criterios médicos hegemónicos utilizados para abordar los problemas de salud mental, reclamando la legitimación de sus necesidades en el discurso social, dándole un sentido a ese malestar, es decir, pasar de la experiencia individual a la colectiva (131).

Las críticas a la visión biologicista de la salud mental no solo han venido desde fuera de la psiquiatría, sino que dentro de la propia disciplina han surgido multitud de miradas críticas a esta forma de entender y tratar la salud mental. En la década de los 60, el psiquiatra Cooper (132) comenzó a utilizar el término *antipsiquiatría*. Este movimiento criticaba la medicalización excesiva de los problemas psicológicos, los potenciales peligros de las etiquetas diagnósticas, así como los internamientos forzados e indiscriminados. Los defensores de la antipsiquiatría rechazaban la psiquiatría médica hegemónica, defendiendo que aquello considerado como trastorno mental era consecuencia de unos valores sociales determinados y no de características patológicas en sí mismas, abogando, a su vez, por una psiquiatría alternativa más social y comunitaria (130). Además, en las últimas décadas han aparecido nuevas voces que señalan la necesidad de devolver el protagonismo al sujeto en el proceso terapéutico, alejándose de las imposiciones del modelo biomédico en el tratamiento de la patología mental (133). Este movimiento, denominado postpsiquiatría, enfatiza los contextos sociales y culturales, antepone la ética a la tecnología y aboga por la minimización del control médico (134). Desde esta perspectiva, se defiende una relación terapéutica horizontal, a la vez que se tiene en cuenta el contexto social de las personas y no sólo el aspecto individual. El o la profesional, a partir de la narrativa del sujeto, tiene que ser capaz de aportar nuevos significados para contextualizar el sufrimiento con el fin de lograr la autonomía y emancipación de los/as pacientes, pasando de sujetos pasivos de un tratamiento a agentes de cambio activo (135).

1.2.4. Las desigualdades de género en salud mental

1.2.4.1. Evidencia acerca de las desigualdades de género en salud mental

De manera sostenida los estudios en torno a la salud mental han mostrado que, en general, las mujeres tienen peor salud mental que los hombres. Numerosas investigaciones han evidenciado mayores prevalencias en mujeres de problemas como la ansiedad, la depresión, trastornos de la conducta alimentaria, así como otros malestares psicosociales con síntomas inespecíficos, mientras que los hombres reportan más frecuentemente problemas mentales relacionados con el consumo de tóxicos o trastornos de personalidad antisocial (4,136). Como consecuencia del marco biomédico en el que se ha construido la psicopatología, la evidencia en

torno a las desigualdades de género en salud mental se ha generado a través del análisis de indicadores mayoritariamente clínicos. No obstante, hay otro tipo de indicadores que también sería interesante tener en cuenta para valorar el bienestar emocional y la magnitud de las desigualdades de género en salud mental entre hombres y mujeres. A continuación, se expone la evidencia disponible en torno a estos diferentes indicadores para analizar las desigualdades de género en salud mental.

1.2.4.1.1. Indicadores clínicos de salud mental

La preponderancia de las mujeres respecto a los hombres en trastornos de salud mental como la ansiedad o la depresión, así como en el consumo de psicofármacos ha sido demostrada a través de diferentes fuentes de evidencia, siendo una de ellas los registros hospitalarios y de atención primaria. Por ejemplo, los registros clínicos de atención primaria del año 2017 en España muestran de forma contundente las grandes diferencias entre hombres y mujeres. En el caso de los trastornos depresivos, la prevalencia es del 5,9% en las mujeres y del 2,3% en los hombres, siendo un 8,8% y un 4,5% respectivamente para los trastornos de ansiedad. Asimismo, la dispensación de psicofármacos en personas mayores de 40 años es muy superior en las mujeres. Mientras que el 12,4% de los hombres ha recibido ansiolíticos y un 7,3% antidepresivos, las cifras en mujeres se duplican, siendo un 24,7% las que toman ansiolíticos y un 17,8% antidepresivos (137) (Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP, Ministerio de Sanidad). Asimismo, datos de Estados Unidos de 2018 muestran que el 8,5% de los hombres y el 12,1% de las mujeres que acudieron a las consultas de atención ambulatoria presentaban diagnóstico de depresión (138). Respecto al consumo de ansiolíticos, datos procedentes de diferentes bases de datos clínicas mostraron que la prescripción en las mujeres era más alta que en los hombres. La información obtenida de un sistema hospitalario japonés mostraba que el 61,3% de las prescripciones de benzodiazepinas se realizaban a mujeres (139). Además, otro estudio con datos del País Vasco señalaba que el 73% de los ansiolíticos vendidos entre 2006 y 2018 habían sido prescritos a mujeres (140). Es preciso puntualizar, que a pesar de que el consumo de psicofármacos, no es una medida directa de salud mental, en diferentes estudios se ha utilizado como un proxy de salud mental y, de ahí, la relevancia de señalar el consumo diferencial de estos fármacos.

Otro tipo de estudios de base clínica han explorado si existe correspondencia entre lo que diagnostican los y las profesionales sanitarios/as y el estado de salud mental de sus pacientes mediante escalas específicas de salud mental. En este sentido, un estudio que analizaba el sobrediagnóstico y el infradiagnóstico de depresión, mostró que los y las profesionales sanitarios/as no especialistas en salud mental infradiagnosticaban la depresión más frecuentemente a los hombres que a las mujeres. Mientras que los especialistas en salud mental sobrediagnosticaban a las mujeres más frecuentemente que a los hombres. No obstante, los índices de depresión fueron consistentemente más altos en mujeres que en hombres, tanto en los juicios clínicos como en las evaluaciones estandarizadas (6), resultados que se repiten en los estudios de Bertakis et al. (141) y Redman (142), este último utilizando dos muestras diferentes, una en atención primaria y otra en una unidad ambulatoria de un hospital general.

En cuanto a la prescripción de psicofármacos, un estudio en pacientes diagnosticados previamente de depresión no mostró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la posibilidad de iniciar terapia antidepresiva tras el diagnóstico (143). Sin embargo, cabe destacar que la información, recogida de una base de datos que almacena información sobre los diagnósticos y prescripciones realizadas por psiquiatras, corresponde a pacientes diagnosticados por primera vez de depresión entre 2010 y 2013, preponderando el número de mujeres con esta patología (60,5%). Asimismo, otro estudio señalaba que el porcentaje de visitas a atención primaria en el que se prescribían ansiolíticos a las mujeres y a hombres era de un 4,2% y un 2,8% respectivamente, siendo un 2,5% y un 1,2% en el caso de los antidepresivos (8).

No obstante, este tipo de indicadores clínicos presenta sus limitaciones. Por un lado, tanto el diagnóstico como la prescripción de fármacos depende del juicio del personal médico, el cual puede estar sesgado por ciertos estereotipos de género al haber interiorizado que las mujeres tienden a ser más depresivas y, por lo tanto, resulte más fácil catalogarlas de depresivas y/o ansiosas y medicarlas que a los hombres. Por otro lado, estos datos no proporcionan información del conjunto de la población, sino de aquellas personas que acuden a las consultas de los servicios sanitarios. En este sentido, hay estudios que señalan que las mujeres por circunstancias relacionadas con el ciclo vital, así como por encargarse en mayor proporción de los cuidados de otros miembros de la familia tienen más contacto con el sistema sanitario y, en consecuencia, es más fácil que puedan recibir un diagnóstico (124).

1.2.4.1.2. Indicadores poblacionales de salud mental

Con el objetivo de intentar salvar las limitaciones de los estudios de base clínica se utilizan otro tipo de métodos con un enfoque epidemiológico basado en encuestas poblacionales, habiendo dos tipos. El primero consiste en encuestas en las que una muestra previamente seleccionada responde a un cuestionario estructurado en la que se incluye algún instrumento de valoración de malestar psicológico como el CES-D² o GHQ-12³. Sin embargo, este método no está exento de limitaciones, ya que a pesar de que con esta metodología se obtiene información sobre el estado mental de la población, este tipo de cuestionarios no se pueden utilizar como diagnóstico de patologías mentales específicas al estar diseñados para medir el malestar psicológico de manera inespecífica. En consecuencia, para hacer frente a esta limitación se utiliza otro tipo de encuestas. En esta segunda estrategia de investigación, una muestra seleccionada responde a una serie de preguntas estructuradas realizadas por una persona entrenada. En este caso, las respuestas de la persona entrevistada proporcionan información sobre los criterios diagnósticos de diferentes trastornos mentales con el objetivo de determinar qué proporción de personas tiene síntomas que encajan con un trastorno mental (124).

² El CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression) es una medida de 20 ítems acerca de la frecuencia con la que se experimentaron síntomas asociados con la depresión durante la última semana. Ayuda a identificar a los individuos en riesgo de depresión clínica (261).

³ El GHQ-12 (General Health Questionnaire) en la versión de 12 ítems es un instrumento auto-administrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos (229).

La evidencia en torno a los indicadores poblacionales sigue el mismo patrón que los resultados de las bases de datos clínicas. Respecto a los trastornos del estado de ánimo, una revisión sistemática que recopilaba artículos entre 1993 y 2002 en población adulta, señalaba que las prevalencias de depresión mayor, así como de distimia eran superiores en las mujeres, tanto la prevalencia puntual como a lo largo de la vida (144), datos que se han corroborado con estudios posteriores (145,146). Además, esta dinámica se repite en diferentes países independientemente del nivel de ingresos del país (147). En cuanto a la edad, a pesar de que las prevalencias suelen ser bajas en la preadolescencia e incluso son los hombres los que presentan peores resultados, durante la adolescencia las cifras en mujeres se disparan, manteniéndose superiores durante toda la vida (148). Esto último también lo refleja un metaanálisis, el cual señala que el pico de mayor desigualdad de género se encuentra en la adolescencia, disminuyendo en los años posteriores, aunque dicha desigualdad se mantiene a lo largo de la vida (149). No obstante, existe cierta controversia, ya que también hay evidencia que describe desigualdades de género más pronunciadas en la población mayor de 65 años(109). Un estudio realizado a partir de los datos de la Encuesta Social Europea que incluía 29 países encontró que en los países con mayor desigualdad de género las mujeres presentaban más frecuentemente síntomas de depresión, hallando las mayores desigualdades de género en la población mayor (150), lo que coincidía con los datos de Seedat (151). Asimismo, en aquellos países con mayor igualdad de género (medida a través del Índice Global de Brecha de Género⁴), la desigualdad de género en la depresión disminuía entre la población más joven (152).

Los estudios centrados en los trastornos de ansiedad son más escasos, ya que en muchas ocasiones se miden de manera conjunta con los trastornos del estado de ánimo, lo que dificulta dar una visión más específica. Las investigaciones que sí los han analizado, muestran que al igual que sucede con la depresión, son las mujeres las que presentan prevalencias más elevadas (153). Según una revisión (3), todos los estudios incluidos en ella mostraban que las prevalencias de trastornos de ansiedad eran aproximadamente el doble en mujeres que en hombres, datos que coinciden con los resultados más recientes de un estudio estadounidense (154), señalando, además, los trastornos de ansiedad como una importante causa de discapacidad, especialmente en mujeres, al asociarse con un mayor número de días laborales perdidos, lo cual no sucedía en los hombres.

Respecto al consumo de psicofármacos, los datos en este ámbito muestran, al igual que sucede con el estado de salud mental y el diagnóstico, una preponderancia de mujeres en el consumo y prescripción de este tipo de sustancias. Así, diferentes estudios han evidenciado que a las mujeres se les prescriben y consumen más ansiolíticos (5,109,155,156) y antidepresivos

⁴ El Índice Global de Brecha de Género evalúa la evolución de las brechas de género en cuatro dimensiones clave: participación y oportunidades económicas, logro educativo, salud y supervivencia, y empoderamiento político. Asimismo, hace un seguimiento de los avances en la eliminación de estas brechas de género a lo largo del tiempo. Este índice se calcula de manera anual y en esta última edición hace referencia a 156 países, proporcionando una herramienta de comparación entre países. Su metodología se ha mantenido estable desde su primera edición en 2006, proporcionando una base para un sólido análisis entre países y en el tiempo. Actualmente, España ocupa el puesto 14 (244).

(5,109,153,155) que a los hombres, siendo hasta más de dos veces superior la probabilidad de consumirlos.

1.2.4.1.3. La salud mental desde una perspectiva de bienestar

A parte de los indicadores expuestos anteriormente, existen otro tipo de medidas que se han utilizado para valorar el bienestar emocional de la población como el optimismo, la felicidad o la satisfacción con la vida, cuyos resultados, en general, no muestran el mismo patrón de género que los instrumentos tradicionales. En este sentido, los resultados de estudios realizados en el contexto europeo mostraban que las mujeres en todos los grupos de edad presentaban prevalencias más altas que los hombres en satisfacción con la vida (157) y felicidad (158). Sin embargo, un estudio realizado en China (159) señalaba que las mujeres tenían niveles más altos que los hombres de satisfacción con la vida, aunque la diferencia no era estadísticamente significativa. Otro estudio que analizaba los niveles de gratitud, optimismo, bienestar subjetivo y depresión halló que, a pesar de que en las tres primeras variables las mujeres presentaban prevalencias más altas que los hombres, lo que hace pensar que los niveles de depresión serían, por tanto, más bajos, también reportaron, sin embargo, niveles más altos de depresión que los hombres (160). Sus hipótesis apuntaban a la mayor expresividad emocional de las mujeres como consecuencia de la socialización de género, que las dispone a una mayor capacidad para detectar y expresar sentimientos y, en consecuencia, las expone a experimentar emociones (tanto positivas como negativas) de una manera más intensa que los hombres.

Otros/as autores/as se han centrado en analizar el bienestar subjetivo a través del análisis de la felicidad. No obstante, estudios que han analizado a su vez felicidad y satisfacción con la vida sugieren los resultados son similares y bastante consistentes. Un estudio sobre datos de 16 países europeos mostró que la esperanza de vida feliz a los 50 años era mayor en mujeres. No obstante, los resultados señalaban que la mayor parte de los años de más que viven las mujeres respecto a los hombres los pasan en un estado de infelicidad (158). Otro estudio que analizaba datos de la Encuesta Mundial de Gallup, la encuesta Mundial de valores y la Encuesta Social Europea encontró que las mujeres, en general, aunque varíe entre países, reportan niveles más altos de felicidad que los hombres cuando se agrupan por regiones o niveles de ingresos (161), datos coincidentes con otros estudios.

1.2.5. Marcos explicativos de las desigualdades de género en salud mental

A pesar de que utilizando indicadores de bienestar, la realidad resulta más compleja de analizar, existe consistencia en los dispares resultados en salud mental entre hombres y mujeres. Este hecho, como se expondrá a continuación, se ha intentado explicar desde diferentes perspectivas. Estas han ido desde las más biologicistas centradas en las diferencias genéticas y endocrinas entre ambos sexos, hasta otras más centradas en aspectos sociales y culturales, que

señalan al androcentrismo como columna vertebral que rige las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, que acaba impregnando todas las esferas y ámbitos de la vida, incluida la atención clínica y la relación médico/a-paciente. Dentro de estas últimas, la construcción histórica de las subjetividades masculina y femenina resulta clave para poder entender los desequilibrios de poder existentes entre hombres y mujeres, que exponen a estas últimas a circunstancias de vida y condicionantes sociales de mayor desventaja social con repercusiones negativas en su salud mental. Asimismo, los estereotipos de género elaborados en base a esas subjetividades juegan un papel fundamental en el discurso psiquiátrico y en la construcción desigual de las etiquetas diagnósticas, cuyo resultado final será la catalogación más frecuente de las mujeres como enfermas mentales.

1.2.5.1. Perspectiva biologicista: la naturaleza psicológica de las mujeres

Desde el modelo biomédico tradicional se han intentado justificar las mayores prevalencias de patología mental femenina a través de las diferencias biológicas entre ambos sexos (162). En el afán por reducir las explicaciones a la propia naturaleza de las mujeres se han propuesto diferentes factores biológicos como origen de dicha desigualdad, como la genética o el sistema hormonal diferencial. Sin embargo, investigaciones en este ámbito han cuestionado dichas explicaciones, ya que la biología se ha mostrado insuficiente para explicar la totalidad de la desigualdad de género existente. En este sentido, un metaanálisis sobre estudios realizados en gemelos no encontró diferencias de sexo en la heredabilidad de la depresión mayor, sugiriendo que la relevancia de la genética es la misma en hombres y mujeres en esta patología. Asimismo, señalaba que hombres y mujeres comparten la mayoría, pero no todas las influencias genéticas de la depresión mayor (163).

Respecto al sistema hormonal, la principal explicación biológica que se da a las tasas más altas de depresión en las mujeres, tampoco parece que pueda explicar tal desigualdad. Mientras que algunos estudios señalan que el aumento de los niveles de hormonas sexuales durante la pubertad tiene un efecto negativo para la aparición de la depresión en mujeres (164,165), otros han señalado que son los factores sociales y su interacción con los factores hormonales los que explican el desarrollo de la depresión en mayor medida que el nivel hormonal por sí solo (166). Ussher & Perz (167) hallaron que la angustia premenstrual está fuertemente asociada con el contexto social de las mujeres y sus relaciones sociales. Esto sugiere que más allá de los factores biológicos, otras cuestiones como la diversificación de roles, los eventos vitales negativos o las vulnerabilidades cognitivas podrían explicar la aparición de las diferencias sexuales en la depresión durante la adolescencia. Asimismo, otro periodo hormonal crítico en el ciclo vital de las mujeres es la perimenopausia o menopausia. Aunque hay estudios que han asociado la aparición de la depresión con los cambios hormonales producidos en esta etapa (168,169), Hengartner (170) concluyó a través de una gran revisión crítica de la literatura que la asociación entre los niveles de hormonas sexuales femeninas y la depresión son inconsistentes e inconclusos y que el aumento de depresión en la menopausia podría estar relacionada con los cambios psicosociales, en lugar de por los cambios hormonales. En este sentido, las conclusiones de un estudio cualitativo informaban de que el contexto social y relacional de las mujeres, así

como los cambios físicos producidos por el envejecimiento era lo que influía en su estado de ánimo (171).

1.2.5.2. Construcción de la subalternidad de las mujeres: trayectoria histórica y situación actual

El concepto de subalternidad, desarrollado por Gramsci, hace referencia a la expresión de la experiencia y la condición subjetiva del subordinado que viene determinada por una relación de dominación. Señalaba que la dominación es asimilada por los sujetos oprimidos, internalizando los valores propuestos por la parte dominante (172). En esta tesis se aplica el concepto de subalternidad entendido como aquel que se genera a partir de la desigualdad construida desde el género.

La posición desigual en el orden social de hombres y mujeres se construye históricamente, según explica Nancy Fraser (173), como consecuencia de dos tipos de injusticias producidas de forma simultánea, la *injusticia material-socioeconómica* y la *injusticia simbólico-cultural*. En la primera, por ejemplo, el género actúa estructurando la economía política al dividir el trabajo en productivo y remunerado, y en reproductivo y no remunerado, siendo este último adjudicado a las mujeres. Asimismo, el género también interviene dentro del trabajo asalariado, dividiéndolo en profesiones masculinizadas (bien remuneradas) y profesiones feminizadas peor remuneradas. En consecuencia, esta estructura económico-política conlleva una distribución socioeconómica desventajosa para las mujeres, derivando en experiencias de marginación, explotación y pobreza. En la segunda, la injusticia simbólico-cultural, se produce una diferenciación de reconocimiento del valor cultural según el género. Ésta se basa en el androcentrismo y el sexismo cultural, por los cuales se premian las características masculinas a la vez que se devalúa todo aquello asociado a lo femenino. Esta desvaloración se ve reflejada en multitud de situaciones que viven de forma cotidiana las mujeres, como la violencia física o sexual, la exclusión de la esfera pública y de ámbitos de poder deliberativos o la perpetuación de estereotipos en los medios de comunicación que perjudican su imagen social. Todas ellas son injusticias de reconocimiento. Ambas injusticias, simbólicas y materiales, interaccionan entre ellas, creando sinergias y perpetuando la desigualdad:

“Evidentemente, las dos caras no están claramente separadas la una de la otra. Por el contrario, se entrelazan para reforzarse mutuamente de manera dialéctica, en la medida en que las normas culturales sexistas y androcéntricas están institucionalizadas en el Estado y en la economía, del mismo modo que las desventajas económicas que sufren las mujeres restringen su «voz», impidiendo su participación en pie de igualdad en la creación de la cultura, en las esferas públicas y en la vida cotidiana. El resultado es un círculo vicioso de subordinación cultural y económica”. Nancy Fraser (173)

En el origen histórico de esta construcción de la desigualdad de género, que deviene a la simbólica y material, se encontraría, según Almudena Hernando (95), el desarrollo de la identidad relacional de las mujeres, así como la individualidad de los hombres. A través de sus

estudios, ha teorizado acerca de cómo históricamente se han construido las identidades masculina y femenina, señalando, a su vez, cómo la desigualdad de género se ha constituido a partir de los vínculos y relaciones entre hombres y mujeres. Según Hernando, en las sociedades cazadoras-recolectoras, las personas partían de una misma identidad, pero a medida que las sociedades fueron progresando, la división de funciones y la especialización del trabajo fueron ampliándose dentro de cada grupo y, en consecuencia, los hombres fueron individualizándose, potenciando rasgos como la razón, al tiempo que iban restando importancia a otros rasgos identitarios como la socialización y el mantenimiento de vínculos interpersonales y afectos, lo que Hernando denomina *identidad relacional*. Esto último resulta imprescindible para toda persona y comunidad, ya que la persona se siente a sí misma porque se reconoce como parte de un grupo identitario, lo que le aporta seguridad. La progresiva individualización de los hombres les supuso a éstos la necesidad de una segunda persona subordinada que les cubriese esa esfera, lo que derivó en que las mujeres se fuesen quedando como representantes de la identidad relacional, garantizando que los hombres pudiesen seguir siendo parte de las comunidades a través de vínculos. Así, la identidad de género femenina se iba construyendo en base a los vínculos que sostenían, madre, esposa, hija... otorgando el poder a los hombres, a los que identificaban con la figura protectora. Las mujeres eran constituidas como objeto y los hombres como sujeto. Progresivamente, la identidad de ellas se fue vinculando al espacio privado, mientras que la de ellos se fue asociando al espacio público. De este modo, históricamente, la subjetividad masculina y femenina se ha ido construyendo en diferentes planos de hegemonía y subalternidad, degenerando en relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres al invisibilizar las identidades y funciones de las mujeres (tabla 1).

Tabla 1. Resumen de la identidad relacional y la individualidad dependiente

Identidad relacional	Individualidad dependiente
Hombres y mujeres en <i>sociedades igualitarias</i>	Hombres (patriarcales)
Mujeres (en las demás sociedades hasta la modernidad)	
Lógica del MITO	Lógica de la HISTORIA
Se da importancia a:	Se da importancia a:
Valor de la estabilidad y las permanencias	Valor de los cambios
Valor de la emoción	Avance de la razón
Importancia de los vínculos humanos	Importancia de la tecnología
ES NEGADO (pero es imprescindible)	REAFIRMA AL GRUPO (se reconoce)

Extraído de Hernando A. La fantasía de la individualidad (95)

Según Burín (131), el momento histórico clave para el aumento de la desigualdad de género es el cambio sociológico de la unidad de consumo y producción que tiene lugar con la revolución industrial. Hasta ese momento, el hogar (hogar feudal) era la unidad de producción y consumo, ahí tenían lugar las relaciones de producción y reproducción, participando todos los miembros del hogar en dicha unidad, con una división muy difusa del espacio público y el privado. Si bien es cierto que las mujeres ya ocupaban ahí una posición de desigualdad, ésta se

vio multiplicada en el momento en el que se separan las funciones productivas de las reproductivas. Con la modernidad, el hogar feudal pasa a convertirse en hogar nuclear, delimitándose claramente los diferentes espacios. De este modo, la parte productiva sale al espacio público adquiriendo valor, y lo reproductivo queda invisibilizado en el ámbito privado devaluándose. Así, siguiendo el esquema de construcción de identidades que propone Hernando (95), la modernidad supone un obstáculo en el proceso de la limitada individualización de las mujeres, ya que la distinción tan clara entre el espacio público y privado hace que las mujeres se queden aisladas en lo privado y en lo emocional (identidad relacional).

A partir de la modernidad, las mujeres vieron necesario individualizarse siguiendo la tendencia a la especialización que solicitaba el orden social del momento, pero sin poder abandonar la identidad relacional, de modo que siguiesen cubriendo las demandas emocionales de los hombres y que ellos pudiesen seguir centrados en sus posiciones especializadas y de poder. Así, las mujeres, lejos de vivir la fantasía de la individualidad, se vieron obligadas a mantener la identidad relacional a la vez que desarrollaban la identidad individualizada. A esta nueva identidad que adoptaron las mujeres es lo que Hernando denomina *la individualidad independiente*, al no contar con un apoyo externo para construirse. Esta identidad consiste en combinar grados máximos de individualidad y de identidad relacional, otorgando a ambas la misma relevancia. Sin embargo, esta identidad también lleva consigo sufrimiento psíquico al estar llena de contradicciones. Además, en general, los hombres siguen anclados en la individualidad dependiente, negando su identidad relacional derivando esa carga en las mujeres, lo que les implica un sobreesfuerzo con consecuencias negativas para su salud (95).

Ese proceso de construcción de las identidades masculina y femenina ha degenerado en lo que Fraser denomina *subjetividades enfermantes* (173) que, en el caso de las mujeres, conlleva repercusiones negativas para su salud mental. Estas subjetividades, unidas a la desigualdad material-socioeconómica, les supone un mayor malestar emocional. En esta misma línea, Burín (131) señala que la identidad relacional atribuida a las mujeres conlleva una serie de roles que ella ha apodado *roles enfermantes*, ya que se construyen en base a las relaciones de poder entre ambos sexos con efectos negativos para la salud mental de las mujeres. Mientras que a ellas se les asigna socialmente el poder de los afectos (identidad relacional) -ligado al espacio privado-, a ellos, como consecuencia de su identidad individual, se les otorga el poder económico y político -espacio público-, lo que implica mayor visibilización y reconocimiento. Esto se traduce en desequilibrios de poder y en condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres que las devalúa material y afectivamente, generando condiciones de vida enfermantes con consecuencias en su salud mental. Además, los estereotipos de género creados alrededor de las mujeres y las expectativas de cómo tienen que comportarse en base a dichos estereotipos les dejan un escaso margen para poder concebirse como sujetos fuera del discurso ideológico patriarcal, que las sigue encorsetando en la maternidad y en el trabajo doméstico y de cuidados (173).

Las características hegemónicas de las identidades masculinas y femeninas, aunque han ido cambiando, están claramente delimitadas. Así, históricamente el sistema sexo/género ha establecido que las mujeres tienen que ser emocionales, cariñosas, atentas, predispuestas al cuidado, sumisas, vulnerables y acatar las normas estéticas de belleza y delgadez. Mientras que a ellos les ha otorgado características más poderosas como la racionalidad, la ambición, la

fuerza, la autonomía, así como la capacidad de decisión y protección. Además, el cumplimiento de dichos mandatos de género requiere mayor adhesión por parte de las mujeres, aumentando en ellas la presión para amoldarse a lo establecido. En consecuencia, la obligatoriedad impuesta por la sociedad del cumplimiento de los mandatos normativos de feminidad predispone a las mujeres a la dependencia y a la culpa, creando malestar. Este malestar se origina tanto por no poder llevar a cabo todo aquello que socialmente se ha establecido que una mujer tiene que ser y hacer, así como por intentar trasgredir las normas sociales relativas a su género (174). Esto está muy relacionado con el doble estándar en la construcción de la enfermedad mental entre hombres y mujeres, donde la buena salud mental estaría ligada a cumplir con los roles establecidos para cada uno de ellos. En este sentido, a las mujeres se les presupone una actitud de inferioridad como sinónimo de buena salud mental, mientras que en los hombres estaría relacionada con actitudes de liderazgo y racionalidad. Como resultado, las mujeres sufren malestar como consecuencia de romper con el rol socialmente pautado, pero a su vez, seguirlo también las enferma, al ir unido a actitudes que tienden a ser mentalmente menos saludables (174).

En la actualidad, las sociedades se siguen organizando en torno al modelo patriarcal, generando una posición jerarquizada en términos de poder entre hombres y mujeres al asignarles distintos roles cuyo valor y prestigio también son diferentes. Mientras que a los hombres se les asigna el rol productivo y el ámbito público, a las mujeres se les atribuye el rol reproductivo y el ámbito privado. La relación de retroalimentación existente entre las injusticias material y simbólica, así como entre las identidades relacional e individual perpetúa las relaciones de poder. Así, el modelo patriarcal legitima las relaciones de desigualdad entre sexos, las cuales se desarrollan a lo largo de todo el ciclo vital y en los diferentes espacios, repercutiendo, finalmente, en el bienestar mental de las mujeres (105). De hecho, se ha demostrado que a medida que aumenta la desigualdad de género en la sociedad, las desigualdades en salud mental también crecen (103), poniendo de manifiesto la relevancia que una sociedad injusta tiene en la salud de la población.

A continuación, se van a describir los determinantes intermedios más relevantes en las desigualdades de género en salud mental, donde se puede apreciar la cristalización de las injusticias material y simbólica.

1.2.5.2.1. Poder y presencia de mujeres en la esfera pública

Históricamente, como señalaba Hernando (95), a las mujeres, en base a esa identidad relacional, les ha sido asignado el ámbito doméstico, negándoles la participación en el ámbito público. Esto ha dificultado su incorporación a los diferentes puestos de poder y toma de decisiones y, en consecuencia, se les ha invisibilizado, quitando legitimidad a sus intereses, opiniones y problemas y, por tanto, obstaculizado la búsqueda de soluciones. Existe evidencia de que una mayor representación de mujeres en política supone avances en leyes de discriminación y aumento de inversión en áreas como salud, educación y protección social (175–177), sin embargo, las cifras a nivel mundial sobre mujeres líderes están muy lejos de la paridad. En este sentido, datos actualizados en marzo de 2021 señalan que únicamente el 6% de los países tienen a una mujer como jefa de Estado y un 7% como presidenta del país, es decir, de

193 países, sólo en 22 las mujeres ocupan una de estas posiciones, cifra que parece haberse estancado en los últimos años. Pese a que en 2015 se estimaba que en 30 años la brecha de género en los gobiernos se eliminaría, las últimas proyecciones señalan que serán necesarios 107 años más. Asimismo, 12 países no cuentan con ninguna mujer como ministra de sus Gobiernos, lo cual ha aumentado en 3 países desde el último informe, evidenciando el retroceso en esta área (178). A nivel nacional, la evolución del número de diputadas ha evolucionado de forma positiva, de 350 diputados y diputadas que conforman el Congreso, actualmente 154 son mujeres, dato muy positivo en comparación con las 18 mujeres de la legislatura de 1979-1982. No obstante, en toda su historia, nunca el número de diputadas ha igualado o superado al de diputados (179). En relación a la toma de decisiones políticas, la gestión de la pandemia generada por la COVID-19 también ha evidenciado la infrarrepresentación de las mujeres en los órganos de decisión, ya que el 75% de los comités estudiados no llegaron al umbral de paridad (180).

No obstante, aparte del ámbito político, existen otros espacios de la esfera pública en los que la representación de las mujeres sigue siendo muy escasa. Por ejemplo, en ciencias, de las más de 900 personas galardonadas con el Premio Nobel a lo largo de la historia, hasta 2019 sólo 53 habían sido mujeres. Asimismo, sólo el 35% de los y las estudiantes de áreas de ciencia, tecnología, ingeniería y/o matemáticas son mujeres. Respecto a la representación en los medios de comunicación, el informe del Global Media Monitoring Project (GMMP) (181) de 2015, que recoge información sobre 114 países señalaba que sólo el 24% de las personas escuchadas, vistas o sobre las que se lee en las noticias son mujeres, siendo del sólo el 16%, 18% y 23% en temas como política y gobierno, economía y deporte, respectivamente.

- Condiciones de empleo y trabajo

Uno de los cambios sociodemográficos más importantes del siglo XX fue la incorporación de las mujeres al mercado laboral, lo que conllevó la modificación de la estructura social. Este hecho supuso una fractura en el rol tradicional de las mujeres, permitiéndoles contribuir económicamente al mantenimiento del hogar. Además, trajo consigo una transformación de la unidad familiar, pasando de la *familia tradicional* en la que el hombre era el proveedor de recursos (modelo *breadwinner*) y la mujer la encargada del trabajo doméstico y de cuidados, al modelo de *familia de doble ingreso*, donde ambos tenían un papel activo en el mantenimiento económico del hogar.

Como se ha explicado anteriormente, hasta ese momento, las funciones de las mujeres habían estado limitadas a la esfera familiar y doméstica, cuyas aportaciones, si bien esenciales para el mantenimiento del funcionamiento de la unidad familiar, no estaban remuneradas, lo que las hacía dependientes económicamente de los hombres. Sin embargo, su entrada en el mercado laboral no fue en las mismas condiciones que los hombres, sino que se enfrentaban a peores condiciones de trabajo y salarios más bajos (104).

El acceso de las mujeres al mercado laboral se hace en un contexto de división sexual, que se traduce en una doble segregación horizontal y vertical que limita las oportunidades y empeora las condiciones laborales de las mujeres, y cuyos efectos se ven reflejados en sus peores resultados en salud mental (182,183). La imposición del trabajo doméstico y de cuidados

a las mujeres hace que tener que compaginar el trabajo remunerado y el no remunerado las empuje a solicitar la jornada a tiempo parcial, lo que unido a la precarización de los empleos ocupados mayoritariamente por mujeres (limpieza, cuidados, etc.) limita sus recursos económicos actuales (salarios bajos), así como los futuros (pensiones) (49). Además, las mujeres encuentran mucha más dificultad para ascender u ocupar puestos de poder y responsabilidad. Esta limitación a la hora de progresar en su carrera profesional también se relaciona con la falsa creencia de que las mujeres no tienen las capacidades y aptitudes necesarias para ocupar puestos de gran responsabilidad, ya que valores como el liderazgo se asocian principalmente a los hombres (131). Esta dificultad para seguir avanzando es denominada *techo de cristal*. En este sentido, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres con el objetivo de intentar paliar esta desigualdad establece un umbral mínimo por sexo del 40% en la composición de los órganos y cargos de responsabilidad. Sin embargo, en el año 2020, el porcentaje de mujeres en los Consejos de Administración de las empresas del Ibex-35 fue del 27,7%, situándose por debajo de dicho umbral. En el caso de la Administración del General del Estado, en ese mismo año, el porcentaje de mujeres aumentó hasta el 43,5%, siendo la primera vez que se llega al mínimo establecido (184). Asimismo, en el mercado laboral se da otro fenómeno conocido como *suelo pegajoso* para hacer referencia a las dificultades que encuentran las mujeres para salir de la precariedad laboral. La inequidad en el reparto del trabajo doméstico y de cuidados les impone responsabilidades y cargas afectivas y emocionales que les obstaculiza el trabajo fuera del ámbito familiar. Además, esto mengua el tiempo que pueden dedicar a la formación fuera del horario laboral o la asistencia a reuniones, limitando su desarrollo profesional. Como resultado, se produce una feminización de las profesiones que requieran menor capacitación académica, jornadas reducidas y menor salario, las cuales suelen estar vinculadas a tareas de limpieza o cuidados y estar socialmente minusvaloradas. Todas estas limitaciones para avanzar en la carrera profesional generan insatisfacción y las sitúa en una posición de inferioridad respecto a los varones, lo que acaba afectando a sus resultados en salud mental (49). Además, otro factor que hace que el mercado laboral, en muchas ocasiones, se vuelva un espacio hostil para las mujeres, es el acoso al que éstas se ven expuestas en el lugar de trabajo. Diferentes estudios realizados en este ámbito, han señalado que son en mayor proporción mujeres las que se ven afectadas por este tipo de situaciones, lo que conlleva importantes implicaciones para su salud mental (185).

- Trabajo doméstico y de cuidados

La sociedad ha asumido que el cuidado, en sus diferentes modalidades, es algo que les viene dado a las mujeres de manera natural, algo inherente por el hecho de ser mujer y que por lo tanto ni se cuestiona, ni se agradece (186). La incorporación de las mujeres al mercado laboral no las ha liberado del rol de cuidadoras y amas de casa. Actualmente, las estadísticas señalan que todavía el trabajo doméstico y de cuidados sigue estando realizado principalmente por mujeres, independientemente de que éstas tengan un trabajo remunerado fuera del hogar. Por ejemplo, en España, mientras que los hombres con criaturas y pareja que trabaja dedican 20,8 horas a la semana a realizar actividades de trabajo no remunerado, las mujeres, en esa misma situación, invierten 37,5 horas, casi el doble de tiempo (184). Ello hace que intentar compaginar ambas esferas, suponga una sobrecarga física y mental con consecuencias para su salud (50,51). La percepción de no poder dar una respuesta adecuada a las múltiples responsabilidades, se

asume, en muchas ocasiones, con culpa al no cumplir con las expectativas que se espera de ellas, generando estrés y la aparición de malestares (174). Este hecho refleja muy bien esa idea de la identidad independiente de la que habla Hernando (95), en la que las mujeres desarrollan tareas tradicionalmente masculinas (especializadas), pero sin dejar atrás lo afectivo. Esta situación llena de contradicciones acaba minando la salud de las mujeres.

Además, la feminización de trabajos ligados al ámbito privado (aquellos relacionados con tareas de limpieza y cuidado) y la asunción del trabajo doméstico como propio hace que la vida de muchas mujeres se vea abocada a la exclusividad de tareas relacionadas con el ámbito doméstico, con las consecuencias que ello supone a nivel de salud mental, ya que no ven desarrolladas sus capacidades y se generan sentimientos de inseguridad, baja autoestima y aislamiento (187).

Asimismo, se ha observado que mientras hace unos años algunos estudios señalaban que, a pesar de que la doble jornada suponía una carga importante para las mujeres, aquellas que tenían un trabajo remunerado presentaban mejor salud mental que aquellas que únicamente realizaban el trabajo doméstico y de cuidados (188). Hoy en día, en cambio, compaginar ambas esferas parece llevar a peores resultados en salud mental. Detrás de los primeros resultados podría estar el hecho de que trabajar fuera de casa proporcionaría independencia económica, posibilitaría realizar tareas diferentes a las relacionadas con el trabajo doméstico y de cuidados, así como tener su propio espacio. Sin embargo, actualmente, parece que los beneficios del trabajo remunerado no son suficientes para proteger la salud mental de las mujeres si éste va acompañado a su vez de altas cargas familiares (189).

Estudios centrados en el reparto del trabajo doméstico han mostrado que en aquellas parejas donde las actividades del hogar se reparten de manera equitativa entre hombres y mujeres, las mujeres presentan un mejor estado de bienestar (190). Otro estudio señalaba que las mujeres que presentaban cargas elevadas relacionadas con el mantenimiento del hogar tenían más síntomas de depresión, mientras que las que se encargaban del cuidado de menores presentaban mayor ansiedad. Asimismo, otro estudio mostraba que las mujeres que tenían una distribución igualitaria del trabajo doméstico presentaban mejores puntuaciones en salud mental que aquellas que tenían un reparto desigual o muy desigual (191).

- Estado civil

Los resultados sobre la relación entre el estado civil y la salud mental son contradictorios. Mientras que algunos estudios muestran que la salud mental de las mujeres casadas es peor que la de mujeres solteras (106), otros muchos señalan que no es así, siendo las mujeres casadas las que presentan mejor salud mental (192,193) En el caso de los hombres, los casados, en general, presentan mejores resultados. Esto tiene sentido, ya que las responsabilidades del marido dentro del matrimonio en el contexto de una sociedad patriarcal son muchos más cómodas que para las mujeres.

Los estudios que han descrito una peor salud mental de las mujeres casadas destacan la insatisfacción en las relaciones, la humillación y la violencia de pareja o el desigual reparto de las responsabilidades domésticas y de cuidados (106). Por el contrario, la "hipótesis de la

protección”, argumenta que el matrimonio reduce conductas de riesgo y aumenta el apoyo social y económico (192), lo que redundaría en la mejor salud mental de las mujeres casadas. Asimismo, varios estudios han señalado que las mujeres solteras con menores a su cargo presentan peores resultados en salud mental al tener que hacerse cargo ellas solas del cuidado de los/as hijos/as (194). Otros estudios también han señalado que el efecto del buen estado de salud podría aumentar las posibilidades de contraer matrimonio, lo que explicaría los mejores resultados en salud mental de las mujeres casadas (193).

Respecto a la salud mental tras el divorcio, tanto hombres como mujeres, en general, presentan malos resultados en salud mental (195). Sin embargo, hay estudios que sugieren que en los hombres este efecto es pasajero, mientras que en las mujeres tiende a cronificarse (196). En cuanto a la viudedad, esta se relaciona con altas prevalencias de problemas de salud mental en ambos sexos. Una reciente revisión no halló diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres (197). Este dato llama la atención, ya que en edades avanzadas la prevalencia de depresión suele ser más alta en mujeres, pudiendo indicar que los hombres sufriesen más la muerte de la pareja como han señalado estudios previos (198).

- Apoyo social

El apoyo social puede definirse como los recursos psicológicos y materiales provistos por parte de una red social con el objetivo de beneficiar la capacidad de un individuo para hacer frente al estrés (199). Kim et al. (200) entendían el apoyo social percibido como un constructo multidimensional que incluye aspectos como el tamaño de la red social, la frecuencia de contacto con las personas que forman la propia red, así como la calidad de esas relaciones. Además, este puede estar determinado por la forma en que se quiere, se cuida y se valora a una persona. En este sentido, el apoyo social percibido podría entenderse en términos de cantidad, calidad o la suma de ambas. Además, la valoración de estos recursos sociales difiere en función de una serie de factores, como la edad y el sexo (201,202).

Diferentes estudios han evidenciado que las personas con mayor apoyo social presentan mejores resultados en salud mental (203). Sin embargo, no está tan claro el papel que juega el apoyo social en la salud mental de hombres y mujeres. Se sabe que la percepción de apoyo social en situaciones de estrés reduce el impacto de esa situación (199). Por ello, en el caso de las mujeres, debido a su rol de cuidadoras que les genera una sobrecarga que acaba afectando a su salud mental (50), el apoyo social emerge como un posible factor de protección, ya que en ocasiones las redes de apoyo pueden resultar de gran ayuda en la compatibilización del trabajo profesional y el cuidado de personas a su cargo (204). En este sentido, hay estudios que señalan que tener a su disposición redes sociales de apoyo a las que poder acudir en un momento de dificultad puede ser un factor protector de salud mental, especialmente en mujeres (205).

- Violencia de género

Desde hace años, la violencia de género fue reconocida por la OMS como un problema de salud pública, al conllevar un riesgo para la salud física y mental de las mujeres. Además, la violencia contra las mujeres no sólo hace referencia a la violencia explícita, sino también a la

violencia estructural que muchas veces es invisible, pero que restringe las libertades y oportunidades de las mujeres, empeorando su salud mental y limitando el acceso a recursos que puedan aumentar su bienestar (206). La manera en la que está estructurada la sociedad y la posición a la que se relega a las mujeres enfatiza su vulnerabilidad y la necesidad de protección, favoreciendo la discriminación y el sometimiento en los diferentes ámbitos de la vida, generando, finalmente, sufrimiento emocional. El sistema patriarcal que las invisibiliza, afecta a la percepción que tienen de sí mismas y a su autoconfianza, contribuyendo a su malestar psicológico. Además, el doble cuestionamiento, por un lado, como mujeres y, por otro, como enfermas mentales, les resta validez y credibilidad, sumiendo a las mujeres que sufren ambos procesos en un círculo de violencia y enfermedad (207).

Según los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la mujer, en España, 1 de cada 2 mujeres de 16 años o más ha sufrido algún tipo de violencia machista lo largo de su vida. Asimismo, el 40,4% ha experimentado acoso sexual en algún momento de su vida. Un 6,5% y un 13,4% han sufrido violencia sexual y física respectivamente fuera de la pareja. Mientras que un 14,2% ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja actual o pasada en algún momento de su vida. Respecto a la violencia emocional, la han sufrido el 14,9% de las mujeres (208). La violencia ejercida contra las mujeres tiene importantes implicaciones en su salud mental. Un reciente estudio basado en los datos de dicha encuesta mostraba que las mujeres de diferentes grupos de edad que habían estado expuestas a violencia física y/o sexual, así como a violencia psicológica por parte de su pareja presentaban mayor probabilidad de tener mala salud mental que aquellas que no experimentaban ningún tipo de violencia (209). Estudios previos ya habían señalado que las mujeres expuestas a violencia por parte de su pareja padecían en mayor proporción depresión, consumo de sustancias tóxicas e intento de suicidio (210).

En ocasiones, la violencia ejercida contra las mujeres tiene como resultado la muerte. Desde que en 2003 se comenzasen a contabilizar los asesinatos por violencia de género en España, más de mil mujeres ha sido asesinadas por sus parejas o exparejas. En 2021, a 22 de junio, la cifra de víctimas asciende a 21 mujeres asesinadas y 4 menores. Asimismo, desde 2013, 311 menores se han quedado huérfanos y huérfanas por violencia de género y 41 han sido asesinados/as (211). No obstante, estas cifras no recogen el total de muertes por violencia machista, ya que las cifras oficiales únicamente hacen referencia a los asesinatos producidos por pareja o exparejas. Por tanto, a estas cifras habría que sumarles las asesinadas por parte de familiares (en su mayoría hijos varones) o las mujeres en situación de prostitución asesinadas por clientes o proxenetas, entre otras (212).

1.2.5.3. Etiquetaje social desigual: construcción histórica de la salud mental a partir de las subjetividades

Frente a las perspectivas que señalan que la mayor frecuencia de diagnósticos de ansiedad y depresión en las mujeres se explica por su peor estado de salud mental debido a sus condiciones de vida desiguales y su posición de subordinación en la sociedad, la perspectiva del etiquetaje social apunta a que no se debe exclusivamente a ello, sino que, a su vez, existe un

proceso de medicalización –proceso por el cual diferentes esferas de la vida y malestares cotidianos se han incorporado al discurso y a la práctica médica (207)– de la salud mental de las mujeres, influyendo en el diagnóstico de dichas patologías como consecuencia de sesgos de género en su abordaje.

Como se explicaba en el punto 3, en sus orígenes, la psiquiatría, construida alrededor del modelo biomédico, en la búsqueda de prestigio y rigurosidad, pretendía igualar la enfermedad mental a la física. En consecuencia, era necesario encontrar un origen biológico al sufrimiento mental, ya que de este modo tendría una diana corporal a la que dirigir sus tratamientos. Pese a que se ha demostrado que muchos de los denominados trastornos mentales no tienen una evidencia física, la psiquiatría sigue utilizando el modelo biomédico como referencia. El marco positivista que caracteriza a este modelo privilegia lo orgánico y medible frente a lo subjetivo, quedando obsoleto para entender y dar respuesta a los malestares psicológicos. En su intento por equipararse al resto de ramas de la medicina, la psiquiatría hegemónica ha conceptualizado la patología mental como una enfermedad física, creando diagnósticos y tratamientos específicos. Para ello, ha creado clasificaciones como el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), según el cual se rige el diagnóstico de los trastornos mentales, legitimando su tratamiento. Como explican Pujal et al. (119), el DSM-5 define el trastorno mental como un *“síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”* (120), señalando que el discurso biomédico entiende por síndrome conjunto de síntomas. De este modo, se equipara el trastorno mental a un conjunto de síntomas sin explicación biológica, pero que, sin embargo, se tratan como tal mediante psicofármacos. Resulta curioso que basándose en el modelo biomédico el cual busca la evidencia científica, no se aplique dicha rigurosidad en el tratamiento del malestar psicológico.










Además, en el caso de las mujeres existen ciertas especificidades, ya que esa construcción del concepto de salud mental se ha caracterizado históricamente por un doble estándar de la enfermedad mental entre hombres y mujeres, lo que implica que los parámetros de buena salud mental no se han valorado tradicionalmente por igual en hombres y en mujeres (174). Según el doble estándar por el cual se construyen los diagnósticos psiquiátricos, la mujer es relegada a una posición de desigualdad, al asociar la buena salud mental a la adaptación de los roles sociales establecidos. En este sentido, la buena salud mental para las mujeres sería acatar una posición de sumisión, dependencia, vulnerabilidad y sentimentalidad, aceptando su rol de cuidadora y ama de casa –generalmente menos deseables socialmente y considerados menos saludables para personas adultas maduras y competentes-. Mientras que en los hombres, la buena salud mental estaría asociada a características contrapuestas a las de las mujeres, es decir, independencia, fortaleza, liderazgo o racionalidad, que tienden a ser más saludables para la salud mental (131). Todo ello conlleva consecuencias negativas para la salud mental de las mujeres, ya que tanto acatar el rol impuesto, como luchar contra él suponen un desgaste emocional que puede acabar catalogado como patológico y medicalizado por el discurso psiquiátrico hegemónico (174).

Resulta preciso señalar que, tal y como se ha explicado anteriormente, los roles asignados a hombres y mujeres incluyen una serie de comportamientos diferenciados que, en

el caso de los hombres, la sociedad es más permisiva en relación a lo que sería un comportamiento *normal*, mientras que para las mujeres, el rango de comportamientos aceptables es más reducido. En este sentido, la etiqueta psiquiátrica se asociaría a aquello que socialmente es un comportamiento inaceptable. Teniendo en cuenta que las mujeres se ven más limitadas en cuanto a comportamientos dentro de su rol, las actitudes de las mujeres catalogadas como patológicas serán más habituales que en el caso de los hombres, al gozar ellos de mayor permisibilidad social (174). Este hecho objetiva que la salud mental de hombres y mujeres se ha construido en base a las características definitorias de las identidades masculina y femenina, existiendo una confluencia entre los mandatos normativos de feminidad y las experiencias sufrientes de las mujeres, agrupándose en categorías diagnósticas o síndromes por el discurso biomédico (119). Así, a través del DSM-V se cataloga el malestar psicológico de las mujeres como trastorno mental basándose en el discurso psiquiátrico hegemónico carente de perspectiva de género. Esto perpetúa la naturalización de los malestares y, en consecuencia, la desigualdad y medicalización de la vida de las mujeres.

Siguiendo lo que señalaba Fraser (173), las *injusticias simbólico-cultural y material-socioeconómica*, sustentadas en relaciones de poder, interaccionan, generando situaciones de vulnerabilidad en las mujeres. Estas vulnerabilidades de género terminan desembocando en malestar emocional en forma de diferente sintomatología, la cual es recogida por el discurso psiquiátrico hegemónico, transformándola en trastornos psiquiátricos y medicalizándola. Así, en la tabla 2, se puede observar cómo las características tradicionales de la subjetividad femenina van construyendo realidades, que acaban derivando en síntomas catalogables por el DSM-V como patología mental. En el caso del modelo tradicional, que relega a las mujeres al ámbito privado, les supone a estas desvalorización social, dependencia económica y subordinación, que acaba desencadenando sentimientos de tristeza, culpa o baja autoestima, entre otros síntomas. Asimismo, el modelo en transición expone a las mujeres a experiencias de miedo, angustia e inseguridad que vienen dadas como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado laboral en condiciones de desigualdad. Esto unido a la dificultad de conciliar las esferas pública y privada acaba desembocando en una sobrecarga de trabajo, generando la aparición de malestares. Todos estos síntomas de origen social acaban llegando a la consulta médica, donde se catalogan por parte del discurso biomédico como patología mental (119).

Tabla 2. Organización del sistema sexo/género: mandatos normativos de feminidad, vulnerabilización, experiencia conflictiva no simbolizada (sintomática) y captura psicopatologizadora en las mujeres.

Sistema sexo/género (diferentes modelos, tradicional, en transición, contemporáneo, Velasco 2009)				Experiencia conflictiva de género no simbolizada		Categorías clínicas del discurso biomédico
Dimensión simbólica y cultural	Dimensión material y organizativa		Vulnerabilidad de género	Sintomatología		"Trastorno mental" DSM-V
Sumisión	<ul style="list-style-type: none"> - Relegación al espacio privado. - Cuidado, crianza. - Tareas del hogar. - Maternidad. - Ausencia de espacio íntimo. (Modelo tradicional)		<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de proyecto propio. - Desvalorización. - Ausencia de reconocimiento social. - Dependencia económica. - Subordinación. - Violencia machista. - Abuso sexual 			<ul style="list-style-type: none"> - Depresión mayor. - Trauma, TEPT.
Obediencia						
Ternura						
Pasividad	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación a la vida profesional. - Dificultad de conciliación de los roles "supermujer". - Espacio privado + público. (Modelo en transición)		<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de roles. - Doble/triple jornada laboral. 			<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de ansiedad. - Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas). - Trastornos psicósomáticos.
Emocionalidad						
Comprensión						
Flexibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Cosificación del binarismo de género: ideal del cuerpo delgado, inerte, belleza como virtud frente a cuerpo fuerte, músculo, etc. - Mandato de perfección. - Doble vínculo en las relaciones afectivas. (Modelo contemporáneo)		<ul style="list-style-type: none"> - Cuerpo instrumentalizado. - Cuerpo como virtud. - Dependencia emocional corporeizada. 			<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos alimentarios. - Trastornos de la personalidad dependiente, histriónica y límite.
Prohibición social						
Dependencia						
agresividad y rabia				<ul style="list-style-type: none"> - Delgadez extrema, control sobre el cuerpo. - Dependencia y emotividad excesiva o inapropiadas. - Necesidad del vínculo afectivo: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para tomar decisiones sola. - Miedo a la pérdida 		

Extraído de Pujal et al. (119) *Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V*

1.2.5.3.1. Sesgos de género en los instrumentos de valoración del bienestar emocional

Como resultado de la construcción de la enfermedad mental en base a las subjetividades masculina y femenina, que cataloga como enfermizo aquello relacionado con comportamientos femeninos, las herramientas de screening e instrumentos psicométricos para valorar la salud

mental de la población también podrían estar sujetos a sesgos de género al estar basados en las características normativas de mala salud mental asociadas a comportamientos femeninos como la apatía o el llanto que, en general, son menos habituales entre los hombres, al mismo tiempo que dejan fuera comportamientos más frecuentes entre los hombres como la agresividad o el consumo de sustancias (213). En este sentido hay evidencia que señala que incluir en los instrumentos de valoración ítems relacionados con el llanto pueden sesgar los resultados de dichos instrumentos. De hecho, un estudio que analizaba los ítems del CES-D en busca de sesgos de género mostró que la probabilidad de que las mujeres respondiese con una puntuación alta en el ítem “episodios de llanto” era más del doble (2,14 IC95% [1,60-2,82]) y esto no variaba con la gravedad de los síntomas depresivos (214). Asimismo, un estudio en el que se preguntó a los y las pacientes sobre qué temas debería explorar el personal sanitario para identificar la depresión, las mujeres hacían referencia a preguntas acerca del llanto, mientras que los hombres se decantaban por preguntas relacionadas con la agresividad (215).

Si el llanto o la agresividad son síntomas asociados a la depresión relacionados con el género, esto supone importantes implicaciones conceptuales y diagnósticas. En este sentido, mientras que los ítems relacionados con la agresividad no son frecuentes en los instrumentos de medida, aquellos relacionados con el llanto suelen estar presentes. Como consecuencia, esto puede sesgar los resultados, haciendo que surjan falsos positivos en mujeres y falsos negativos en hombres, sobremedicándolas a ellas e inframedicándolos a ellos. Así, un estudio que analizaba si las disparidades en depresión entre hombres y mujeres disminuían al considerar síntomas alternativos masculinos en lugar de los tradicionales halló que la escala que incluía síntomas alternativos de depresión detectaba una mayor proporción de hombres que cumplían los criterios de depresión y que la escala que incluía tanto síntomas alternativos como tradicionales no encontró diferencias de género en la prevalencia de mujeres y hombres que cumplían los criterios (216).

No obstante, hay que ser cautos a la hora de equiparar los trastornos afectivos de las mujeres y los trastornos del comportamiento de los hombres como trastornos equivalentes de angustia, ya que la perspectiva de la equivalencia funcional (217), que sugiere que los trastornos afectivos y los trastornos del comportamiento son expresiones más o menos intercambiables de angustia y dolor psicológico, ha sido también criticada. Según Mirosky y Ross (218,219), para que la equivalencia funcional fuese válida la depresión y la ansiedad entre las mujeres deberían sustituir el abuso de sustancias y el comportamiento antisocial de los hombres. Ambos trastornos no deberían estar correlacionados o estarlo de manera inversa. Sin embargo, el consumo excesivo de alcohol y la depresión se correlacionan positivamente tanto en hombres como en mujeres (219). Los autores llegaron a la conclusión de que la depresión va acompañada de ira, violencia o consumo abusivo de sustancias, pero no desplaza esas actitudes. Así, mantienen la distinción de conceptos entre trastornos afectivos y del comportamiento, señalando que, aunque el comportamiento antisocial o el consumo de sustancias estén correlacionados con la angustia, no son angustia en sí mismos.

1.2.5.3.2. Sesgos de género del personal sanitario en el etiquetaje de la patología mental

El personal sanitario, cuya formación se ha basado en el modelo biomédico androcéntrico, y desarrolla su vida en una sociedad patriarcal, no es ajeno a todos los constructos sociales que hay alrededor de la patología mental y, en consecuencia, su día a día en la consulta se ve influenciado por los estereotipos de género.

El dominio que los estereotipos de género tienen a la hora de etiquetar a las mujeres como enfermas mentales se viene evidenciando desde hace décadas. En este sentido, los médicos de familia hombres consideraban que sus pacientes femeninas de mediana edad precisaban más tranquilizantes que sus pacientes hombres (220). Asimismo, otro estudio demostró que los médicos varones no solían identificar problemas psicológicos en los hombres (221). Otras investigaciones que han analizado el número de diagnósticos de depresión realizados teniendo en cuenta a su vez la sintomatología depresiva medida por algún instrumento validado, también han mostrado un mayor número de diagnósticos de depresión en mujeres. Esto podría deberse a su mayor sintomatología depresiva, sin embargo, un estudio sobre el diagnóstico de la depresión en atención primaria mostraba que ante puntuaciones altas en el Inventario de depresión de Beck (instrumento de medida para la valoración de la severidad de la depresión), las mujeres tenían una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticadas de depresión que los hombres, incluso habiendo realizado un número de visitas similar a los/as profesionales de salud (222). Resultados similares se observaron en un estudio australiano que incluía dos muestras diferentes, una en atención primaria y otra en una unidad ambulatoria de un hospital general. Utilizando el mismo procedimiento detectaron que en ambas muestras, a pesar de que hombres y mujeres presentaban proporciones similares de puntuaciones altas en el GHQ, los médicos clasificaban como enfermas mentales más frecuentemente a mujeres. Además, los resultados mostraron que esto no se debía a que los hombres con puntuaciones altas no fuesen clasificados como enfermos mentales, sino a que los y las profesionales médicos tendían a clasificar a las mujeres como patológicas a pesar de puntuaciones bajas en el GHQ (142).

Estos mismos sesgos de género se han evidenciado en la prescripción de psicofármacos. Así, estudios que han tenido en cuenta el estado de salud mental han mostrado que, aun controlando el diagnóstico médico de ansiedad y depresión, a las mujeres se les prescribían más ansiolíticos (5,156) y antidepresivos (5,223). Asimismo, un estudio más reciente en el que se analizaba la sobreprescripción de psicofármacos en mujeres informaba de que a pesar de controlar el malestar emocional (medido con el MHI-5), el diagnóstico médico de ansiedad y/o depresión y el número de consultas a atención primaria en el último año, las mujeres tenían mayor probabilidad de que se les prescribiesen psicofármacos. Además, también señalaban la importancia de la interseccionalidad, al encontrar que a las mujeres de menor nivel educativo y clase social manual veían aumentadas sus probabilidades de recibir una prescripción médica de ansiolíticos y/o antidepresivos que los hombres de su mismo nivel socioeconómico (109). No obstante, también hay estudios que no han encontrado diferencias significativas en la prescripción de psicofármacos entre ambos sexos (224).

Además, este etiquetaje se ha visto aumentado en los últimos años con la medicalización de diferentes aspectos de la vida cotidiana. La medicalización de la vida adquiere especial relevancia en el ámbito de la salud mental, al haberse visto impulsado por el lobby farmacéutico (207). La influencia que la industria farmacéutica tiene sobre las prácticas en salud, hace que estas se vean corrompidas, vislumbrando las relaciones de poder social y prevaleciendo las normas que asocian la feminidad a la mala salud mental. La biologización y la falta de reconocimiento de la influencia que las condiciones de vida tienen en la aparición del malestar que sufren las mujeres, es otra expresión más del sexismo existente en las prácticas de salud (225). Síntomas de ansiedad, tensión o enfado que las mujeres expresan hacia sus condiciones de vida, se transforman en patologías, lo que conlleva un aumento de etiquetas psiquiátricas con sus consecuentes tratamientos con psicofármacos. El uso de psicofármacos como medio para tratar malestares de origen social y colectivo supone un problema, ya que los individualiza y biologiza, desviando la atención de la necesidad de un cambio político. Además, la visualización de las reacciones emocionales como patologías y su consecuente tratamiento conlleva la perpetuación de la percepción de las mujeres como débiles, dependientes y necesitadas de ayuda para resolver sus problemas (131).

1.3. Metodología de la investigación

En este apartado se desarrollará la metodología utilizada en la presente tesis. En primer lugar, se explicará la metodología utilizada para la realización de la revisión de alcance y, en segundo lugar, se describirá la metodología cuantitativa con las fuentes de información utilizadas, las variables seleccionadas y el análisis de datos realizado para dar respuesta a los objetivos propuestos.

1.3.1. Diseño de la investigación y población de estudio

Para dar respuesta a los objetivos planteados, esta investigación contempla, por un lado, una revisión de alcance con el propósito de conocer qué papel juegan los determinantes intermedios en las desigualdades de género en salud mental. Esta revisión tendría como finalidad dar respuesta al objetivo específico 1.3. Por otro lado, con el fin de dar respuesta a los objetivos 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2, se plantea un diseño de investigación cuantitativo a partir de la explotación de datos secundarios para conocer las desigualdades de género en la salud mental, así como en su proceso de medicalización desde una perspectiva interseccional.

1.3.1.1. Revisión de alcance

Se llevará a cabo una revisión de alcance de la literatura científica para identificar estudios que analicen el papel de las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados, y el apoyo social como determinantes intermedios que explican las desigualdades de género en la salud mental. Para ello, se revisarán artículos publicados entre 2010 y julio de 2019, con datos referentes al Área Económica Europea (Unión Europea, Reino Unido, Noruega, Liechtenstein, Islandia o Suiza). La localización de los artículos se hará mediante la búsqueda en cuatro bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science y PsycInfo. La estrategia de búsqueda consistirá en una combinación términos MeSH relacionados con cuatro conceptos de búsqueda: el género, la salud mental, los determinantes intermedios relacionados con las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados y el apoyo social y términos relacionados con el país, limitando la búsqueda a artículos científicos publicados en inglés y castellano. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda se presentan en la tabla 3. Se completará la revisión con las referencias de las revisiones que se puedan encontrar durante el proceso.

Tabla 3. Términos de búsqueda utilizados en la revisión de alcance

Dimensiones	Términos de búsqueda
Género	
Género/Sexo	sex OR "gender identity" OR men OR women
Salud mental	
Salud mental	"mental health" OR "mental disorders" OR depression OR anxiety
País	
País	Austria OR Belgium OR Bulgaria OR Croatia OR Cyprus OR Czech Republic OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Ireland OR Italy OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Malta OR Netherlands OR Poland OR Portugal OR Romania OR Slovakia OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR "United Kingdom" OR Iceland OR Norway OR Lichtenstein OR Switzerland OR "European Union" OR Europe OR "Great Britain"
Determinantes intermedios	
Ocupación	employment OR work OR occupations OR "job category" ^a
Trabajo doméstico y cuidado informal	"domestic family-work" ^a OR "domestic labour" ^a OR "domestic work" ^a OR caregivers ^a
Características familiares	"marital status" OR "number of children" ^a OR "family size" ^a
Apoyo social	"social support"
Origen étnico / migración	"ethnic groups"
Clase social / nivel educativo	"economic status" OR "social class" OR "educational status"

^aNo término MeSH.

La selección de los estudios para su inclusión en la revisión de alcance se realizará en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Estudios observacionales.
- Población general mayor de 25 años y menor de 65 años.
- Análisis estratificados por sexo.
- Análisis de los determinantes intermedios (condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidados, y apoyo social) que expliquen las desigualdades de género en la salud mental.
- Resultado sea salud mental autopercibida o diagnosticada clínicamente.
- Datos de países del Área Económica Europea.
- Idioma inglés o español.
- Fecha de publicación entre el 2010 y julio de 2019.
- Con resultados estadísticos (riesgo relativo, odds ratio, hazard ratio, etc.).

Criterios de exclusión:

- Estudios cualitativos, revisiones y editoriales.
- Estudios que analicen diferencias de género en salud mental sin incluir el estudio de los determinantes intermedios.
- El resultado sea uso de servicios médicos, medicalización o suicidios.
- Análisis únicamente de hombres o mujeres.

El proceso de selección de los estudios se realizará en dos fases. En la primera, se hará en base al título y al resumen. En la segunda fase, la selección se basará en la lectura de los textos completos. Este proceso de selección se realizará con la colaboración de una segunda revisora. Se seleccionarán las referencias que cumplan los criterios de inclusión y exclusión y, en el caso de haber discrepancias, se consultará con una tercera revisora. Asimismo, se valorará la calidad de los artículos incluidos. Para ello, se utilizará el instrumento de evaluación de la calidad del National Institutes of Health, “Study Quality Assessment Tools” (226).

1.3.1.2. Análisis cuantitativo

En este apartado, se plantea una metodología cuantitativa para intentar dar respuesta a los objetivos 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2. Los dos primeros, irán dirigidos a analizar las desigualdades de género en salud mental, mientras que los dos últimos analizarán las desigualdades de género en el proceso de medicalización de la salud mental.

Diseño y fuentes de datos:

Se plantea un diseño descriptivo transversal de la población residente en el Estado español de 25 años o más en los años 2014 y 2017. Se utilizarán dos fuentes de datos diferentes. Por un lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en su edición de 2017 y, por otro, la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) del año 2014. Ambas son encuestas representativas de la

población residente en viviendas familiares del Estado español que recogen información sobre el estado de salud, los determinantes de la salud y el uso de los servicios sanitarios. Tanto la ENSE como la EESE utilizan un muestreo aleatorio trietápico estratificado, obteniendo información de grandes muestras de población, en el caso de la ENSE de 23.089 individuos adultos y en el de la EESE de 22.842. Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto (15 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y del Hogar y, en caso de que hubiera menores (de 0 a 14 años), se selecciona un menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores. Esto último sólo en el caso de la ENSE, ya que la EESE únicamente recoge información de población de 15 años o más. La recogida de información se realiza mediante una entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) que podría ser complementada, si fuese necesario, por una entrevista telefónica. Desde 2009 se alterna cada dos años y medio la realización de la EESE y la ENSE, permitiendo la obtención periódica de información sobre la salud poblacional y pudiendo conocer su evolución al compartir un gran grupo de variables. Una explicación más exhaustiva de la metodología y las características de las encuestas puede consultarse en los manuales metodológicos correspondientes a la ENSE (227) y a la EESE (228).

Variables de estudio:

En este apartado se describen las variables utilizadas en los análisis cuantitativos para intentar dar respuesta a los objetivos específicos 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2, que analizan la salud mental de la población española y el proceso de medicalización de la misma. Debido a los diferentes instrumentos utilizados en la ENSE y la EESE para evaluar el estado de salud mental (GHQ-12 y PHQ-8, respectivamente), la construcción de las variables de diagnóstico médico y de consumo de psicofármacos varían según la encuesta, ya que el instrumento empleado en la ENSE valoraba de manera más general la salud mental, mientras que la herramienta utilizada en la EESE es un instrumento específico para la detección únicamente de sintomatología depresiva, lo que nos permitió hacer un análisis más preciso. En consecuencia, para medir la medicalización de la salud mental con los datos de la EESE, se escogió únicamente el diagnóstico médico de depresión, así como el consumo de “antidepresivos, estimulantes” para el análisis del consumo de psicofármacos prescritos.

- Variables de estado de salud mental:

- **GHQ-12:** La ENSE mide el estado de salud mental de la población mediante el GHQ-12 (229). El GHQ-12 es un instrumento auto-administrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos. Consta de 12 ítems referentes a las últimas semanas: *concentrarse bien en lo que hacía; preocupaciones que le hacen perder mucho sueño; sentir que está desempeñando un papel útil en la vida; sentirse capaz de tomar decisiones; notarse constantemente agobiado y en tensión; sensación de que no puede superar sus dificultades; capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día; capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas; sentirse poco feliz o deprimido; sentir que ha perdido confianza en sí mismo; pensar que es una persona que no vale para nada; sentirse razonablemente feliz dadas las circunstancias.* Se puntúa en base a una escala Likert (0-1-2-3) que se puede transformar en (0-0-1-1) la cual recibe el nombre de puntuación GHQ, puntuaciones altas indican peor estado de salud mental. En función del tipo de puntuación que se

utilice el punto de corte se sitúa en 3 o más para la puntuación GHQ o 12 o más para la escala tipo Likert. El GHQ-12 muestra fiabilidad y validez adecuadas para su uso en la población española (alfa de Cronbach de 0,76)(230). Asimismo, un trabajo que analizaba la validez externa afirmaba la asociación entre el GHQ-12 y haber declarado algún trastorno mental previamente, reforzando su sensibilidad (231). En esta tesis se utilizó el punto de corte de ≥ 3 para establecer la mala salud mental.

- **PHQ-8 (Patient Health Questionnaire):** La EESE evalúa la salud mental de la población utilizando el PHQ-8 (232). Esta escala se utiliza para detectar síntomas depresivos y su gravedad en población general. Consta de ocho de los nueve criterios en los que se basa el diagnóstico DSM-IV de trastornos depresivos: *poco interés o alegría por hacer cosas; sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a; problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado; sensación de cansancio o de tener poca energía; poco apetito o comer demasiado; sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a; problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión; moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado o lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual*. Las posibles categorías de respuesta son: *nunca (0); varios días (1); más de la mitad de los días (2); casi todos los días (3)*. La puntuación del PHQ-8 va de 0 a 24 puntos y se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones de sus ítems. Una puntuación total de 0 a 4 no representa síntomas depresivos significativos. Una puntuación total de 5 a 9 representa síntomas depresivos leves; 10 a 14, moderado; 15 a 19, moderadamente grave; y 20 a 24, grave. En esta investigación se ha considerado presencia de sintomatología depresiva la puntuación de 5 o más.

- **Diagnóstico médico:** se mide a través de una pregunta que recoge de manera autorreportada si la persona encuestada ha sido diagnosticada por personal médico de alguna patología a partir de una lista de problemas crónicos más frecuentes. En el caso de la ENSE, se han considerado las respuestas afirmativas a los ítems de “ansiedad crónica” y/o “depresión” dentro de dicha lista para conformar la variable “*Diagnóstico médico de ansiedad y/o depresión*”. Para la EESE, se ha tenido en cuenta la respuesta afirmativa al ítem “depresión”, construyendo, así, la variable “*Diagnóstico médico de depresión*”.
- **Consumo de psicofármacos:** se basa en la respuesta afirmativa a la pregunta sobre el consumo de diferentes grupos de medicamentos en las últimas dos semanas, prescritos por personal sanitario. La variable construida a partir de los datos de la ENSE recogía los grupos: “*tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir*” y/o “*antidepresivos, estimulantes*”. Mientras que la variable procedente de la EESE se ha conformado a través de la respuesta afirmativa al ítem “*antidepresivos, estimulantes*”.
- **Visitas a atención primaria en las últimas cuatro semanas.** La consideración de la inclusión de esta variable en el modelo se realizó con el fin de tener en cuenta el posible efecto de las diferencias en la frecuentación a los servicios de salud entre hombres y mujeres en las desigualdades de género en el proceso diagnóstico y en la prescripción de psicofármacos, ya que estudios han señalado que parte de esa desigualdad podría deberse a la mayor

frecuentación de las mujeres a este tipo de servicios (233). Esta variable se categorizó en ninguna visita a atención primaria, una y dos o más.

- **Variables de posición socioeconómica:** Para el análisis de las desigualdades de género en la salud mental y su medicalización desde una perspectiva interseccional se utilizarán las variables de nivel educativo, clase social ocupacional y edad. Estas tres variables se recogen de manera exactamente igual en ambas encuestas. A continuación, se describirán de manera más detallada.

- **Clase social ocupacional:** este indicador ha sido ampliamente utilizado en el estudio de las desigualdades sociales en salud. A pesar de sus ventajas, no está exento de limitaciones, especialmente cuando se les asigna a personas que en el momento de la encuesta no tienen relación con el mercado de trabajo o que nunca la han tenido. En esta tesis se ha utilizado la clase social ocupacional (actual o última en población inactiva) categorizada en cinco grupos a partir de la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología (234):

- **Grupo I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- **Grupo II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- **Grupo III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Grupo IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
- **Grupo V:** Trabajadores/as no cualificados/as.

- **Nivel educativo:** una de las principales ventajas de utilizar este indicador es que permanece estable en los individuos a lo largo del tiempo. Además, se puede utilizar para clasificar a todas las personas, ya que genera menos problemas como indicador de posición social en algunas poblaciones como las mujeres o las personas mayores que, por ejemplo, la ocupación. En este caso, se ha utilizado el nivel educativo máximo alcanzado, categorizándose a partir de la clasificación de las encuestas en primarios o inferiores, secundarios o universitarios de la siguiente manera:

- **Primarios o inferiores:** No sabe leer ni escribir; Educación primaria incompleta (ha asistido menos de 5 años a la escuela); Educación primaria (fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria).
- **Secundarios:** Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato elemental); Enseñanza bachillerato; Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes; Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes.
- **Universitarios:** Estudios universitarios o equivalentes.

- **Edad:** esta variable fue categorizada en diferentes grupos según las necesidades del análisis. En ocasiones, se ha utilizado de forma continua (como ajuste), en grupos quinquenales o en grupos más grandes (25-49, 50-64, 65-79, 80 y más).
- **Sexo:** la medición del sexo se hará de forma binaria, hombres y mujeres.

En la siguiente tabla (tabla 4), se puede observar la función de las variables previamente descritas en los análisis realizados para cada uno de los objetivos propuestos. Para los objetivos 1.1 y 1.2, las variables dependientes fueron el estado de salud mental y el diagnóstico médico de ansiedad y/o depresión, mientras que para los objetivos 2.1 y 2.2 fueron el diagnóstico médico y el consumo de psicofármacos prescritos. En aquellos objetivos que incluían el análisis con perspectiva interseccional (1.2 y 2.2), se ha utilizado la edad, clase social y nivel educativo como variables de segmentación. En función del objetivo se han utilizado diferentes variables de ajuste. Así, la edad se introdujo como ajuste en los análisis de todos los objetivos, mientras que las variables de estado de salud mental, diagnóstico médico y número de visitas a atención primaria únicamente se utilizaron en los objetivos 2.1 y 2.2. En el siguiente apartado, análisis de datos, se explicará con más detalle cómo se han realizado los análisis estadísticos, así como la inclusión de las diferentes variables.

Tabla 4. Relación entre las variables utilizadas en los análisis estadísticos y su posición en los diferentes objetivos.

		VARIABLES DE ANÁLISIS						
		Estado de salud mental	Diagnóstico médico	Consumo de psicofármacos	Visitas a Atención Primaria	Edad	Clase social	Nivel educativo
Objetivo 1.1	Dependiente			-	-	-	-	-
	Independiente	-	-	-	-			
	Ajuste	-	-	-	-		-	-
	Segmentación	-	-	-	-	-	-	-
Objetivo 1.2	Dependiente			-	-	-	-	-
	Independiente	-	-	-	-	-	-	-
	Ajuste	-	-	-	-		-	-
	Segmentación	-	-	-	-			
Objetivo 2.1	Dependiente	-			-	-	-	-
	Independiente	-	-	-	-	-	-	-
	Ajuste			-			-	-
	Segmentación	-	-	-	-	-	-	-
Objetivo 2.2	Dependiente	-			-	-	-	-
	Independiente	-	-	-	-	-	-	-
	Ajuste			-			-	-
	Segmentación	-	-	-	-			

Análisis de los datos

El análisis de las desigualdades de género en salud mental se realizó mediante el cálculo de las prevalencias brutas y estandarizadas por edad para cada sexo de las variables de estado de salud mental (valorados según los cribados poblacionales GHQ-12 y PHQ-8), de diagnóstico y de consumo de psicofármacos según la clase social y el nivel educativo. La significación de esas

diferencias se determinó a través del cálculo de las razones de prevalencia (RP) ajustadas por edad y sus intervalos de confianza del 95%, calculadas a través de modelos de regresión de Poisson con varianza robusta.

Para valorar el grado de posible sobrediagnóstico de patología mental y sobreprescripción de psicofármacos en las mujeres, se calcularon RP de diagnóstico médico y de consumo de psicofármacos prescritos mediante modelos de regresión de Poisson de varianza robusta tomando como referencia a los hombres. A continuación, se ajustaron estas RP por las diferentes variables previamente descritas de manera secuencial, observando los cambios en las RP. Así, en el caso de los diagnósticos, se calcularon las diferencias entre hombres y mujeres a través de RP ajustadas por edad y posteriormente por el estado de salud mental y por las visitas a AP. En el caso del consumo de psicofármacos, además de estas tres variables, se incluyó la variable de diagnóstico médico como variable de ajuste añadida.

Asimismo, con el fin de determinar el efecto de la interacción entre el sexo y las diferentes variables de posición social seleccionadas (edad, clase social y nivel educativo) en las desigualdades de género en el proceso de medicalización de la salud mental, se calcularon las RP mediante modelos de Poisson de varianza robusta segmentadas por los diferentes grupos sociales (referencia: hombres) tanto de diagnóstico como de consumo de psicofármacos prescritos. Este último análisis siguió la misma metodología descrita en el párrafo anterior (RP y modelos ajustados).

Para la realización de los análisis, se utilizarán los ponderadores muestrales ofrecidos por los organismos productores de las encuestas. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 25 y se estratificaron entre hombres y mujeres.

1.4. Objetivos e hipótesis de la investigación

A continuación, se expondrán los objetivos generales y específicos, así como las hipótesis que han guiado el proceso de investigación, indicando en qué publicaciones se abordan cada uno de los objetivos.

1.4.1 Objetivos

Se plantea como objetivo principal analizar las desigualdades de género en la salud mental y en el proceso de medicalización de la misma, intentando identificar algunos de los factores explicativos más relevantes. Los objetivos específicos que se derivan del objetivo principal se dividen en dos:

1. Analizar las desigualdades de género en la salud mental en la población española:
 - 1.1. Analizar las desigualdades de género en el estado de salud mental y en el diagnóstico clínico de ansiedad y/o depresión.
 - 1.2. Analizar la intersección entre el género y otros ejes de desigualdad (clase social, edad y nivel educativo) en las desigualdades en salud mental.
 - 1.3. Identificar los principales factores explicativos de las desigualdades de género en salud mental relacionados con el trabajo productivo y reproductivo.
2. Analizar las desigualdades de género en el proceso de medicalización de la salud mental de la población española:
 - 2.1. Analizar la desigualdad en el proceso diagnóstico de ansiedad y/o depresión y en la prescripción y consumo de psicofármacos en hombres y mujeres, considerando criterios de necesidad diferencial por sexo.
 - 2.2. Analizar la intersección entre el género y otros ejes de desigualdad (clase social, edad y nivel educativo) en las desigualdades en el proceso de medicalización de la salud mental.

1.4.2. Hipótesis

Para el primer objetivo se plantean las siguientes hipótesis:

1. Las mujeres presentarán prevalencias más altas que los hombres tanto de mala salud mental como de diagnóstico de ansiedad y/o depresión.
2. Las mujeres, no solo presentarán peores resultados en salud mental y en cifras de diagnóstico que los hombres, sino que las pertenecientes a grupos socioeconómicamente menos privilegiados (clase social IV y V, estudios primarios o inferiores, más edad) presentarán peores resultados en salud mental.
3. Los determinantes intermedios de la salud, como el trabajo doméstico y de cuidados, las condiciones de empleo y trabajo, así como las relaciones sociales serán factores explicativos relevantes en el desarrollo de las desigualdades de género en salud mental.

Respecto al objetivo 2, relacionado con el proceso de medicalización de la salud mental se plantean las siguientes hipótesis:

1. Ante misma sintomatología mental expresada en hombres y mujeres, ellas recibirán más frecuentemente un diagnóstico médico de ansiedad y/o depresión. Asimismo, se espera que a igualdad de diagnóstico médico a las mujeres se les prescriban más psicofármacos que a los hombres.

2. La medicalización de la salud mental de las mujeres también se prevé que pueda estar condicionada por la intersección entre los diferentes ejes de estratificación social, afectando negativamente a las mujeres socialmente peor posicionadas.

En la tabla 5 se puede observar la relación entre los objetivos de la tesis y los artículos publicados, así como el tipo de metodología utilizada en cada uno de ellos. Así, los objetivos específicos 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2 se han abordado en las publicaciones "[El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020](#)" y "[Diagnosis and Treatment of Depression in Spain: Are There Gender Inequalities?](#)". Mientras que el objetivo 1.3 se ha abordado en el artículo "[Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review](#)".

Tabla 5. Relación entre los objetivos planteados y los artículos publicados

	Objetivo 1.1	Objetivo 1.2	Objetivo 1.3	Objetivo 2.1	Objetivo 2.2
Revisión de alcance					
Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review					
Análisis cuantitativo					
El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020					
Diagnosis and Treatment of Depression in Spain: Are There Gender Inequalities?					

1.5. Discusión

¿Cuáles son los principales resultados de esta tesis?

Los resultados de esta tesis muestran que, en la población española en los años 2014 y 2017, las mujeres presentaban mayores prevalencias de mala salud mental que los hombres (2014: 11,4% hombres y 21,5% mujeres; 2017: 15,6% hombres y 23,4% mujeres) y de diagnóstico de depresión y/o ansiedad (2014: 5,8% hombres y 13,5% mujeres; 2017: 8,5% hombres y 19,4% mujeres). Este hallazgo es consistente en todos los grupos de edad, clases sociales y niveles educativos, siendo las mujeres de clase social V las que reportaron prevalencias más altas de mala salud mental (2017: 17,9%) y aquellas con estudios primarios o inferiores las que presentaron mayores cifras de diagnóstico (2014: 21,2%; 2017: 23,9%). La revisión de la evidencia acerca del papel que juegan los determinantes intermedios en las desigualdades de género en salud mental identificó como aspectos clave para entender las desigualdades de género en salud mental las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados

y el apoyo social. Los 30 estudios revisados de países del Área Económica Europea mostraron que a los hombres les afecta en mayor medida a su salud mental las condiciones de empleo, mientras que a las mujeres son las condiciones de trabajo y la necesidad de compaginar las esferas pública y privada. Además, se observó que el apoyo social parece ser un factor protector de la salud mental de las mujeres. La literatura en torno a los determinantes intermedios desde una perspectiva interseccional es escasa, pero la poca que hay muestra que la salud mental de hombres y mujeres más vulnerables es peor que la de aquellos/as pertenecientes a grupos socialmente mejor posicionados, aunque difieren entre los sexos los motivos de los peores resultados en salud mental.

En relación al análisis del posible proceso de medicalización, se observa que las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de recibir un diagnóstico médico de ansiedad y/o depresión (RP₂₀₁₇=1,78 [1,65-1,92]) y de que se les prescriban psicofármacos (RP₂₀₁₇=1,17 [1,10-1,25]), sin que ello esté justificado por un peor estado de salud mental y la mayor frecuentación a las consultas de atención primaria o, en el caso del consumo de psicofármacos prescritos, por un mayor número de diagnósticos. En cuanto a la perspectiva interseccional, las desigualdades de género son muy evidentes en todos los grupos sociales, pero son las mujeres de los grupos sociales más vulnerables las que presentan un mayor diagnóstico y prescripción de psicofármacos. Cabe destacar que, en el caso de la prescripción de psicofármacos, en los grupos con nivel educativo universitario (RP₂₀₁₇=1,03 [0,84-1,26]; RP₂₀₁₄=1,20 [0,84-1,72]), en los de clase social I (RP₂₀₁₄=0,78 [0,53-1,14]) y II (RP₂₀₁₄=1,18 [0,73-1,90]) y entre los más jóvenes (RP₂₀₁₇=0,93 [0,82-1,05]; RP₂₀₁₄=1,16 [0,96-1,39]) las desigualdades de género desaparecen, haciendo evidente que la suma de vulnerabilidades es un factor a tener en cuenta para medir la salud mental de la población y su medicalización.

¿Cómo se relacionan estos resultados con el conocimiento disponible?

La explotación de los datos cuantitativos ha mostrado que el estado de salud mental, así como el diagnóstico de depresión y/o ansiedad son significativamente mayores en mujeres que en hombres, datos que van en concordancia con los resultados de otros estudios a nivel internacional (149,235,236). La explicación a este fenómeno es muy probable que no se pueda atribuir a una única causa, sino que dependa de la suma de diferentes factores. Sin embargo, actualmente, a pesar de la relevancia que tiene la estratificación de los análisis por sexo, sigue habiendo muchos estudios en este ámbito que no segregan sus resultados para hombres y mujeres (237), perdiéndose información muy valiosa y siendo aún muchas las incógnitas en torno a las causas que puede haber tras estos resultados.

La desigual posición histórica de hombres y mujeres en la jerarquía social modela las sociedades y estructura los espacios. La actual estructura económico-política conlleva una distribución socioeconómica desventajosa para las mujeres, que acaba derivando en experiencias de marginación, explotación y pobreza (injusticia material-socioeconómica) (173) y, en consecuencia, minando su salud mental (106). Asimismo, el androcentrismo y el sexismo

presente en todas las esferas de la sociedad desvalorizan todo aquello relacionado con lo femenino, premiando lo masculino (injusticia simbólico-cultural) (173). Esto último se ve reflejado, por ejemplo, en la exclusión de las mujeres del espacio público o de puestos de decisión, entre otros (184). Esta devaluación de las mujeres acaba afectando a su autoestima y confianza con efectos negativos para su salud mental (187).

La desigualdad de género en la sociedad, como señala Hernando (95), deriva de cómo históricamente se han construido las identidades masculina y femenina. El desarrollo de la identidad relacional en las mujeres las relegó al ámbito privado, mientras que los hombres con su individualización ocuparon la esfera pública. Con la revolución industrial, además, estos dos espacios se delimitaron mucho más, incrementando la desigualdad entre hombres y mujeres, al ganar importancia la esfera pública y devaluarse la esfera privada (131). A pesar de que con la modernidad las mujeres necesitaron individualizarse para poder adaptarse a las características sociales del momento, no pudieron abandonar la identidad relacional, adoptando la denominada individualidad independiente, la cual supone una carga añadida para las mujeres (95). Así, la construcción desigual de las identidades masculina y femenina deriva en subjetividades enfermantes (173) o roles enfermantes (131) que acaban teniendo repercusiones negativas en la salud mental de las mujeres. En este sentido, como se señalaba en el apartado 5, la construcción de la identidad de las mujeres como seres emocionales, sumisos y predispuestos al cuidado, ligada a la obligatoriedad impuesta por la sociedad para el cumplimiento de esos mandatos normativos predispone a las mujeres a la culpa, con la consecuente aparición de malestares. Dicho malestar se genera tanto por intentar cumplir con todo aquello que se les ha impuesto (sumisión, cuidados, vulnerabilidad), como por intentar trasgredir su rol y optar por actitudes tradicionalmente masculinas (liderazgo, autonomía, racionalidad). Esto guarda estrecha relación con el doble estándar que define qué es la buena salud mental para hombres y mujeres en base al cumplimiento de los roles correspondientes. En consecuencia, las mujeres encuentran sufrimiento mental tanto por ir en contra de lo socialmente establecido, como por seguirlo, al acatar actitudes mentalmente menos saludables (119,173).

Aunque en esta tesis no se han analizado empíricamente los factores explicativos de las desigualdades de género en salud mental, la revisión realizada aportó información de cómo se comportan algunos de los factores explicativos de las desigualdades de género en salud mental. La evidencia hallada en torno al mercado de trabajo muestra que las condiciones de empleo y trabajo afectan de manera diferente a la salud mental de hombres y mujeres. Las condiciones de empleo, como los bajos ingresos económicos y el desempleo, afectan en mayor medida a la salud mental de los hombres (238–241), mientras que la salud mental de las mujeres se ve más afectada por algunas condiciones de trabajo, como el estrés (242), la baja capacidad de control en el trabajo (243) o la doble presencia (242). Estos resultados podrían explicarse por las diferentes posiciones que suelen ocupar hombres y mujeres en el mercado laboral, así como por los roles tradicionalmente atribuidos a cada sexo. Respecto a la primera cuestión, una revisión realizada sobre las condiciones de empleo y trabajo señaló que la mala salud mental de las mujeres podría ser consecuencia de las características del propio mercado laboral. Concretamente, la segregación vertical y horizontal empeoran las condiciones laborales de las mujeres y limitan sus oportunidades, afectando a su bienestar emocional. En el caso de los

hombres, dicha segregación parece tener peores consecuencias en su salud física (182). Asimismo, los resultados de du Prel et al. (242) muestran que la doble presencia afecta en mayor medida a la salud mental de las mujeres como consecuencia de su mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados. El desequilibrio e insatisfacción que se produce como resultado de las exigencias laborales y familiares genera un conflicto entre ambas esferas de la vida al interferir las cuestiones domésticas en las laborales y viceversa (71). La doble presencia, que fundamentalmente afecta a las mujeres (244), supone menos oportunidades laborales y una mayor carga física y mental reflejándose en sus peores resultados en salud mental. En el caso de los hombres, los roles tradicionales, basados en el modelo *breadwinner*, donde el hombre se encarga de proveer de recursos a la familia, genera que la situación que ostenten en el mercado laboral les suponga un mayor riesgo para la salud mental (245).

Respecto al trabajo doméstico y de cuidados, la evidencia encontrada muestra que la incorporación de las mujeres al mercado laboral, no les ha eximido de las responsabilidades domésticas. En este sentido, se observó que en las mujeres las dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar se asociaba con mala salud mental, independientemente de su tipo de jornada laboral. Sin embargo, en los hombres solo se halló asociación significativa en los que trabajaban a jornada completa (242). Asimismo, también se encontró que cuando las mujeres perciben que existe desigualdad de género en su relación de pareja, esto es factor de riesgo para su salud mental, mientras que para la salud mental de los hombres no tiene implicaciones (190). Al igual que se ha comentado anteriormente, los mandatos y roles de género tradicionales que imperan en la sociedad exponen a las mujeres a tener que ocuparse del trabajo doméstico y de cuidados, que conllevan las dobles o triples jornadas, con consecuencias para la salud mental (225).

La evidencia en torno al estado civil señala que las mujeres separadas, divorciadas, viudas y solteras presentan peores resultados en salud mental que las mujeres casadas (241,243,246). Esto podría explicarse desde la “hipótesis de la protección”, que señala que el matrimonio reduce las conductas de riesgo y aumenta el apoyo social y financiero (192). Es importante señalar que estos resultados se basan en matrimonios heterosexuales, por lo tanto, teniendo en cuenta que el modelo de familia está viviendo una transformación en los últimos años, sería preciso ahondar la investigación en este ámbito. Asimismo, estudios han señalado que las mujeres solteras con menores a su cargo presentan peores resultados en salud mental al tener que hacerse cargo ellas solas del cuidado de los/as hijos/as, así como de los gastos económicos (194).

Respecto al apoyo social, la evidencia también muestra que es más determinante en la salud mental de las mujeres. Los resultados encontrados mostraron que para las mujeres no sólo fue importante tener una red social extensa formada por amigos/as y familiares, sino que percibir que pueden contar con su apoyo en momentos de dificultad también fue factor protector (247). Sin embargo, en los hombres esta relación no se observó. Esto podría explicarse por la necesidad de las mujeres de compaginar vida laboral y familiar que hace que en ocasiones sea necesaria la ayuda de terceras personas para lograr esa conciliación. Uno de los artículos mostró que, a mayor nivel educativo de las mujeres, aumentaba el tamaño de las redes de amistad, señalando a la educación como una vía para disminuir la brecha de género en salud mental (248).

Por último, subrayar que la evidencia hallada en torno a los factores explicativos de las desigualdades de género en salud mental desde una perspectiva interseccional es escasa. En la revisión únicamente cuatro artículos tuvieron en cuenta otro determinante estructural a parte del género en sus análisis. La poca evidencia disponible mostró que la clase social ejerce influencia en las desigualdades de género en salud mental (249–251). Por ejemplo, las mujeres de clase social manual presentaron peores resultados en salud mental cuando el núcleo familiar estaba formado por más de cuatro miembros (250). Un núcleo familiar grande suele ir ligado a una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, bien por tener menores a cargo o por tener personas mayores que precisen cuidados. En este sentido, las mujeres de clase social baja pueden encontrar dificultades para dar respuesta a todas esas necesidades, mientras que las mujeres de clases sociales más elevadas suelen disponer de más recursos para poder hacer frente a esas responsabilidades (49). Entre los hombres, los desempleados de clase social manual presentaron peores resultados en salud mental (251), lo cual podría explicarse por los roles de género que, unido al menor poder adquisitivo de la clase social manual, aumentaría la tensión financiera en los hombres desempleados afectando en mayor medida a su salud mental. La escasa evidencia encontrada respecto a las desigualdades de género en salud mental desde la perspectiva interseccional va en la misma línea que los resultados cuantitativos, los cuales muestran que las mujeres de los grupos socialmente peor posicionados presentaban mayores prevalencias de mala salud mental y de diagnóstico de ansiedad y/o depresión, observándose un claro gradiente social, según el cual, a medida que desciende la clase social y nivel educativo, aumentan los malos resultados en salud mental. Estos resultados nos muestran la importancia del contexto socioeconómico en las desigualdades de género en salud mental.

En relación al posible proceso de medicalización muestran que existen desigualdades de género en ambos procesos y que estas persisten tras ajustar por el malestar emocional y por la frecuentación a atención primaria y, en el caso de la prescripción de psicofármacos, por el diagnóstico médico. Además, van en la línea de otros estudios que han evidenciado la existencia de un mayor diagnóstico de depresión y/o ansiedad en mujeres ante misma sintomatología mental en ambos sexos, así como un mayor consumo de psicofármacos (149,235,236). La búsqueda de una explicación a estos resultados es compleja, ya que puede derivarse de un proceso paradójico doble en el que las mujeres podrían estar viviendo un proceso de sobremedicalización de su salud mental, mientras que en los hombres podría estar teniendo lugar una inframedicalización. A este proceso de posible tratamiento excesivo por un lado y reconocimiento insuficiente por otro, se ha denominado por algunos/as autores/as la paradoja de la salud mental (252). Este hecho podría ser el resultado de la socialización diferencial de la emotividad en hombres y en mujeres, que implica que atributos tradicionalmente femeninos como la sensibilidad, la expresión mediante el llanto o la labilidad emocional favorezcan la identificación de los mismos con la definición hegemónica de depresión. En consecuencia, los/as profesionales sanitarios podrían tener mayor facilidad para asociar síntomas constitutivos del diagnóstico clásico en las mujeres (106). Asimismo, también se podría estar produciendo un infradiagnóstico en los hombres, ya que los requerimientos sociales de la identidad masculina tradicional premian la falta de expresividad emocional, dificultando, así, el diagnóstico de depresión en ellos. Esta equiparación de lo femenino a lo patológico está muy ligada a cómo se ha construido el conocimiento científico y, en particular, la psiquiatría. Ésta, basada en el modelo biomédico, se queda obsoleta para entender y dar respuesta a los malestares de las mujeres, al

expresar de manera más difusa, no tan lineal, su experiencia. Ante este escenario, los y las profesionales que han sido entrenados/as para agrupar los síntomas en categorías diagnósticas, se podrían ver sin herramientas para hacer frente a estos malestares y terminan catalogando de patológicos malestares que el modelo biomédico no es capaz de asimilar(119).

En base a esa construcción de la salud mental y a la asimilación de las características femeninas a la patología mental, las herramientas de valoración del estado emocional también podrían estar sujetas a sesgos de género, ya que sus ítems se basan en las características definitorias de depresión del DSM-5, carente de perspectiva de género. De hecho, hay estudios que han señalado que en los ítems relacionados con el llanto, la probabilidad de que las mujeres respondiesen con una puntuación alta era más del doble que en los hombres, independientemente de la gravedad de los síntomas depresivos (214). Del mismo modo, al incluir en las escalas síntomas de depresión alternativos a los tradicionales, aumentaba la detección de esta patología en los hombres (216).

Otra cuestión que podría estar detrás del mayor diagnóstico de ansiedad y/o depresión y de la mayor prescripción de psicofármacos en las mujeres podría estar relacionado con su mayor frecuentación a las consultas de atención primaria (233). Se sabe que no tiene por qué haber una relación directa entre experimentar síntomas de enfermedad y la decisión de buscar ayuda, ya que los patrones y búsqueda de ayuda dependen de las experiencias de la persona con procesos patológicos, con respuestas previas recibidas por los servicios y los y las profesionales sanitarios, así como los niveles de apoyo social y los recursos alternativos disponibles en su comunidad (253). Además, en el caso de la sintomatología mental, debido al estigma social que conlleva y a la ineficacia percibida de los tratamientos, se tiende a la evitación. Algunos estudios han señalado que no existen diferencias en la búsqueda de ayuda entre las personas que padecen angustia psicológica severa (253). Sin embargo, la proporción de mujeres que acuden en general a atención primaria es mayor que la de hombres y tienden a buscar ayuda de manera activa más frecuentemente que ellos (254), lo cual podría estar relacionado también con la socialización desigual de los sexos y la mayor normalización por parte de las mujeres de los problemas de salud mental (255). Además, su mayor frecuentación también podía estar ligada al hecho de que las mujeres por sus roles (trabajadoras a tiempo parcial o amas de casa) tienen más flexibilidad para visitar a su médico/a. Asimismo, por su rol de cuidadoras tienen más contacto con el sistema sanitario al encargarse de las consultas médicas de otros miembros de la familia (personas mayores o hijos/as), lo que puede contribuir a la detección de problemas de salud mental. En consecuencia, el hecho de que las mujeres estén más en contacto con el sistema sanitario podría facilitar la detección de sintomatología mental y en consecuencia su tratamiento. No obstante, hay estudios que señalan que ajustando los diagnósticos y la prescripción de psicofármacos por el número de consultas a atención primaria, se sigue diagnosticando y prescribiendo psicofármacos más intensamente a las mujeres (109), lo que pone en duda que ello sea un factor clave en el proceso de medicalización de la salud mental de las mujeres. Los resultados de esta tesis van en este sentido, ya que, ajustando los modelos por la frecuentación de visitas a atención primaria, las probabilidades de diagnóstico y de prescripción de psicofármacos prácticamente no variaban.

Desde el punto de vista interseccional, las desigualdades de género en el diagnóstico de ansiedad y/o depresión, así como en el consumo de psicofármacos, en general, tienden a

umentar en la población de mayor edad y de menor clase social y nivel educativo, apoyando la hipótesis de la existencia de un efecto multiplicativo por la acumulación de experiencias de desigualdad. Esto podría significar que la interrelación entre diferentes ejes de desigualdad afecta a la respuesta de los/as profesionales ante las mujeres peor posicionadas socioeconómicamente haciéndolas más vulnerables a los prejuicios de género. Una revisión sistemática encontró que los pacientes con menor nivel educativo y de menores ingresos reciben menos información diagnóstica por parte de sus médicos en consultas menos participativas, lo que limita su papel en la toma de decisiones respecto a su tratamiento (256). Un estudio realizado con médicos de AP sobre el diagnóstico de la enfermedad coronaria mostró que a las mujeres se les hicieron menos preguntas, menos exámenes físicos y pruebas diagnósticas, pudiendo derivar en un diagnóstico menos preciso y un tratamiento no adecuado (257). Otro estudio también mostró la influencia del género de los/as pacientes en la relación interpersonal y en la toma de decisiones por parte del médico/a respecto al tratamiento a seguir (258). Además de las desigualdades existentes en las relaciones médico-paciente, la mayor desigualdad de género en el diagnóstico y en la prescripción en los colectivos más desfavorecidos podría deberse a la mayor presencia de valores masculinos tradicionales entre los hombres socioeconómicamente peor posicionados (259), lo que derivaría en una evitación de los síntomas y, por lo tanto, en un infratratamiento. En el caso de las mujeres de clases sociales bajas, la necesidad de recuperar la funcionalidad para seguir con sus responsabilidades familiares cotidianas podría conllevar una actitud proactiva en la solicitud de fármacos con el objetivo de lograr una pronta recuperación. No obstante, se necesita más investigación con perspectiva interseccional para conocer mejor los mecanismos que hay detrás de estos resultados.

¿Cuáles son las principales limitaciones y fortalezas de esta tesis?

La primera limitación sería la no inclusión de la violencia como determinante intermedio de las desigualdades de género en salud mental en el estudio de sus factores explicativos. Su ausencia se debe a que la revisión se centró en la búsqueda de artículos que analizaran el papel que desempeñan diferentes determinantes intermedios de la salud en las desigualdades de género en salud mental de hombres y mujeres y, en este caso, los artículos encontrados sobre violencia únicamente hacían referencia a las mujeres. Sin embargo, cabe destacar la agrupación de la evidencia en una única revisión acerca del papel que desempeñan tres determinantes intermedios de la salud en las desigualdades de género en salud mental. Además, el incluir la perspectiva interseccional, pese a no haber podido realizar un análisis en profundidad de los factores explicativos de las desigualdades de género en salud mental debido a la escasez de artículos que aplicasen esta perspectiva, su incorporación en nuestro análisis nos ha permitido constatar, por un lado, su relevancia y, por otro, su ausencia en la investigación actual en salud mental. La segunda limitación hace referencia al tipo de artículos incluidos en la revisión. Gran proporción de los estudios analizados eran transversales (17 de 30), lo que implica que los resultados deben interpretarse con cautela al no poder establecer con seguridad su dirección causal. Tercera, la revisión se centró únicamente en artículos científicos revisados por pares, dejando fuera la literatura gris y aquellos estudios publicados en revistas sin revisión por pares.

La cuarta limitación es la variabilidad de los aspectos de la salud mental estudiados en los artículos: malestar psicológico, diagnóstico o síntomas depresivos, diagnóstico o síntomas de ansiedad o número de días con quejas de salud mental, lo que imposibilita hablar de resultados concretos para una patología o sintomatología específica. No obstante, nos permite dar una visión general de cómo intervienen los determinantes intermedios en las desigualdades de género en salud mental. Otra limitación es que los datos utilizados en los estudios cuantitativos son datos autorreferidos a partir de encuestas de salud. Este tipo de datos pueden no coincidir con los obtenidos a través del uso de bases de datos clínicas (259). Sin embargo, las encuestas de salud poblacionales son las herramientas más utilizadas para conocer la prevalencia de problemas clínicos a nivel poblacional. Además, recurrir a datos procedentes de encuestas de salud permite obtener información de toda la población y no sólo de aquellas personas que utilizan el sistema sanitario público como ocurre en el caso de la historia clínica digital en nuestro contexto. Asimismo, las encuestas de salud presentan la ventaja de contener multitud de datos socioeconómicos que no están disponibles en los registros sanitarios. Finalmente, existe la posibilidad de la presencia de sesgos de género en los instrumentos de valoración de la sintomatología mental, ya que la mayor parte de las herramientas utilizadas para este fin utilizan criterios que catalogan características tradicionalmente entendidas como femeninas como sintomatología mental (213). Los instrumentos utilizados tanto en los análisis cuantitativos (PHQ-8 Y GHQ-12), como los utilizados en los artículos incluidos en la revisión de la literatura pueden, por tanto, estar subestimando la cifra de hombres con síntomas depresivos. Sin embargo, si ese fuera el caso, se estaría produciendo una infraestimación de las desigualdades de género en la medicalización de la salud mental, lo que reforzaría nuestros hallazgos. No obstante, son instrumentos ampliamente utilizados y validados para valorar la salud mental en población general.

¿Qué implicaciones políticas y líneas futuras de actuación se derivan de estos resultados?

Para lograr el objetivo de disminuir las desigualdades de género en salud mental, así como en su abordaje clínico, es precisa la intervención política a diferentes niveles. A nivel estructural, teniendo en cuenta que las desigualdades de género en salud mental están muy ligadas al nivel de desigualdad de género en la sociedad, toda intervención pública aplicada en los diversos espacios sociales (mercado laboral, trabajo doméstico y de cuidados, empoderamiento político y social, violencia de género o educación, entre otros) dirigida a combatir dicha desigualdad, supondrá efectos positivos en la reducción de la brecha de género también en salud mental.

En el ámbito específico de los procesos de sobrediagnóstico y sobreprescripción en las mujeres, es preciso la toma de conciencia sobre la dependencia social hacia los psicofármacos. Por ello, desde el nivel institucional es necesario un compromiso firme orientado a frenar la medicalización de los malestares cotidianos desde una perspectiva de género, que visibilice la especial vulnerabilidad de las mujeres a las presiones, no solo de la industria farmacéutica, sino también del conjunto de la maquinaria médico-institucional.

A nivel asistencial, es preciso repensar el modelo de práctica asistencial actual y reflexionar sobre los criterios en base a los cuales se crean categorías diagnósticas y pautas de tratamiento. En este sentido, deconstruir los estereotipos de género que hay en torno a la ansiedad y la depresión ayudaría a la disminución del etiquetaje. Así, la incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de la sintomatología referida por los/as pacientes puede suponer un cambio radical en el concepto de la depresión y en su tratamiento, dándole un nuevo significado al sufrimiento psíquico. Asimismo, tener como marco de referencia la prevención cuaternaria, definida como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por las intervenciones médicas (260), puede ayudar a identificar a aquellas personas en riesgo de sobremedicalización y protegerlas.

Se necesita un debate en torno a la invisibilización de las mujeres en la ciencia. Su ausencia en los estudios dificulta conocer sus especificidades y, en consecuencia, la evidencia creada y la formación en materia de salud mental sigue siendo parcial, perpetuando los sesgos de género en el abordaje de la salud mental. Acabar con el androcentrismo en la investigación, así como en la formación de los y las profesionales de la salud requiere de una apuesta fuerte por la incorporación de la perspectiva de género.

En relación a las futuras líneas de investigación que abre esta tesis, profundizar desde una mirada cualitativa sobre los factores explicativos de las desigualdades de género en la medicalización de la salud mental, podría ayudar a esclarecer los mecanismos que hay detrás de los procesos de diagnóstico y de prescripción de psicofármacos en hombres y mujeres. A menudo, una mirada exclusivamente cuantitativa no permite desentrañar el conjunto de factores que, de forma interrelacionada, explican un fenómeno complejo, como es el que ha abordado esta tesis. De hecho, dentro del proyecto en el que se enclava la misma, se está empleando también una metodología cualitativa, con el objetivo de comprender las dinámicas que hay detrás de los resultados cuantitativos mediante la realización de entrevistas en profundidad y grupos de discusión con profesionales de la salud y pacientes, así como personas expertas que puedan aportar, desde un plano discursivo, claves para entender la construcción social y las representaciones ligadas al fenómeno estudiado.

Por otra parte, teniendo en cuenta la relevancia que tiene la aplicación de la mirada interseccional en el estudio de las desigualdades de género en salud mental y, viendo la escasez de estudios que la integran, abogar por su inclusión en la investigación, no solo en este ámbito, sino también en cualquier otro relacionado con la salud, permitirá dar una visión más específica de la situación de la población, permitiendo el diseño de políticas públicas más efectivas. En este sentido, lejos de aplicar un enfoque tradicional que omite la diversidad sociocultural, incorporar la mirada interseccional en el desarrollo de políticas, permitirá tener en cuenta la situación de grupos de población ocultos hasta ahora, facilitando el abordaje de la complejidad intracategoría y posibilitando ofrecer soluciones a discriminaciones específicas.

Por último, sería muy interesante analizar las desigualdades de género en la posible medicalización de la salud mental de las mujeres con una mirada internacional, que permitiese ver si este hecho se repite y en qué magnitud en los diferentes países, así como observar si se producen diferentes patrones entre países, en función, por ejemplo, de los diferentes regímenes de bienestar o la magnitud de la desigualdad de género en cada contexto.

1.6. Bibliografía

1. OMS. Más sano, más seguro, más justo: la travesía de la salud mundial 2007-2017 [Internet]. Ginebra; 2017 [Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259204/9789243512365-spa.pdf?sequence=1>]
2. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra; 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=B474EDF6E7395703DFC2D6C35153EAA6?sequence=1
3. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. Vol. 51, Can J Psychiatry. Can J Psychiatry. 2006;51(2):100-13. doi: [10.1177/070674370605100206](https://doi.org/10.1177/070674370605100206)
4. Sáenz-Herrero M. Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology. Springer; 2015.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;109(420):55–64. doi: [10.1111/j.1600-0047.2004.00331.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00331.x)
6. Potts MK, Burnam MA, Wells KB. Gender Differences in Depression Detection: A Comparison of Clinician Diagnosis and Standardized Assessment. 1991.
7. Borowsky SJ, Rubenstein L V, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M, Wells KB. Who Is at Risk of Nondetection of Mental Health Problems in Primary Care? J Gen Intern Med. 2000;15(6):381. doi: [10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x)
8. AA H. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. Med Care. 1989;27(5):478–90. doi: [10.1097/00005650-198905000-00004](https://doi.org/10.1097/00005650-198905000-00004)
9. Ortiz T. Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista. Oviedo: KRK; 2006.
10. Ruiz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Serie Nueva Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2009;78. Available from: <https://www.easp.es/project/sesgos-de-genero-en-la-atencion-sanitaria-serie-nueva-salud-publica/>
11. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra; 2009.
12. Howard LM, Ehrlich AM, Gamlen F, Oram S. Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. Lancet Psychiatry. 2017;4(1):9–11. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30209-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30209-7)
13. Blaxter M. Health. 2nd Editio. Wiley; 2010.

14. Bury M. Health and illness. 2005.
15. McKeown T. The modern rise of population. London: Edward Arnold; 1976. 168 p.
16. McKeown T. The role of medicine : dream, mirage, or nemesis?. Oxford: Basil Blackwell; 1979. 207 p.
17. Illich I. Limits to Medicine Medical Nemesis : The Exploration of Health. Middlesex: Penguin Books; 1976.
18. Zola I. Medicine as an instruction of social control. Sociol Rev. 1972;20:487–504. doi: [10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x)
19. R C. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. Int J Health Serv. 1977;7(4):663–80. doi: [10.2190/YU77-T7B1-EN9X-GOPN](https://doi.org/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-GOPN)
20. Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. Nat Mediat. 1998;51:17–22.
21. Wainwright D. The Changing Face of Medical Sociology. In: A Sociological of Health. London: SAGE; 2008.
22. Taylor S. Approaches to health and illness. In: Sociology of Health and Health Care. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
23. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ Br Med J . 2001;322(7296):1233–6. doi: [10.1136/bmj.322.7296.1233](https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1233)
24. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal; 1982.
25. Mummery, WK, Lauder W, Schofield G, Caperchione C. Associations between physical inactivity and a measure of social capital in a sample of Queensland adults. J Sci Med Sport. 2008;11(3):308–15. doi: [10.1016/j.jsams.2007.06.002](https://doi.org/10.1016/j.jsams.2007.06.002)
26. Daniel K, Subramanian S V, Kawachi I. Social capital and Psysical health: a systematic review of the literature. In: Kawachi I, Subramanian SV, Daniel K, editors. Social capital and health. New York: Springer; 2008.
27. De Maio F. Health and social theory. 2010;204.
28. Stoyanova A, L D-S. Salud y capital social. In: Rodríguez M, Urbanos R, editors. Desigualdades sociales en salud Factores determinantes y elementos para la acción. Madrid: Elsevier Masson; 2008.
29. Nieminen T, Prättälä R, Martelin T, Härkänen T, Hyyppä MT, Alanen E, et al. Social capital, health behaviours and health: A population-based associational study. BMC Public Health. 2013;13(1):613. doi: [10.1186/1471-2458-13-613](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-613)
30. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: A systematic review of

- systematic reviews. *SSM Popul Health*. 2019;8:100425. doi: [10.1016/j.ssmph.2019.100425](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425)
31. Blane D, Bartley M, Smith G. Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *Eur J Public Health*. 1997;7:385–91. doi: [10.1093/eurpub/7.4.385](https://doi.org/10.1093/eurpub/7.4.385)
 32. Waitzkin H. A Marxist interpretation of the growth and development of coronary care technology. In: Conrad P, Kern R, editors. *The sociology of Health and Illness*. New York: St Martin's Press; 1986.
 33. Navarro V. *Medicine under capitalism*. London: Croom Helm; 1976. 230 p.
 34. Barnish MS, Tan SY, Taeihagh A, Tørnes M, Nelson-Horne RVH, Melendez-Torres GJ. Linking political exposures to child and maternal health outcomes: a realist review. *BMC Public Health*. 2021;21(1):127. doi: [10.1186/s12889-021-10176-2](https://doi.org/10.1186/s12889-021-10176-2)
 35. Barnish M, Tørnes M, Nelson-Horne B. How much evidence is there that political factors are related to population health outcomes? An internationally comparative systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e020886. doi: [10.1136/bmjopen-2017-020886](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020886)
 36. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (part 1)*. Copenhagen; 2006.
 37. Dahlgren G, Whitehead M. *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire*. London: King's Fund; 1993.
 38. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health* [Internet]. London; 1998 [citado 21 de julio de 2021]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-inequalities-in-health-report>
 39. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health*. Copenhagen; 2006.
 40. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315–23. doi: [10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
 41. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239. doi: [10.1136/bmj.f5239](https://doi.org/10.1136/bmj.f5239)
 42. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*. 2014;14:1310. doi: [10.1186/1471-2458-14-1310](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1310)
 43. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(4):561–73. doi: [10.1007/s00420-015-1107-1](https://doi.org/10.1007/s00420-015-1107-1)

44. Freyer-Adam J, Gaertner B, Tobschall S, John U. Health risk factors and self-rated health among job-seekers. *BMC Public Health*. 2011;11(1):659. doi: [10.1186/1471-2458-11-659](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-659)
45. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):4–27. doi: [10.2174/1874473711104010004](https://doi.org/10.2174/1874473711104010004)
46. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):610–22. doi: [10.1093/ije/dyi024](https://doi.org/10.1093/ije/dyi024)
47. Koranyi I, Jonsson J, Rönnblad T, Stockfelt L, Bodin T. Precarious employment and occupational accidents and injuries - a systematic review. *Scand J Work Environ Health*. 2018;44(4):341–50. doi: [10.5271/sjweh.3720](https://doi.org/10.5271/sjweh.3720)
48. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain J, Valderrama M, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008;22:443–50. doi: [10.1157/13126925](https://doi.org/10.1157/13126925)
49. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiol Rev*. 2014;36(1):31–48. doi: [10.1093/epirev/mxt002](https://doi.org/10.1093/epirev/mxt002)
50. Mosquera I, Larrañaga I, Del Río Lozano M, Calderón C, Machón M, García Calvente M. Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: estudio CUIDAR-SE. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93(7).
51. del Río Lozano M, García-Calvente MM, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res*. 2017;26(12):3227–38.
52. Araújo IM, Paul C, Martins MM. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2009 Sep 11;8(2).
53. Pimenta GMF, Costa MA da SMC da, Gonçalves LHT, Alvarez ÂM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2009;43(3):609–14. doi: [10.1590/S0080-62342009000300016](https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300016)
54. Metidieri MM, Rodrigues HF, Filho FJ, Ferraz DP, Neto AF, Torres S. Noise-Induced Hearing Loss (NIHL): literature review with a focus on occupational medicine. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2013;17(2):208–12. doi: [10.7162/S1809-9772013000200015](https://doi.org/10.7162/S1809-9772013000200015)
55. Test T, Canfi A, Eyal A, Shoam-Vardi I, Sheiner EK. The Influence of Hearing Impairment on Sleep Quality Among Workers Exposed to Harmful Noise. *Sleep*. 2011;34(1):25.
56. de Keijzer C, Agis D, Ambrós A, Arévalo G, Baldasano JM, Bande S et al. The association of air pollution and greenness with mortality and life expectancy in Spain: A small-area study. *Environ Int*. 2017;99:170–6. doi: [10.1016/j.envint.2016.11.009](https://doi.org/10.1016/j.envint.2016.11.009)
57. Hamra GB, Laden F, Cohen AJ, Raaschou-Nielsen O, Brauer M, Loomis D. Lung Cancer and Exposure to Nitrogen Dioxide and Traffic: A Systematic Review and Meta-Analysis.

- Environ Health Perspect. 2015;123(11):1107–12. doi: [10.1289/ehp.1408882](https://doi.org/10.1289/ehp.1408882)
58. Jacquemin B, Siroux V, Sanchez M, Carsin AE, Schikowski T, Adam M et al. Ambient air pollution and adult asthma incidence in six European cohorts (ESCAPE). *Environ Health Perspect.* 2015;123(6):613–21. doi: [10.1289/ehp.1408206](https://doi.org/10.1289/ehp.1408206)
 59. Khreis H, Kelly C, Tate J, Parslow R, Lucas K, Nieuwenhuijsen M. Exposure to traffic-related air pollution and risk of development of childhood asthma: A systematic review and meta-analysis. *Environ Int.* 2016;100:1–31. doi: [10.1016/j.envint.2016.11.012](https://doi.org/10.1016/j.envint.2016.11.012)
 60. Lee ACK, Maheswaran R. The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *J Public Health (Bangkok).* 2011;33(2):212–22. doi: [10.1093/pubmed/fdq068](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq068)
 61. van den Berg M, Wendel-Vos W, van Poppel M, Kemper H, van Mechelen W, Maas J. Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. *Urban For Urban Green.* 2015;14(4):806–16. doi: [10.1016/j.ufug.2015.07.008](https://doi.org/10.1016/j.ufug.2015.07.008)
 62. Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP, Vries S de, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *J Epidemiol Community Heal.* 2006;60(7):587–92. doi: [10.1136/jech.2005.043125](https://doi.org/10.1136/jech.2005.043125)
 63. Gelormino E, Melis G, Marietta C, Costa G. From built environment to health inequalities: An explanatory framework based on evidence. *Prev Med reports.* 2015;2:737–45. doi: [10.1016/j.pmedr.2015.08.019](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.08.019)
 64. Denburg A, Daneman D. The link between social inequality and child health outcomes. *Healthc Q.* 2010;14 Spec No:21–31. doi: [10.12927/hcq.2010.21980](https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21980)
 65. Hanlon P, Walsh D. *Let Glasgow Flourish.* Glasgow; 2006.
 66. Søndergaard G, Dalton SO, Mortensen LH, Osler M. Educational inequality in cardiovascular diseases: a sibling approach. *Scand J Public Health.* 2018;46(1):83-91 doi: [10.1177/1403494817734775](https://doi.org/10.1177/1403494817734775)
 67. Bauer GF, Huber CA, Jenny GJ, Müller F, Hämmig O. Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *Int J Public Health.* 2009;54(1):23–30. doi: [10.1007/s00038-008-7077-2](https://doi.org/10.1007/s00038-008-7077-2)
 68. Lepiéce B, Reynaert C, Jacques D, Zdanowicz N. Poverty and mental health: What should we know as mental health professionals? *Psychiatr Danub.* 2015;27 Suppl 1:S92–6.
 69. Aue K, Roosen J, Jensen HH. Poverty dynamics in Germany: Evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Soc Sci Med.* 2016;153:62–70. doi: [10.1016/j.socscimed.2016.01.040](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.040)
 70. Marmot M. *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health:* Michael Marmot: Bloomsbury Paperbacks. London: Bloomsbury Publishing Plc; 2004.
 71. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales*

- en salud en España. Madrid; 2010.
72. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva; 2010.
 73. Navarro V. The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing; 2004.
 74. Health C on SD of. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva; 2008.
 75. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gac Sanit. 1997;11(6):255–8. doi: [10.1016/s0213-9111\(97\)71304-9](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(97)71304-9)
 76. Departamento de Sanidad. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz; 2005.
 77. Montoya I. Evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Universidad del País Vaco/Euskal Herriko Unibertsitatea; 2015.
 78. Norwegian Institute of Public Health. Public Health Report: Health Status in Norway 2018. Oslo; 2018.
 79. Carey G, Crammond B, Leeuw E De. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health. 2015;14:81. doi: [10.1186/s12939-015-0207-6](https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6)
 80. Department of Gender Women and Health. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO. Geneva; 2008.
 81. Danielson M, Lindberg G. Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox. In: Östum P, Danielson M, Diderichsen F, Harenstem A, Lindberg G, editors. Gender inequalities in health: A Swedish Perspective. Boston: Harvard Center for Population and International Health; 2001.
 82. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14(Supl. 3):60-71.
 83. Cobo R. Género. In: Amorós C, editor. 10 palabras clave sobre mujer . Verbo Divino; 1995. p. 55–84.
 84. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 2007.
 85. Sau V. Diccionario ideológico feminista. 3ª. Vol. 1. Barcelona: Icaria; 2000. 121 p.
 86. Wollstonecraft M. Vindicación de los derechos de la mujer. Madrid: Cátedra; 2000.
 87. Varela N. Feminismo para principiantes. Barcelona: Penguin; 2013.

88. Miyares A. Sufragismo. In: Amorós C, editor. Historia de la teoría feminista. Madrid: Cátedra; 1994. p. 69–86.
89. de Beauvoir S. El segundo sexo. 13ª. ed. Madrid: Cátedra; 2018.
90. Carmona M. Queer como verbo. In: Climent M, Carmona M, editors. Transpsiquiatría Abordajes Queer en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018. p. 7–17.
91. Velasco S. Sexos, género y salud. Madrid: Minerva; 2009. 82 p.
92. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 1996. 47–51 p.
93. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: Lamas M, editor. El género : la construcción cultural de la diferencia sexual. 2ª. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p. 251–90.
94. Lamas M, editor. El concepto de género . In: El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. 2ª. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p. 23–34.
95. Hernando A. La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno. Madrid: Traficantes de Sueños; 2018.
96. Truth S, Wells I, Hill Collins P, Davis A, Stack C, Carby H, et al. Feminismos Negros. Una antología. Jabardo M, editor. Madrid: Traficantes de Sueños; 2012.
97. Lugones M. Colonialidad y Género. Tabula Rasa. 2008;9:73–102.
98. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Univ Chic Leg Forum.1989.
99. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. Stanford Law Rev. 1991;43:1299.
100. Linardelli MF. Salud mental y género Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. Millcayac Rev Digit Ciencias Soc. 2015;2(3):191–224.
101. Dorlin E. Introduction: Vers une épistémologie des résistances. In: Dorlin E, editor. Sexe, race, classe. París; 2009.
102. García González JM, Grande R. Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa. Gac Sanit. 2018;32(2):151–7. doi: [10.1016/j.gaceta.2017.03.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.004)
103. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. Transl Psychiatry. 2018;8:98. doi: [10.1038/s41398-018-0148-0](https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0)
104. Torns T, Recio C. Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad

- y la transformación. *Rev Econ crítica*. 2012;14:178–202.
105. INE. *Mujeres y hombres en España*. Madrid; 2017.
 106. Ussher JM. Are we medicalizing women's misery? a critical review of women's higher rates of reported depression. *Feminism & Psychology*. 2010; 20(1):9–35. doi: [10.1177/0959353509350213](https://doi.org/10.1177/0959353509350213)
 107. Miqueo C. Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea. In: Martínez-Pérez, Porras M, Samblás P, del Cura M, editors. *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha; 2004. p. 45–66.
 108. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014;110:10–7. doi: [10.1016/j.socscimed.2014.03.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022)
 109. Bacigalupe A, Martín U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health?. *Scand J Public Health*. 2020;49(3):317–24. doi: [10.1177/1403494820944736](https://doi.org/10.1177/1403494820944736)
 110. Smith J. The Impact of Socioeconomic Status on Health over the Life-Course. *J Hum Resour*. 2007;42:739–64.
 111. Marti-Pastor M, Perez G, German D, Pont A, Garin O, Alonso J, et al. Health-related quality of life inequalities by sexual orientation: Results from the Barcelona Health Interview Survey. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191334. doi: [10.1371/journal.pone.0191334](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191334)
 112. Martín U, Bacigalupe A, Jiménez M. COVID-19 y género: certezas e incertidumbres en la monitorización de la pandemia. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95: e202104066.
 113. Márquez EJ, Trowbridge J, Kuchel GA, Banchereau J, Ucar D. The lethal sex gap: COVID-19. *Immun Ageing* 2020 171. 2020;17:13. doi: [10.1186/s12979-020-00183-z](https://doi.org/10.1186/s12979-020-00183-z)
 114. Galasso V, Pons V, Profeta P, Becher M, Brouard S, Foucault M. Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. *Proc Natl Acad Sci*. 2020;117(44):27285–91. doi: [10.1073/pnas.2012520117](https://doi.org/10.1073/pnas.2012520117)
 115. Xue B, McMunn A. Gender differences in unpaid care work and psychological distress in the UK Covid-19 lockdown. *PLoS One*. 2021;16(3):e0247959. doi: [10.1371/journal.pone.0247959](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247959)
 116. Jain V, Yuan J-M. Systematic review and meta-analysis of predictive symptoms and comorbidities for severe COVID-19 infection. *Int J Public Health*. 2020;65(5):533-46. doi: [10.1007/s00038-020-01390-7](https://doi.org/10.1007/s00038-020-01390-7)
 117. Cai H. Sex difference and smoking predisposition in patients with COVID-19. *Lancet Respir Med*. 2020;8(4):e20. doi: [10.1016/S2213-2600\(20\)30117-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30117-X)

118. Valls C. Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing; 2020
119. Pujal M, Calatayud M, Amigot P. Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Rev Int Sociol.* 2020;72. doi: [10.3989/ris.2020.78.2.18.113](https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113)
120. Association American Psychiatric. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
121. Cockerham W. Sociology of mental disorder. 4rd ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1996.
122. Bendelow G. Health, emotion and the body. Cambridge: Polity Press; 2009.
123. Timimi S. Insane Medicine: How the Mental Health Industry Creates Damaging Treatment Traps and How you can Escape Them. KDP Publishing; 2020.
124. Stoppard J. Understanding Depression. Feminist social constructionist approaches. New York: Routledge; 2000.
125. Kirk S, Kutchins H. The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
126. Switzer G, Dew M, Bromet E. Issue Issues in mental health assessment. In: Aneshensel C, Phelan J, editors. Handbook of sociology of mental health. Kluwer Academic Publishers; 1999. p. 81–104.
127. Roberts G. Narrative and severe mental illness: What place do stories have in a evidenced-based world? *Adv Psychiatr Treat.* 2000;6:432–41. doi: [10.1192/apt.6.6.432](https://doi.org/10.1192/apt.6.6.432)
128. Thoits P. Self-labelling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *Am J Sociol.* 1985;91:259–72.
129. Horwitz A. The social control of mental illness. New York: Academic; 1982.
130. Szasz T. The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. New York: HarperCollins; 1974.
131. Burin M. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano SRL; 1987.
132. Cooper D. Psiquiatría y Antipsiquiatría. 4ª. Buenos Aires: Paidós; 1978.
133. Carmona M. Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2007;37(132):509–28. doi: [10.4321/S0211-57352017000200011](https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200011)
134. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ.* 2001;322(7288):724–7. doi: [10.1136/bmj.322.7288.724](https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.724)
135. Ortiz Lobo A. Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev la Asoc*

- Española Neuropsiquiatría. 2017;37(132):553–73. doi: 10.4321/S0211-57352017000200013
136. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7. doi: [10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x)
 137. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. 2017.
 138. U.S. Department of Health and Human Services. National Ambulatory Medical Care Survey: 2018. National Summary Tables. 2018.
 139. Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano E. Regular prescriptions for benzodiazepines: a cross-sectional study of outpatients at a university hospital. *Intern Med.* 2006;45(22):1279–83. doi: [10.2169/internalmedicine.45.1758](https://doi.org/10.2169/internalmedicine.45.1758)
 140. del Palacio A, Pineda J, Mendiguren A. Antsiolitiko eta hipnotiko sedagarrien kontsumoa: generoaren araberako analisia nazioartean eta Euskal Autonomia Erkidegoan. *Osagaiz.* 2021;5:85–98. doi: [10.26876/osagaiz.1.2021.359](https://doi.org/10.26876/osagaiz.1.2021.359)
 141. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Leigh P, Robbins JA. Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. *J Women's Heal Gender-Based Med.* 2001;10(7):689–98. doi: [10.1089/15246090152563579](https://doi.org/10.1089/15246090152563579)
 142. Redman S, Webb GR, Hennrikus DJ, Gordon JJ, Sanson-Fisher RW. The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. *J Behav Med.* 1991;14(5):527–40. doi: [10.1007/BF00845109](https://doi.org/10.1007/BF00845109)
 143. Jacob L, Kostev K. Gender-based differences in the antidepressant treatment of patients with depression in German psychiatric practices. *Ger Med Sci.* 2016;14:Doc02. doi: [10.3205/000229](https://doi.org/10.3205/000229)
 144. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(3):163–174. doi: [10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x)
 145. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(12):983–98. doi: [10.1007/s00127-008-0388-z](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0388-z)
 146. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010;71(2):305–13. doi: [10.1016/j.socscimed.2010.03.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035)
 147. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90. doi: [10.1186/1741-7015-9-90](https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90)

148. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146-58. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
149. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143(8):783–822. doi: [10.1037/bul0000102](https://doi.org/10.1037/bul0000102)
150. Bracke P, Delaruelle K, Dereuddre R, Van de Velde S. Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Soc Sci Med*. 2020;267:113354. doi: [10.1016/j.socscimed.2020.113354](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113354)
151. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785–95. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2009.36](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36)
152. Bracke P, Delaruelle K, Dereuddre R, Van de Velde S. Depression in women and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Soc Sci Med*. 2020;267: 113354. doi: [10.1016/j.socscimed.2020.113354](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113354)
153. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):327-35. doi: [10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow](https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow)
154. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45(8):1027–35. doi: [10.1016/j.jpsychires.2011.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006)
155. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Esteban-Hernández J, Álvaro-Meca A, Andrés AL, et al. Time Trend in Psychotropic Medication Use in Spain: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(12):1177. doi: [10.3390/ijerph13121177](https://doi.org/10.3390/ijerph13121177)
156. Simoni-Wastila L. The use of abusable prescription drugs: The role of gender. *J Women's Heal Gender-Based Med*. 2000;9(3):289–97. doi: [10.1089/152460900318470](https://doi.org/10.1089/152460900318470)
157. Lysberg F, Gjerstad PL, Småstuen MC, Innstrand ST, Høie MM, Arild Espnes G. Has life satisfaction in Norway increased over a 20-year period? Exploring age and gender differences in a prospective longitudinal study, HUNT. *Scand J Public Health*. 2018;46(1):132–40. doi: [10.1177/1403494817744650](https://doi.org/10.1177/1403494817744650)
158. Solé-Auró A, Jasilionis D, Li P, Oksuzyan A. Do women in Europe live longer and happier lives than men? *Eur J Public Health*. 2018;28(5):847–52. doi: [10.1093/eurpub/cky070](https://doi.org/10.1093/eurpub/cky070)
159. Bai X, Li Z, Chen J, Liu C, Wu X. Socioeconomic inequalities in mental distress and life satisfaction among older Chinese men and women: The role of family functioning. *Health Soc Care Community*. 2020;28(4):1270–81. doi: [10.1111/hsc.12960](https://doi.org/10.1111/hsc.12960)
160. Yue XD, Hiranandani NA, Jiang F, Hou Z, Chen X. Unpacking the Gender Differences on Mental Health: The Effects of Optimism and Gratitude. *Psychol Rep*. 2017;120(4):639–49. doi: [10.1177/0033294117701136](https://doi.org/10.1177/0033294117701136)

161. Laura Arrosa M, Gandelman N. Happiness Decomposition: Female Optimism. *J Happiness Stud.* 2016;17:731-56. doi: [10.1007/S10902-015-9618-8](https://doi.org/10.1007/S10902-015-9618-8)
162. Seeman M V. Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones. 1997;154(12):1641-7. doi: [10.1176/ajp.154.12.1641](https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641)
163. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *Am J Psychiatry;* 2000;157(10):1552-62. doi: [10.1176/appi.ajp.157.10.1552](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552)
164. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Stanford: Stanford University Press; 1990.
165. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(4):305-9. doi: [10.1001/archpsyc.1997.01830160021003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160021003)
166. Hankin BL, Abramson LY. Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychol Bull.* 2001;127(6):773-96. doi: [10.1037/0033-2909.127.6.773](https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773)
167. Ussher JM, Perz J. Disruption of the Silenced Self: The Case of Premenstrual Syndrome. In: *Silencing the Self Across Cultures: Depression and Gender in the Social World.* Oxford University Press; 2010. p. 435-58.
168. Soares CN. Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Med.* 2010;8:79. doi: [10.1186/1741-7015-8-79](https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-79)
169. Joffe H, Petrillo LF, Koukopoulos A, Viguera AC, Hirschberg A, Nonacs R et al. Increased estradiol and improved sleep, but not hot flashes, predict enhanced mood during the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(7):E1044-54. doi: [10.1210/jc.2010-2503](https://doi.org/10.1210/jc.2010-2503)
170. Hengartner MP. Subtle scientific fallacies undermine the validity of neuroendocrinological research: Do not draw premature conclusions on the role of female sex hormones. *Front Behav Neurosci.* 2017; 17;11:3. doi: [10.3389/fnbeh.2017.00003](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00003)
171. Perz J, Ussher JM. "The horror of this living decay": Women's negotiation and resistance of medical discourses around menopause and midlife. *Womens Stud Int Forum.* 2008;31(4):293-9. doi: [10.1016/j.wsif.2008.05.003](https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.05.003)
172. Modonesi M. Subalternidad, antagonismo, autonomía. *Marxismo y subjetivación política.* 1ª. Buenos Aires: Prometeo; 2010.
173. Fraser N. ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era "postsocialista." *New left Rev.* 2000;126-55.
174. Chesler P. *Mujeres y locura.* 1ª. Madrid: Continta me tienes; 2019.
175. Chattopadhyay R, Duflo E. Women as policy makers: Evidence from a randomized policy

- experiment in India. *Econometrica*. 2004;72(5):1409–43.
176. Bratton K, Ray L. Descriptive representation: Policy outcomes and municipal day-care coverage in Norway. *Am J Pol Sci*. 2002;46:428–37. doi: [10.2307/3088386](https://doi.org/10.2307/3088386)
 177. Ballington J. *Igualdad en la Política: Un Estudio sobre Mujeres y Hombres en los Parlamentos*. Ginebra; 2008.
 178. ONU Mujeres, Unión Interparlamentaria. *Mujeres en la política: 2020*. 2020.
 179. Epdata. *Las mujeres en España, en datos y gráficos* [Internet]. [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://www.epdata.es/datos/mujeres-datos-graficos/254>
 180. Bacigalupe A, Cabezas-Rodríguez A, Giné-March A, Jiménez Carrillo M. Invisibilidad de género en la gestión de la COVID-19: ¿quién toma las decisiones políticas durante la pandemia? *Gac Sanit*. 2021. doi: [10.1016/j.gaceta.2021.02.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.005)
 181. Macharia S. *Who makes the news?* Global Media Monitoring Project. Toronto; 2015.
 182. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Heal* 2013;12:57. doi: [10.1186/1475-9276-12-57](https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-57)
 183. Niedhammer I, Coindre K, Memmi S, Bertrais S, Chastang JF. Working conditions and depression in the French national working population: Results from the SUMER study. *J Psychiatr Res*. 2020;123:178–86. doi: [10.1016/j.jpsychires.2020.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.003)
 184. INE. *Hombres y mujeres en España 2020*. Madrid; 2021.
 185. Baran Tatar Z, Yüksel Ş. Mobbing at workplace-psychological trauma and documentation of psychiatric symptoms. *Noropsikiyatri Ars*. 2019;56(1):57–62. doi: [10.29399/npa.22924](https://doi.org/10.29399/npa.22924)
 186. Freixas A. *Demà més. Dones, vides i temps*. Barcelona; 2006.
 187. Bocchi SCM, Cano KCU, Baltieri L, Godoy DC, Spiri WC, Juliani CMCM. Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center. *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2973–81. doi: [10.1590/S1413-81232010000600036](https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600036)
 188. Lahelma E, Arber S, Kivelä K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med*. 2002;54(5):727–40. doi: [10.1016/s0277-9536\(01\)00105-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00105-8)
 189. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit*. 2011;25(S):100–7. doi: [10.1016/j.gaceta.2011.09.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006)
 190. Hammarström A, Phillips SP. Gender inequity needs to be regarded as a social determinant of depressive symptoms: results from the Northern Swedish cohort. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):746–52. doi: [10.1177/1403494812464915](https://doi.org/10.1177/1403494812464915)

191. Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Vitoria-Gasteiz; 2007.
192. Waldron I, Hughes M, Brooks T. Marriage protection and marriage selection-prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Soc Sci Med.* 1996;43(1):113–23. doi: [10.1016/0277-9536\(95\)00347-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00347-9)
193. Cheung Y, Sloggett A. Health and adverse selection into marriage. *Public Health.* 1998;112(5):309–11.
194. Sachs-Ericsson N, Ciarlo JA. Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles.* 2000;43(9):605–28. doi: [10.1023/A:1007148407005](https://doi.org/10.1023/A:1007148407005)
195. Hewitt B, Turrell G. Short-term functional health and well-being after marital separation: does initiator status make a difference? *Am J Epidemiol.* 2011;173(11):1308–18. doi: [10.1093/aje/kwr007](https://doi.org/10.1093/aje/kwr007)
196. Leopold T. Gender Differences in the Consequences of Divorce: A Study of Multiple Outcomes. *Demography.* 2018;55(3):769-97. doi: [10.1007/s13524-018-0667-6](https://doi.org/10.1007/s13524-018-0667-6)
197. Blanner Kristiansen C, Kjær JN, Hjorth P, Andersen K, Prina AM. Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;245:1016-23. doi: [10.1016/j.jad.2018.11.088](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.088)
198. Hailemariam S, Tessema F, Asefa M, Tadesse H, Tenkolu G. The prevalence of depression and associated factors in Ethiopia: findings from the National Health Survey. *Int J Ment Health Syst.* 2012;6(1):23. doi: [10.1186/1752-4458-6-23](https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-23)
199. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol.* 2004;59(8):676-84. doi: [10.1037/0003-066X.59.8.676](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676)
200. Kim HS, Sherman DK, Taylor SE. Culture and Social Support. *Am Psychol.* 2008;63(6):518–26. doi: [10.1037/0003-066X](https://doi.org/10.1037/0003-066X)
201. Prezza M, Pacilli MG. Perceived Social Support from Significant Others, Family and Friends and Several Socio-demographic Characteristics. *J Community Appl Soc Psychol.* 2002;12(6):422–9. doi: [10.1002/casp.696](https://doi.org/10.1002/casp.696)
202. Cheng ST, Chan ACM. The multidimensional scale of perceived social support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Pers Individ Dif.* 2004;37(7):1359–69. doi: [10.1016/j.paid.2004.01.006](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.006)
203. Berkman L, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman L, Kawach I, editors. *Social epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2003. p. 137–77.
204. Matud MP, Ibáñez I, Bethencourt JM, Marrero R, Carballeira M. Structural gender differences in perceived social support. *Pers Individ Dif.* 2003;35(8):1919–29. doi: [10.1016/S0191-8869\(03\)00041-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00041-2)

205. Gaino LV, Almeida LY, Oliveira JL, Nieves AF, Saint-Arnault D, Souza J. The role of social support in the psychological illness of women. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3157 doi: [10.1590/1518-8345.2877.3157](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157)
206. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington DC; 2002.
207. Conrad P, Slodden C. The medicalization of mental disorder. In: Aneshensel C, Phelan J, Bierman A, editors. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer; 2013.
208. Subdirección General de Sensibilización Prevención y Estudios de la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Madrid; 2020.
209. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019;14(10):e0221049. doi: [10.1371/journal.pone.0221049](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049)
210. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin*. 2004;122(12):461–7. doi: [10.1157/13060003](https://doi.org/10.1157/13060003)
211. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género [Internet]. Madrid; 2021 [cited 2021 Jun 22]. Available from: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>
212. Femicidio.net. Informes y cifras [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 22]. Available from: <https://femicidio.net/category/informes-y-cifras/>
213. Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the Assumptions About Men’s Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. 2016;12(1):78–89. doi: [10.1177/1557988316630953](https://doi.org/10.1177/1557988316630953)
214. Cole SR, Kawachi I, Maller SJ, Berkman LF. Test of item-response bias in the CES-D scale: Experience from the New Haven EPESE Study. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(3):285–9. doi: [10.1016/s0895-4356\(99\)00151-1](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00151-1)
215. Wilhelm K, Brownhill S, Harris J, Harris P. Depression--what should the doctor ask? *Aust Fam Physician*. 2006;35(3):163–5.
216. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*. 2013;70(10):1100–6. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2013.1985](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985)
217. Rosenfield S, health DS. Gender and mental health: Do men and women have different amounts or types of problems?. In: Scheid TL, Brown TN editors. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social contexts, theories, and systems*. Cambridge University Press;2010. p. 256-67.
218. Mirowsky J, Ross C. Sex differences in distress: Real or artifact? *Am Sociol Rev*. 1995;60:449–68. doi: [10.2307/2096424](https://doi.org/10.2307/2096424)
219. Mirowsky J, Ross C. Social causes of psychological distress. *American Sociological Review*.

- New York: Aldine de Gruyter; 2003.
220. Barret M, Roberts H. Doctors and their patients. In: Smart H, Smart B, editors. *Women, Sexuality and Social Control*. London: Routledge and Kegan Paul; 1978.
 221. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the community*. London: Tavistock; 1980.
 222. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):356–60. doi: [10.1016/j.pec.2009.07.022](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.022)
 223. Badger LW, Berbaum M, Stem JT, Carney PA, Dietrich AJ, Owen M. Physician-patient gender and the recognition and treatment of depression in primary care. *J Soc Serv Res*. 1999;25(3):21–39. doi: [10.1300/J079v25n03_03](https://doi.org/10.1300/J079v25n03_03)
 224. Jacob L, Kostev K. Geschlechtsspezifische unterschiede in der therapie der depression in Deutschen psychiatrischen praxen. *GMS Ger Med Sci*. 2016; 14:Doc02. doi: [10.3205/000229](https://doi.org/10.3205/000229)
 225. Burin M, Moncarz E, Velázquez S. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 1990.
 226. National Institutes of Health. *Study Quality Assessment Tools* [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 1]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
 227. INE. *Encuesta Nacional de Salud Española 2017. ENSE 2017. Metodología*. Madrid; 2017.
 228. INE. *Encuesta Europea de Salud en España 2014. EES-2014. Metodología*. Madrid; 2014
 229. Goldberg D, Gater R, Sartorius N, Ustun T, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191–7. doi: [10.1017/s0033291796004242](https://doi.org/10.1017/s0033291796004242)
 230. Sánchez-López M, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008;20(4):839–43.
 231. Rocha B, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011;11(1):125–39.
 232. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann*. 2002;32(9):509–15. doi: [10.3928/0048-5713-20020901-06](https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06)
 233. Osika Friberg I, Krantz G, Määttä S, Järbrink K. Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2016;44(3):264–73. doi: [10.1177/1403494815618843](https://doi.org/10.1177/1403494815618843)
 234. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263–72. doi:

[10.1016/j.gaceta.2012.12.009](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009)

235. Skovlund CW, Kessing LV, Mørch LS, Lidegaard Ø. Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls. A national cohort study 2000-2013. *Nord J Psychiatry*. 2017;71(5):378–85. doi: [10.1080/08039488.2017.1305445](https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1305445)
236. Abbing-Karahagopian V, Huerta C, Souverein PC, de Abajo F, Leufkens HG, Slattery J, et al. Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(7):849–57. doi: [10.1007/s00228-014-1676-z](https://doi.org/10.1007/s00228-014-1676-z)
237. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609–19. doi: [10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)
238. Aarø LE, Herbec A, Bjørngaard JH, Mańczuk M, Zatoński WA. Depressive episodes and depressive tendencies among a sample of adults in Kielce, south-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2011;18(2):273–8.
239. Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: What happened with migrants who came to Spain to work? *Int J Public Health*. 2013;58(4):627–31. doi: [10.1007/s00038-013-0475-0](https://doi.org/10.1007/s00038-013-0475-0)
240. Landstedt E, Gustafsson PE, Johansson K, Hammarström A. Longitudinal associations between social relationships at age 30 and internalising symptoms at age 42: findings from the Northern Swedish Cohort. *Int J Public Health*. 2016;61(1):75–81. doi: [10.1007/s00038-015-0691-x](https://doi.org/10.1007/s00038-015-0691-x)
241. Madden D. Gender Differences in Mental Well-Being: A Decomposition Analysis. *Soc Indic Res*. 2010;99(1):101–14. doi: [10.1007/s11205-009-9569-8](https://doi.org/10.1007/s11205-009-9569-8)
242. du Prel JB, Peter R. Work-family conflict as a mediator in the association between work stress and depressive symptoms: cross-sectional evidence from the German lidA-cohort study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(3):359–68. doi: [10.1007/s00420-014-0967-0](https://doi.org/10.1007/s00420-014-0967-0)
243. Choi B, Östergren PO, Canivet C, Moghadassi M, Lindeberg S, Karasek R, et al. Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(1):77–89. doi: [10.1007/s00420-010-0554-y](https://doi.org/10.1007/s00420-010-0554-y)
244. Forum WE. Global Gender Gap Report 2021. Geneva; 2021.
245. Valero E, Martin U, Bacigalupe A, Utzet M. The impact of precarious jobs on mental health: a gender-sensitive literature review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(4):577–89. doi: [10.1007/s00420-020-01605-7](https://doi.org/10.1007/s00420-020-01605-7)
246. Simó-Noguera C, Hernández-Monleón A, Ma Muñoz-Rodríguez D, González-Sanjuán E. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Rev Esp Investig Sociol*. 2015;151:141–66. doi: [10.5477/cis/reis.151.141](https://doi.org/10.5477/cis/reis.151.141)

247. Šidlauskaite-Stripeikiene I, Žemaitiene N, Klumbiene J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina (Kaunas)*. 2010;46(10):693-9.
248. Cable N, Bartley M, Chandola T, Sacker A. Friends are equally important to men and women, but family matters more for men's well-being. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(2):166–71. doi: [10.1136/jech-2012-201113](https://doi.org/10.1136/jech-2012-201113)
249. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Gender and social class differences in the association between early retirement and health in Spain. *Women's Heal Issues*. 2010;20(6):441–7. doi: [10.1016/j.whi.2010.07.007](https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.07.007)
250. Arcas MM, Novoa AM, Artazcoz L. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *Eur J Public Health*. 2013;23(5):883–8. doi: [10.1093/eurpub/cks095](https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095)
251. Puig-Barrachina V, Malmusi D, Martínez J, Benach J. Monitoring social determinants of health inequalities: The impact of unemployment among vulnerable groups. *Int J Heal Serv*. 2011;41(3):459–82. doi: [10.2190/HS.41.3.d](https://doi.org/10.2190/HS.41.3.d)
252. Barbour V, Clark J, Connell L, Ross A, Simpson P, Winker M. The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001456. doi: [10.1371/journal.pmed.1001456](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001456)
253. Rogers A, Day J, Willians B. The meaning and management of medication: perspectives of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Soc Sci Med*. 1998;47(9):1313–23. doi: [10.1016/s0277-9536\(98\)00209-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00209-3)
254. Rickwood DJ, Braithwaite VA. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med*. 1994;39(4):563–72. doi: [10.1016/0277-9536\(94\)90099-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90099-x)
255. Sullivan L, Camic PM, Brown JS. Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help. *Br J Health Psychol*. 2015;20(1):194–211. doi: [10.1111/bjhp.12089](https://doi.org/10.1111/bjhp.12089)
256. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005;56(2):139–46. doi: [10.1016/j.pec.2004.02.011](https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.011)
257. Arber S, McKinlay J, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Soc Sci Med*. 2006;62(1):103–15. doi: [10.1016/j.socscimed.2005.05.028](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.028)
258. Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. Influence of patients' gender on informed decision making regarding total knee arthroplasty. *Arthritis Care Res*. 2013;65(8):1281-90. doi: [10.1002/acr.21970](https://doi.org/10.1002/acr.21970)
259. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385–401. doi: [10.1016/s0277-](https://doi.org/10.1016/s0277-)

[9536\(99\)00390-1](#)

260. García B. Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. *Norte salud Ment.* 2012;10(43):43–52.
261. Radloff L. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *J Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401.



Capítulo 2. Conclusiones

El género es un importante determinante de la salud mental de la población, así como de la gestión que se realiza de ella en los servicios sanitarios. No solo juega un papel clave en la posición que se le otorga a las mujeres en la sociedad, predisponiéndolas a una peor salud mental, sino que su influencia en cómo se ha construido históricamente de manera desigual el concepto de salud mental tiene importantes implicaciones en la sobremedicalización de la salud mental de las mujeres.

Sobre las desigualdades de género en la salud mental:

1. Existen claras desigualdades de género en la salud mental de la población española, evidenciadas por las mayores cifras de mala salud mental y de diagnóstico de depresión y/o ansiedad en las mujeres que en los hombres que, además, desde una perspectiva interseccional son aún mayores en los grupos de mayor edad y de menor clase social y nivel educativo.
2. Las desigualdades en la salud mental de la población española presentan un claro gradiente social según el nivel educativo y la clase social. Así, a medida que se desciende en la escala social las desigualdades se van incrementando.
3. La evidencia internacional apunta a que los determinantes intermedios juegan un papel heterogéneo en las desigualdades de género en salud mental. Las características del mercado laboral afectan de forma diferente a la salud mental de hombres y mujeres. En el caso de los hombres, las condiciones de empleo adversas tienen un efecto negativo en su salud mental, mientras que en el caso de las mujeres, son las condiciones de trabajo desfavorables las que condicionan su salud mental. Respecto al trabajo doméstico y de

cuidados, su desigual reparto, unido a la necesidad de compaginación con el trabajo extradoméstico expone a las mujeres a una mayor sobrecarga con consecuencias negativas para su salud mental. Asimismo, la revisión de la literatura realizada señala que el apoyo social es un factor protector para la salud mental de las mujeres.

4. La aplicación de la perspectiva interseccional en los análisis sobre la influencia de los determinantes intermedios de la salud mental es muy escasa. No obstante, de aquellos que incluyeron una mirada interseccional se puede concluir que la clase social manual es un factor de riesgo para las mujeres con demandas familiares grandes y para los hombres en situación de desempleo. Este hecho está muy ligado a la preponderancia todavía a día de hoy de los roles tradicionales donde se asume que a los hombres les corresponde el trabajo productivo y las mujeres el reproductivo, sumado a la menor disponibilidad de recursos. Se necesitan más estudios con perspectiva interseccional que analicen las desigualdades de género en salud mental.

Sobre las desigualdades de género en la medicalización de la salud mental:

5. A las mujeres, teniendo en cuenta su estado de salud mental y el número de visitas a atención primaria, se les diagnostica más de ansiedad y/o depresión y se les prescriben más psicofármacos que a los hombres.
6. Los procesos de medicalización se vuelven más intensos a medida que aumenta la vulnerabilidad social. En este sentido, las mujeres de mayor edad, de menor clase social o de menor nivel educativo están más expuestas a la sobremedicalización de su salud mental. Por ello, la aplicación de una mirada interseccional es un requisito indispensable, ya que permite obtener una visión más detallada del proceso de medicalización de la salud mental.
7. Se necesita un debate en torno a la invisibilización de las mujeres en la ciencia. Su ausencia en los estudios dificulta conocer sus especificidades y, en consecuencia, la formación en materia de salud sigue siendo parcial, perpetuando los sesgos de género en el abordaje de la salud mental. Asimismo, para tener un conocimiento más detallado es preciso abrir nuevas miradas metodológicas, como la incorporación de la evidencia cualitativa y, así conocer la realidad de la experiencia tanto a nivel de los y las profesionales sanitarios, como de los y las pacientes, permitiendo el diseño de estrategias que favorezcan la experiencia de ambas partes en el abordaje de la salud mental.
8. La intervención política ante las desigualdades de género en salud mental precisa la actuación tanto a nivel asistencial como comunitario y estructural. Ello implica que la atención clínica a la salud mental debe revisarse integralmente desde una perspectiva de género y que, paralelamente, se fortalezcan redes de apoyo comunitario entre mujeres para la politización del sufrimiento mental. Y todo ello, en el contexto de impulsar políticas

públicas que reduzcan significativamente las desigualdades de género en los diferentes ámbitos sociales, con impacto consiguiente en la salud mental de las mujeres.



Capítulo 3. Trabajos publicados

A continuación, se indicarán las referencias bibliográficas de cada uno de los artículos publicados, así como los índices de calidad de cada uno de ellos.

ARTÍCULO 1

Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34 Suppl 1:61-7. doi: [10.1016/j.gaceta.2020.06.013](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013)

NOMBRE DE LA REVISTA: Gaceta Sanitaria

AÑO: 2020

BASE DE DATOS DE INDEXACIÓN: Journal Citation Reports (JCR)

ÍNDICE DE IMPACTO: Social Sciences Citation Index (SSCI)

CATEGORÍA: Salud Pública, Ambiental y Ocupacional

POSICIÓN QUE OCUPA LA REVISTA EN EL ÁREA: 104

NÚMERO DE REVISTAS EN EL ÁREA: 176

QUARTIL: 3

BASE DE DATOS DE INDEXACIÓN: Journal Citation Reports (JCR)

ÍNDICE DE IMPACTO: Science Citation Index Expanded (SCIE)

CATEGORÍA: Salud Pública, Ambiental y Ocupacional

POSICIÓN QUE OCUPA LA REVISTA EN EL ÁREA: 135

NÚMERO DE REVISTAS EN EL ÁREA: 203

QUARTIL: 3

Informe SESPAS

El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020



Amaia Bacigalupe^{a,b}, Andrea Cabezas^{a,b}, Mikel Baza Bueno^c y Unai Martín^{a,b,*}

^a Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Bizkaia), España

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa (Bizkaia), España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio de Zeberio, UAP Arrigorriaga, Osakidetza, Arrigorriaga (Bizkaia), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de noviembre de 2019

Aceptado el 23 de junio de 2020

Palabras clave:

Salud mental

Género

Factores socioeconómicos

Medicalización

España

Keywords:

Mental health

Gender

Socioeconomic factors

Medicalization

Spain

R E S U M E N

La peor salud mental de las mujeres ha sido demostrada tanto en encuestas de salud como en estudios de base clínica. La hipótesis acerca de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres es inconsistente, lo que haría que las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, puedan estar explicando estas desigualdades de género en la salud mental. El artículo muestra la existencia de desigualdades de género en la salud mental, la relevancia de la intersección de diferentes ejes de desigualdad y un posible proceso de sobre-diagnóstico y medicalización de la salud mental de las mujeres, por el cual los/las profesionales de la salud están etiquetando con más frecuencia como depresión y ansiedad estados de salud mental similares en hombres y mujeres, y prescribiendo con mayor intensidad psicofármacos a las mujeres, a igualdad de necesidad. Esta realidad, además, parece ser desigual en función de la edad y del nivel socioeconómico de los/las pacientes. En los últimos años se están desarrollando diferentes experiencias dirigidas a afrontar la creciente medicalización de la salud mental desde una perspectiva de género. En la medida en que el fenómeno de las desigualdades de género es complejo, resulta necesario actuar y promover cambios en los sectores político-estructural, cultural y asistencial, que reviertan en su conjunto en la reducción de las desigualdades de género en las sociedades y en una atención sanitaria sin sesgos de género.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020

A B S T R A C T

Women's worse mental health has been shown using both health survey and clinical-based data. Considering that the hypothesis about a greater biological vulnerability of women is inconsistent, unequal living conditions between men and women, together with hegemonic models of hegemonic masculinity and femininity emerge as explain factors of these gender inequalities in mental health. The article shows that gender inequalities in mental health, the intersection of different axes of inequality, and the existence of a possible process of medicalization of women's mental health, by which health professionals are labeling women more frequently as depressed and anxious given similar mental health status in men and women. Prescription of psychotropic drugs is also of greater intensity in women, given equal need. This reality, moreover, seems to be unequal depending on the age and socioeconomic level of the patients. In recent years, different experiences are being developed aimed at addressing the growing medicalization of mental health from a gender perspective. Given that the phenomenon of medicalization is complex, it is necessary to act and promote changes at political-structural, cultural and health care levels that ultimately reverse gender inequalities in societies and promote non gender-biased healthcare.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los estudios internacionales han descrito importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, pues son las mujeres las que reportan y resultan diagnosticadas con más fre-

cuencia de algún problema de este tipo¹. Esta realidad, sin embargo, es más compleja cuando se analiza según los diferentes trastornos mentales: mientras en las mujeres se observa el doble de prevalencia de depresión y ansiedad, y también son más frecuentes en ellas otros malestares psicosociales con síntomas inespecíficos, en los hombres se observan con más frecuencia problemas mentales asociados a consumos excesivos de alcohol y sustancias². Asimismo, parece que las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos límites de la personalidad y de trastornos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: unai.martin@ehu.es (U. Martín).

Puntos clave

- El estado de salud mental medido por el *Cuestionario de Salud General* de 12 ítems (GHQ-12), que recoge el riesgo de padecer algún problema de salud mental (punto de corte para la población española: ≥ 3).
- Haber sido diagnosticado/a por un médico/a de ansiedad o depresión, medido a través de la pregunta de la ENSE que recoge de manera autorreportada si la persona encuestada ha sido diagnosticada a partir de una lista de problemas crónicos más frecuentes.
- El consumo de psicofármacos, medido a partir de la pregunta que recoge el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas, recetados por personal sanitario, de los grupos «tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir» o «antidepresivos, estimulantes».
- Las visitas a atención primaria, a partir del número de consultas en las últimas 4 semanas, con el fin de tener en cuenta el posible efecto de las diferencias en la frecuentación a los servicios de salud entre hombres y mujeres en las desigualdades de género en el proceso diagnóstico y en el consumo de psicofármacos.

de la alimentación, mientras que las prevalencias de los trastornos de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres¹. El artículo tiene como objetivo describir, a partir de datos originales y de la evidencia de otros estudios, las desigualdades de género en la salud mental y sus principales condicionantes, poniendo especial énfasis en las desigualdades de género en la medicalización que se pueden estar produciendo. Para ello, se parte de una perspectiva epistemológica crítica-realista³ que permite, por una parte, analizar los condicionantes materiales del malestar psicológico de las mujeres, sin olvidar que desde perspectivas constructivistas se ha subrayado que patologías como la depresión son el producto de prácticas culturales que definen el sufrimiento, catalogado como patológico, de formas específicas, y por tanto es contextual y temporalmente dependiente.

Método

Para dar respuesta a los objetivos planteados desde la perspectiva epistemológica detallada, se han realizado una revisión narrativa crítica de la literatura *ad hoc* y un análisis transversal de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017, sobre la población española de 25 y más años ($n = 22.787$).

Como variables de posición social se utilizaron el nivel educativo máximo alcanzado (categorizado en estudios primarios o inferiores, secundarios o universitarios) y la clase social ocupacional (actual o última en población inactiva) categorizada en cinco grupos a partir de la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología⁴.

Se calcularon las prevalencias brutas de mala salud mental y de diagnósticos de depresión o ansiedad por grupos quinquenales de edad y por sexo, así como las prevalencias estandarizadas por edad de mala salud mental y de diagnósticos, según la clase social y el nivel educativo. Asimismo, se calcularon razones de prevalencia (RP) ajustadas por edad y por diferentes variables mediante modelos de regresión de Poisson de varianza robusta. Para analizar las desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud mental, en los diagnósticos y en el consumo de psicofármacos prescritos, se calcularon las RP (referencia: hombres) para el conjunto de la población, así como por edad, nivel de estudios y clase social. En los dos últimos casos, los modelos se ajustaron por el estado de salud mental y por la frecuentación a atención primaria. En el caso del consumo de psicofármacos, se ajustó también por el diagnós-

tico de ansiedad o depresión. Todos los análisis se realizaron con SPSS 25 para hombres y mujeres por separado.

Desigualdades de género en la salud mental en España

En consonancia con la evidencia disponible del ámbito internacional, en el contexto español los estudios confirman la mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres^{5,6}. En 2017, la prevalencia de mala salud mental fue del 23,4% en las mujeres y del 15,6% en los hombres, siendo superior entre ellas en todos los grupos de edad (con valores $>30\%$ en las mayores de 75 años). La frecuencia de diagnósticos de depresión o ansiedad fue también muy superior en las mujeres (19,4%) que en los hombres (8,5%), con valores por encima del 25% en la población mayor de 60 años. Destaca que en las mujeres de entre 60 y 70 años la prevalencia de diagnósticos de depresión es incluso mayor que la de la mala salud mental medida por el GHQ-12 (fig. 1).

La literatura es también consistente al señalar que la salud mental tiende a empeorar a medida que lo hacen las condiciones de vida, como sufrir insuficiencia de rentas, bajo nivel educativo, clase social manual, desempleo o falta de apoyo social^{7,8}. En este sentido, la tabla 1 muestra que en 2017, en España, tanto en hombres como en mujeres, se observa un claro gradiente social en la mala salud mental, según el cual, a medida que desciende la clase social y el nivel educativo, aumenta su prevalencia de manera significativa. En relación con los diagnósticos de depresión y ansiedad, su frecuencia es también significativamente mayor a medida que desciende el nivel socioeconómico.

El análisis de la influencia conjunta de varias fuentes de discriminación desde un enfoque interseccional ha emergido en los últimos años como una necesidad en la investigación en salud pública con perspectiva de equidad⁹. En términos generales, se ha descrito en multitud de países que, además de que los trastornos mentales tienden a ser más frecuentes en las mujeres, lo son también entre la población más desfavorecida², dibujando un deterioro de la salud mental especialmente destacable en mujeres de clase manual con estudios bajos o en desempleo⁶. Asimismo, las mujeres inmigrantes parecen mostrar mayor riesgo de mala salud mental que las nativas, mientras que el estatus migratorio no es determinante en la salud mental de los hombres¹⁰. Por su parte, los regímenes de cisnormatividad y la heterosexualidad como patrones normativos de la identidad de género y de las relaciones afectivo-sexuales generan discriminaciones añadidas que son fuente de peor salud mental, aunque en este caso entre los hombres^{11,12}, lo que puede sugerir una especial sanción social a estos últimos por el incumplimiento de los marcos dominantes de identidad y sexualidad.

Según los datos para la población española de 2017 (fig. 2), las desigualdades de género en la salud mental tienden a aumentar entre la población de mayor edad, de menor clase social y de menor nivel educativo, lo que indica la existencia de una clara interseccionalidad de los diferentes ejes de desigualdad. El único grupo social en que no se aprecian desigualdades de género en la salud mental de forma significativa es la clase más favorecida.

Algunas explicaciones sobre las desigualdades de género en la salud mental

Numerosos estudios han mostrado la multiplicidad de factores que explican las desigualdades de género en la salud mental^{3,13}, tal como se describe a continuación.

La naturaleza propia de las mujeres

Desde el modelo biomédico tradicional se han enfatizado las diferencias biológicas, como el sistema hormonal diferencial que

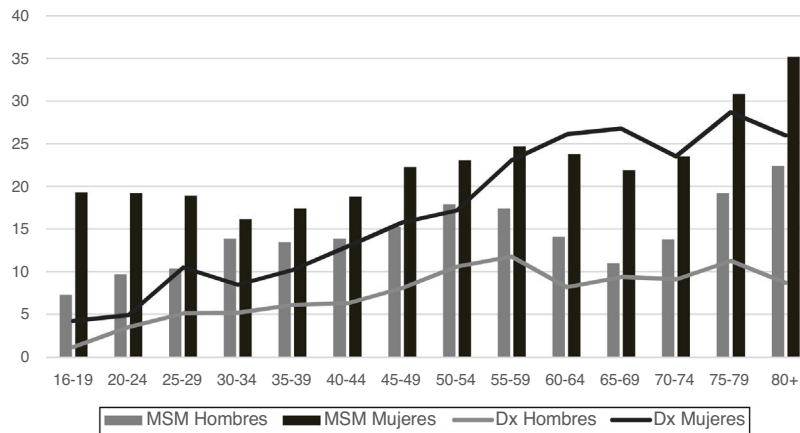


Figura 1. Prevalencias (%) de mala salud mental (MSM) según el GHQ-12 y de diagnósticos (Dx) de depresión o ansiedad según grupos de edad y sexo. España, 2017. Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

Tabla 1

Prevalencias (%) estandarizadas por edad y razones de prevalencias (RP e IC 95%) de mala salud mental y de diagnósticos de depresión y ansiedad, ajustadas por edad, según clase social y nivel educativo en hombres y mujeres. España, 2017

	Hombres		Mujeres	
	Prevalencia (%)	RP (IC95%)	Prevalencia (%)	RP (IC95%)
Mala salud mental (GHQ-12)				
<i>Total</i>	15,6		23,4	
<i>Clase social</i>				
I	11,7	1	15,4	1
II	12,3	0,92 (0,71-1,18)	17,6	1,18 (0,95-1,46)
III	13,4	1,07 (0,88-1,30)	21,5	1,48 (1,25-1,76)
IV	16,6	1,27 (1,08-1,51)	25,1	1,75 (1,49-2,04)
V	20,5	1,52 (1,25-1,84)	29,7	2,05 (1,73-2,42)
<i>Nivel de estudios</i>				
Universitarios	11,1	1	15,9	1
Secundarios	15,2	1,36 (1,17-1,57)	21,2	1,37 (1,22-1,53)
Primarios o inferiores	19,0	1,62 (1,38-1,90)	27,8	1,76 (1,55-1,99)
Diagnóstico de depresión o ansiedad				
<i>Total</i>	8,5		19,4	
<i>Clase social</i>				
I	4,7	1	12,0	1
II	8,0	1,46 (1,00-2,12)	14,9	1,19 (0,93-1,52)
III	8,4	1,74 (1,28-2,37)	17,3	1,44 (1,18-1,75)
IV	9,0	1,85 (1,40-2,45)	21,4	1,77 (1,48-2,11)
V	10,3	2,27 (1,66-3,10)	22,7	1,83 (1,51-2,22)
<i>Nivel de estudios</i>				
Universitarios	5,4	1	11,7	1
Secundarios	8,8	1,65 (1,32-2,06)	18,4	1,89 (1,63-2,19)
Primarios o inferiores	12,3	2,25 (1,75-2,89)	23,9	2,26 (1,92-2,67)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

varía a lo largo del ciclo vital en las mujeres, como factores para su mayor propensión a sufrir patología mental¹⁴. La simplificación de la naturaleza psicológica de las mujeres a esta etiología hormonal ha conducido a psicopatologizar procesos naturales, como el trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, diferentes estudios realizados en este ámbito ponen en duda tales explicaciones, a la vez que ponen de manifiesto la importancia del contexto social¹⁵.

La construcción cultural del concepto de depresión y sus implicaciones de género

En contraste con las visiones biomédicas que esencializan la realidad y los problemas de las mujeres, desde perspectivas constructivistas se ha subrayado que patologías como la depresión son producto de prácticas culturales que definen el sufrimiento, catalogado como patológico, de formas específicas, y por tanto es

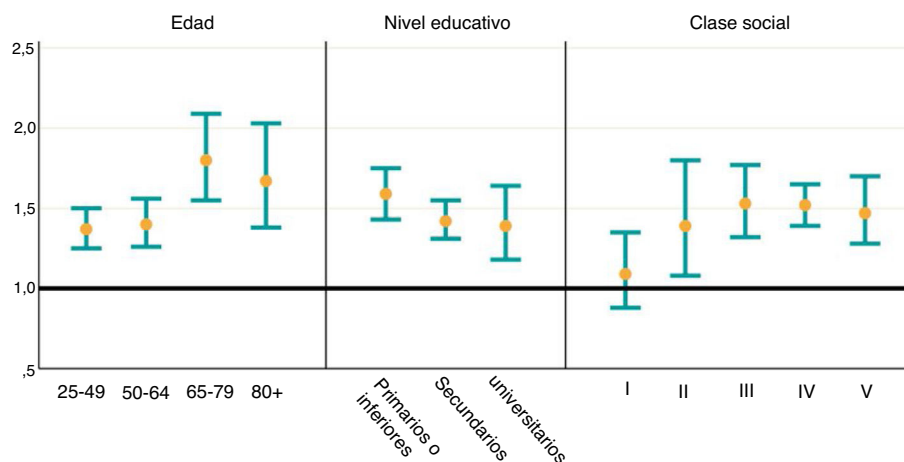


Figura 2. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de mala salud mental (GHQ-12) según sexo (referencia: hombres) por grupos de edad, nivel educativo (ajustado por edad) y clase social (ajustada por edad). España, 2017. Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

contextual y temporalmente dependiente³. Los propios instrumentos psicométricos para medir la depresión pueden, por tanto, estar sujetos a sesgos de género, derivados a su vez de las construcciones de feminidad y masculinidad hegemónicas en cada sociedad. Características normativas del comportamiento femenino, como llorar o la hipersensibilidad, se interpretarían como síntomas de depresión y dejarían fuera, con frecuencia, síntomas cognitivos o afectivos que se dan más entre los hombres¹⁶. Asimismo, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) ha sido criticado por definir características típicamente masculinas (como asertividad y autonomía) como un estado de salud mental saludable, mientras que el comportamiento típicamente femenino, basado en la expresividad emocional, se presenta como un problema¹⁷.

La expresión de la masculinidad hegemónica¹⁶, que aún se basa en rechazar la debilidad, la dependencia emocional o la búsqueda de ayuda, implica a menudo que, ante el malestar psicológico, los hombres recurran a la retórica de síntomas físicos o a una expresión no verbal del malestar en forma de agresividad o consumo de sustancias, lo que puede enmascarar sus menores tasas de depresión o ansiedad. No es fácil, sin embargo, saber si la masculinidad protege a los hombres de experimentar estas patologías o si simplemente les conduce a ocultar sus síntomas o expresarlos de manera inconsistente con los criterios diagnósticos habitualmente aplicados.

Las condiciones de vida desiguales de hombres y mujeres

La problematización cultural del concepto de depresión y sus implicaciones de género no deben restar relevancia al hecho de que en las sociedades patriarcales la posición jerarquizada en términos de poder entre hombres y mujeres explica la peor salud mental de ellas, debido a su mayor exposición a experiencias de desigualdad relativas a sus peores condiciones de vida y trabajo, y otros aspectos psicosociales. De hecho, las desigualdades en la salud mental aumentan, en todo el mundo, a medida que lo hace el nivel de desigualdad de género de las sociedades¹⁸. La segregación del mercado laboral, la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, la mayor exclusión social, la discriminación sexista y la menor presencia en espacios de toma de decisiones¹⁹ someterían a las mujeres a mayores niveles de estrés y les limitaría su capacidad de acceso a recursos que pueden proteger su salud mental^{3,13}. Asimismo, la valoración desigual de los trabajos según el género ha mostrado que, en España, las variables relacionadas con el empleo remunerado tienden a tener más efecto en la salud mental de los hombres, mientras que las características del trabajo doméstico tienen más efecto en la salud mental de las mujeres, siendo esta

influencia diferente según la clase social^{5,6}. Las diferencias en la intensidad del cuidado a personas dependientes también han mostrado ser un elemento explicativo de las desigualdades de género en salud mental²⁰. Asimismo, la mayor exposición de las mujeres a situaciones de violencia física, simbólica o sexual, incrementa significativamente su mala salud mental²¹.

Los procesos de medicalización de la salud mental y la relevancia del género

La medicalización de la vida (proceso por el que diversas esferas de la vida humana se han patologizado al incorporarse como objetos del discurso y la práctica biomédica) adquiere características propias en el ámbito de la salud mental, ya que se ha visto especialmente impulsada por el desarrollo de la industria farmacéutica. El heteropatriarcado y las diferentes expresiones del androcentrismo reproducen estereotipos sobre la masculinidad y la feminidad que permean la atención clínica y la relación médico/a-paciente. Por ello, las mujeres son especialmente vulnerables a los procesos de medicalización, ya que sufren una mayor coerción por parte de las instituciones médicas y psiquiátricas sobre sus cuerpos, con el resultado de ser más fácilmente etiquetadas como enfermas mentales²². Sin embargo, son escasos los estudios que lo han analizado, y en su gran mayoría son de base clínica. En términos generales indican que, a igualdad de síntomas de ansiedad y depresión, la probabilidad de las mujeres de ser diagnosticadas^{23,24} y de que consuman psicofármacos es mayor²⁵, si bien hay resultados contradictorios al respecto²⁶. De forma complementaria, algunos estudios destacan el infradiagnóstico y el insuficiente tratamiento farmacológico que se podría estar dando entre los hombres con estas patologías mentales¹⁶. Por su parte, la prescripción de psicofármacos para la depresión puede llegar a ser del doble en las mujeres^{3,27}, ya sean ansiolíticos o antidepresivos²⁵, con una tendencia al alza en los últimos años. Incluso a igualdad de diagnóstico o sintomatología y número de consultas realizadas, las mujeres son medicadas con mayor frecuencia²⁸. Llama la atención que, a pesar del conocimiento existente en torno al desigual patrón entre hombres y mujeres en salud mental, existen numerosos estudios que ni siquiera desagregan ni consideran el sexo en sus análisis²⁹.

Según los datos para la población española en 2017 (tabla 2), las mujeres tienen más del doble de probabilidad (RP = 2,13 [1,97-2,30]) de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres, y su probabilidad sigue siendo un 78% mayor una vez ajustado el efecto por el estado de salud mental y la frecuencia de visitas a atención primaria realizadas por ambos sexos

Tabla 2

Razones de prevalencia de tener un diagnóstico de ansiedad o depresión y de consumir psicofármacos por sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes. España, 2017

Ajustes ^a	Diagnóstico de depresión o ansiedad RP (IC95%)	Consumo de psicofármacos RP (IC95%)
Modelo 1	2,13 (1,97- 2,30)	1,75 (1,63-1,88)
Modelo 2	1,80 (1,67-1,95)	1,52 (1,42-1,63)
Modelo 3		1,18 (1,10-1,26)
Modelo 4	1,78 (1,65-1,92)	1,17 (1,10-1,25)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

^a Modelo 1: ajustado por edad. Modelo 2: ajustado por edad y mala salud mental (GHQ-12). Modelo 3: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y diagnóstico de ansiedad o depresión. Modelo 4: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Diagnóstico», y ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12), diagnósticos y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Consumo de psicofármacos».

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

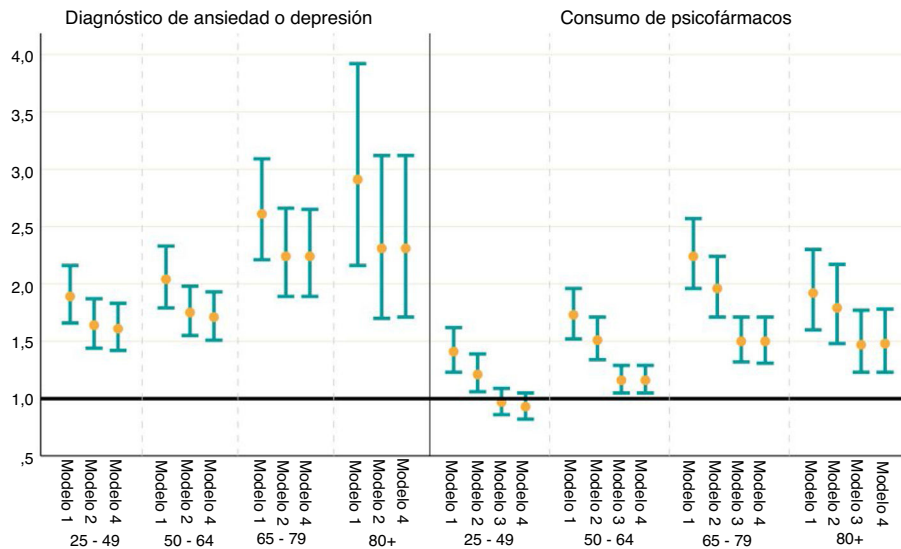


Figura 3. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico de ansiedad o depresión y de consumir psicofármacos, según sexo (referencia: hombres) por grupos de edad y diferentes ajustes. España, 2017. Modelo 1: sin ajustar. Modelo 2: ajustado por mala salud mental (GHQ-12). Modelo 3: ajustado por mala salud mental (GHQ-12) y diagnóstico de ansiedad o depresión. Modelo 4: ajustado por mala salud mental (GHQ-12) y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Diagnóstico» y ajustado por mala salud mental (GHQ-12), diagnósticos y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Consumo de psicofármacos». Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

(RP=1,78 [1,65-1,92]). El consumo de psicofármacos prescritos es 1,75 veces superior en las mujeres, y las desigualdades de género se mantienen tras ajustar el efecto consecutivamente por el estado de salud mental y por tener algún diagnóstico de depresión o ansiedad además del número de visitas médicas realizadas (RP=1,17 [1,10-1,25]).

La interseccionalidad del género y la edad o el nivel educativo en el diagnóstico puede observarse en las figuras 3 y 4. Por grupos de edad, la desigualdad entre hombres y mujeres en la frecuencia de diagnósticos aumenta, y es especialmente intensa entre la población mayor de 80 años. Ajustado el efecto consecutivamente por el nivel de salud mental y por las visitas realizadas a atención primaria, las desigualdades se mantienen, y son en especial importantes en los grupos de edad mayores de 65 años (RP₈₀₊ = 2,31 [1,71-3,12]). En relación con el consumo de psicofármacos prescritos, las desigualdades de género también aumentan con la edad, y es la población más joven la única en la que no se observan desigualdades, una vez considerado el efecto del estado de salud mental y la frecuencia de visitas a atención primaria (RP₂₅₋₄₉ = 0,93 [0,82-1,05]) (fig. 3).

Por nivel de estudios (fig. 4), las desigualdades son mayores en el grupo de estudios primarios o inferiores, entre quienes la probabilidad de tener un diagnóstico de depresión o ansiedad, una vez eliminado el efecto de la edad, del estado de salud y de las visitas médicas, es un 86% superior en las mujeres. En cuanto al consumo de psicofármacos, es interesante observar la misma relación con el

nivel educativo, si bien en este caso las desigualdades de género no se observan en el grupo de personas con estudios universitarios, una vez ajustado el efecto del sexo por el resto de las variables (RP_{univ} = 1,03 [0,84-1,26]).

Conclusiones e implicaciones políticas

La literatura y los datos analizados en este artículo muestran que el género es un importante determinante de la salud mental y de la gestión que se realiza de esta en los servicios sanitarios. Destacan las mayores prevalencias de mala salud mental en las mujeres de todas las edades y de todos los grupos sociales, y además existe un efecto multiplicativo por la acumulación de experiencias de desigualdad. Los diagnósticos de depresión y ansiedad también son más frecuentes entre las mujeres, incluso tras eliminar el efecto de su peor salud mental y su mayor frecuencia de visitas a atención primaria, y el consumo de psicofármacos prescritos también es significativamente mayor a igualdad de salud mental, de diagnósticos y de frecuencia de visitas a los/las profesionales sanitarios/as. Todo ello podría estar indicando la existencia de un proceso de medicalización de la salud mental de las mujeres, pero la interpretación de su origen resulta compleja, ya que sin duda operan procesos de sobrediagnóstico y sobreprescripción entre ellas, pero quizás también de infradiagnóstico e infraprescripción en los hombres³⁰. Futuros estudios deberían profundizar en estos aspectos.

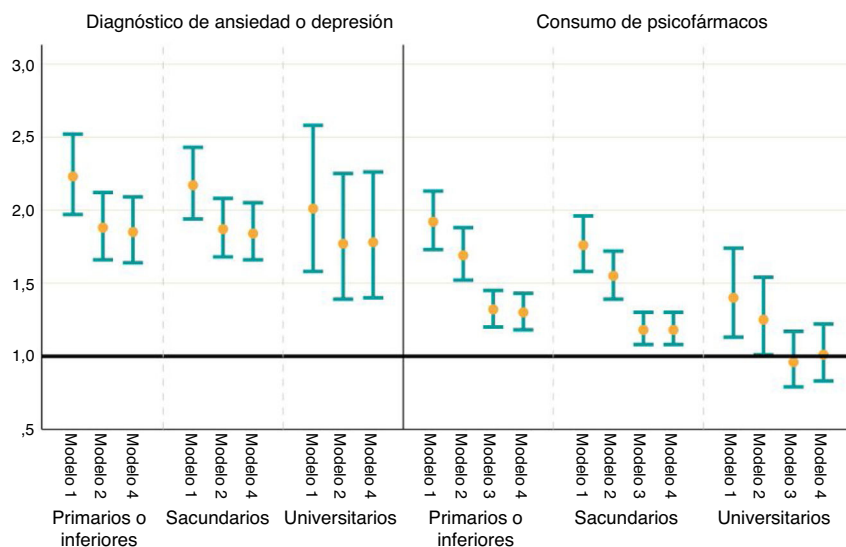


Figura 4. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico de ansiedad o depresión y de consumir psicofármacos, según sexo (referencia: hombres) por nivel educativo y diferentes ajustes. España, 2017. Modelo 1: ajustado por edad. Modelo 2: ajustado por edad y mala salud mental (GHQ-12). Modelo 3: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y diagnóstico de ansiedad o depresión. Modelo 4: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Diagnóstico» y ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12), diagnósticos y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Consumo de psicofármacos». Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

Respecto a las implicaciones políticas que se derivan de las conclusiones del artículo, parece evidente que disminuir las desigualdades de género en la salud mental deberá ser el resultado de la intervención política a diferentes niveles. Desde una óptica estructural, existe una clara relación entre el nivel de desigualdad de género en la sociedad y las desigualdades de género en la salud mental¹⁸, de modo que todas aquellas políticas de lucha contra la discriminación que sufren las mujeres en el mercado laboral, en la responsabilidad sobre el trabajo doméstico y de cuidados, en el uso del tiempo y, en términos generales, aquellas que empoderen a las mujeres a partir de su mayor representación política y visibilización social, repercutirán positivamente en la disminución de las desigualdades en salud mental entre hombres y mujeres¹³. En el ámbito específico de los procesos de medicalización de la salud mental de las mujeres, parece necesario, en primer lugar, tomar conciencia y luchar contra la expropiación cultural del cuidado de la salud al que asistimos, tal como indicó Illich³¹ a partir del concepto de «iatrogenia cultural». La dependencia social hacia los (psico) fármacos, así como a las normas prescritas por los/las profesionales de la salud, supone que cada vez estemos más sometidos/as a regímenes de vigilancia, que son especialmente evidentes en las mujeres. Por ello, desde el nivel institucional es necesario un compromiso fuerte orientado a frenar la medicalización de los malestares cotidianos desde una clara perspectiva de género, que visibilice la especial vulnerabilidad de las mujeres a las presiones, no solo de la industria farmacéutica, sino también del conjunto de la maquinaria médico-institucional.

En el terreno asistencial, que es el espacio de producción principal de los procesos de medicalización, tener como marco de referencia la prevención cuaternaria, definida como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por las intervenciones médicas, puede ayudar a identificar a aquellas personas en riesgo de sobremedicalización y protegerlas de una nueva invasión médica, terreno donde las mujeres han sido y siguen siendo unas de las principales víctimas. En el campo de la salud mental, en el que la medicalización del malestar es especialmente habitual, algunos problemas que tienen un origen social acaban recibiendo atención psiquiátrica o psicológica, de manera que la actuación médica, lejos de abordar la etiología del

problema, puede provocar daños en forma de iatrogenia farmacológica y dependencias psicológicas. De ahí que la indicación de no tratamiento³², es decir, un encuentro terapeuta-paciente que permita realizar una devolución de la paciente a su contexto sin sentirse rechazada ni juzgada por el sistema sanitario (minimalismo terapéutico), se haya convertido en una intervención necesaria por parte de los/las profesionales de la salud mental y de atención primaria, con el objetivo de reorientar y resignificar la demanda o los problemas iniciales que motivaron la consulta. Para todo ello, además, sería necesario impulsar espacios de reflexión en el ámbito clínico que ayuden a deconstruir colectivamente algunas naturalizaciones basadas en el binarismo de género que han sostenido las definiciones más normativas de la psicopatología y su tratamiento en la actualidad³³.

De ahí que la incorporación real a la práctica clínica del modelo biopsicosocial³⁴, así como la implementación de estrategias de promoción de la salud y el bienestar emocional desde un enfoque de salud comunitaria basada en activos³⁵, podrían evitar la excesiva patologización y medicalización de los malestares cotidianos al adquirir una visión global sobre la influencia que el contexto social ejerce sobre la salud³⁶. El impulso de aproximaciones feministas a terapias narrativas se ha mostrado también beneficioso en el mismo sentido³⁷. Un ejemplo de algunas de estas cuestiones es el Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar, que consistió en la formación de profesionales de atención primaria en el enfoque biopsicosocial con perspectiva de género para conseguir un abordaje adecuado de los malestares, entre los que se incluían los trastornos mentales comunes, la fibromialgia y el dolor³⁴.

Contribuciones de autoría

A. Bacigalupe y U. Martín concibieron los objetivos del artículo. U. Martín y A. Cabezas realizaron los análisis y redactaron los resultados. La discusión fue realizada por todos/as los/as autores/as. La primera versión del artículo fue escrita por A. Bacigalupe, con la ayuda del resto de autores/as. Todas las personas firmantes revisaron el manuscrito, realizaron aportaciones y aprobaron su versión final.

Financiación

El artículo ha contado con la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de la convocatoria 2018 de proyectos I+D+i «RETOSINVESTIGACIÓN» (MCI/AEI/FEDER,UE). Ref. RTI2018-098796-A-I00.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Sáenz-Herrero M. Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. New York: Springer; 2015. p. 741.
- WHO. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2015.
- Ussher JM. Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Fem Psychol.* 2010;20:9–35.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco J, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013;27:263–72.
- Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, et al. Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit.* 2019;33:235–41.
- Artazcoz L, Benach J, Borrell C, et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* 2004;94:82–8.
- Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiat.* 2016;30:259–92.
- Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, et al. 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.* 2011;22:389–95.
- Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med.* 2014;110:10–7.
- Cayuela A, Malmusi D, López-Jacob MJ, et al. The impact of education and socioeconomic and occupational conditions on self-perceived and mental health inequalities among immigrants and native workers in Spain. *J Immigr Minor Health.* 2015;17:1906–10.
- Martí-Pastor M, Pérez G, Germán D, et al. Health-related quality of life inequalities by sexual orientation: results from the Barcelona Health Interview Survey. *PLoS One.* 2018;13:e0191334.
- Semlyen J, King M, Varney J, et al. Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry.* 2016;16:67.
- Borrell C, Palència L, Muntaner C, et al. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev.* 2014;36:31–48.
- Seaman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiat.* 1997;154:1641–7.
- Ussher JM, Perz J. Disruption of the silenced-self: the case of pre-menstrual syndrome. En: Jack DC, Ali A, editores. *The depression epidemic: international perspectives on women's self-silencing and psychological distress.* Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 435–58.
- Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the assumptions about men's mental health: an exploration of the gender binary. *Am J Mens Health.* 2018;12:78–89.
- Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs wom analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA. Psychiat.* 2013;70:1100–6.
- Shoukai Y. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Transl Psychiatr.* 2018;8:98.
- INE. Mujeres y hombres en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/hombre-mujer.pdf>.
- Del Río Lozano M, García-Calvente MDM, Calle-Romero J, et al. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res.* 2017;26:3227–38.
- Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One.* 2019;14:e0221049.
- Diéguez A. Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1999;19:637–52.
- Potts MK, Burnam MA, Wells KB. Gender differences in depression detection: a comparison of clinical diagnosis and standardized assessment. *Psychol Assessment.* 1991;3:609–15.
- Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, et al. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *J Gen Intern Med.* 2000;15:381–8.
- Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care.* 1989;27:478–90.
- Jacob L, Kostev K. Gender-based differences in the antidepressant treatment of patients with depression in German psychiatric practices. *Ger Med Sci.* 2016;14. (Consultado el 12/12/2019.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4757752/pdf/GMS-14-02.pdf>.
- Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* 2014;18:118–25.
- Markez I, Póo M, Romo N, et al. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004;91:37–61.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta analysis. *Lancet.* 2009;374:609–19.
- The PLoS Medicine Editors. The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition. *PLoS Med.* 2013;10:e1001456.
- Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. México: Joaquín Mortiz/Planeta; 1978. p. 383.
- Ortiz A, Murci L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza A, editor. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 381.
- Cabruja-Ubach T. ¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana. *Pro-Posições.* 2008;19:25–46.
- Velasco S. Evaluación del Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria: trastornos mentales comunes, fibromialgia y dolor. 2015. Disponible en: <http://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2018/06/sindromes-malestar-completo-envio-MAQUETA.pdf>.
- Iáñez A, Álvarez R, García-Cubillana de la Cruz P, et al. La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit.* 2019;33:398–400.
- Turabán JL, Franco BP. Grandes misterios ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness? El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. *Aten Primaria.* 2007;39:261–4.
- Gremillion H. Unpacking essentialisms in therapy: lessons for feminist approaches from narrative work. *J Constr Psychol.* 2004;17:173–200.

ARTÍCULO 2

Cabezas-Rodríguez A, Utzet M, Bacigalupe A. Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review. Int J Soc Psychiatry. 2021;13:207640211015708. doi: [10.1177/00207640211015708](https://doi.org/10.1177/00207640211015708)

NOMBRE DE LA REVISTA: International Journal of Social Psychiatry

AÑO: 2020

BASE DE DATOS DE INDEXACIÓN: Journal Citation Reports (JCR)

ÍNDICE DE IMPACTO: Social Sciences Citation Index (SSCI)

CATEGORÍA: Psiquiatría


POSICIÓN QUE OCUPA LA REVISTA EN EL ÁREA: 80

NÚMERO DE REVISTAS EN EL ÁREA: 143

QUARTIL: 3

Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review

Andrea Cabezas-Rodríguez^{1,2,3} ,
Mireia Utzet^{3,4,5,6} and Amaia Bacigalupe^{1,3}

International Journal of
Social Psychiatry
1–21
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/00207640211015708
journals.sagepub.com/home/isp


Abstract

Background: Gender segmentation in the labour market and women's greater burden of domestic work and caregiving increase their risk of developing mental health problems, especially in vulnerable social groups.

Aims: The objectives of this study were to identify and describe the role of working and labour conditions, domestic work and caregiving and social support in gender inequalities in mental health, as well as to assess whether studies have taken an intersectional approach, describing its role in gender inequalities in mental health.

Methods: We carried out a systematic review of scientific articles published between 2010 and 2019 in PubMed, Scopus, WoS and PsycInfo, in Spanish and English, conducted in the European Economic Area in populations aged between 25 and 65 years. Studies were excluded if they were qualitative, focused on sexual identity or factors based on biological differences, or considered use of medical services, medicalisation or suicide as the outcome variable.

Results: A total of 30 articles were included, of which only four concerned studies in which intersectional analysis had been performed. The mental health of men was seen to be more influenced by employment conditions and that of women by working conditions, the double presence and civil status. Further, depending on the size of the household (women) and unemployment (men), people in lower social classes had poorer mental health outcomes.

Conclusions: The results may be useful for designing policies focused on reducing gender inequalities in mental health. Additionally, they show the need for taking an intersectional perspective.

Keywords

Mental health, gender inequalities, intermediate determinants, inequity, review

Introduction

Mental health is a major public health problem, given its high prevalence and its impact on people's wellbeing (OMS, 2017). Deterioration in mental health is associated with high rates of morbidity, disability and mortality, this having a great socioeconomic impact, due to the costs not only of work productivity loss but also of professional and family caregiving (OMS, 2013).

Internationally, several studies have found that women generally have higher rates of poor mental health (Sáenz-Herrero, 2015; Somers et al., 2006). By type of disorder, a higher prevalence of mental health problems associated with substance abuse is observed in men, while problems related to anxiety and depression are more common in women (OMS, 2013; Sáenz-Herrero, 2015).

The evidence regarding the causes of these gender inequalities in mental health can be grouped by the research perspective adopted. Specifically, biomedical explanations of these findings are based on biological differences between sexes (Seeman, 1997), although the results in this

domain are not consistent (Ussher & Perz, 2010). Other perspectives focus on the importance of social conditions as the main explanatory factors or underline that part of the poorer mental health observed in women may be due to

¹Department of Sociology and Social Work, University of the Basque Country (UPV/EHU), Leioa, Spain

²Department of Preventive Medicine and Public Health, University of the Basque Country (UPV/EHU), Leioa, Spain

³Social Determinants of Health and Demographic Change – Opik Research Group, University of the Basque Country (UPV/EHU), Leioa, Spain

⁴Center for Research in Occupational Health (CISAL), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain

⁵CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Barcelona, Spain

⁶IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Spain

Corresponding author:

Andrea Cabezas-Rodríguez, Department of Sociology and Social Work, University of the Basque Country (UPV/EHU), Barrio Sarriena s/n, Leioa 48080, Spain
Email: andrea.cabezas@ehu.es

gender stereotypes having influenced the clinical definition of mental illnesses and clinical practice itself, women being more likely to be classified as ill and have everyday complaints, which may be more common in women, labelled as mental illness (Benedicto, 2018; Ussher & Perz, 2010). On the other hand, a key line of research suggests that inequality in living conditions between men and women and the resulting subordinate position of women in society make them more likely to have poorer mental health (Yu, 2018). Other factors such as a greater exposure of women to violence and social exclusion, their difficulty entering positions of authority and their lower profile in political and social spheres (INE, 2017) may also explain their poorer mental health.

Following this latter line of research, the literature indicates that the characteristics of the labour market are among the living and working conditions that may be key to understanding gender inequalities in mental health. Women's access to and participation in the labour market occurs in the context of sexual division, with invisible barriers (Torns & Recio, 2012) which are difficult to overcome. This leads to both horizontal and vertical segregation, which restricts women's opportunities and worsens their labour conditions, the effects of this being reflected in poorer mental health outcomes (Campos-Serna et al., 2013; Niedhammer et al., 2020). Further, some studies have indicated that the gender pay gap also influences the onset of mental illness. The greater job insecurity, higher rates of part-time work and shorter contracts observed in women tend to lead to a greater demand for healthcare resources to protect their mental health, while they may have more financial difficulties accessing such resources, given their poorer position in the labour market (Borrell et al., 2014).

Another key determinant of gender inequalities in mental health is women's burden of domestic work and caregiving. As the consequence of their greater level of responsibility in this sphere, women show poorer self-perceived psychosocial health (del Río Lozano et al., 2017), as well as higher rates of symptoms of depression and anxiety (Mosquera et al., 2019). Given the inequality in the distribution of domestic work, social support emerges as a potential protective factor for women's mental health, as networks of support may help considerably to improve the balance between work and caregiving (Matud et al., 2003). In relation to this, some research has indicated that having access to social support networks at difficult times may be protective of mental health, especially in women (Gaino et al., 2019).

This set of intermediate determinants is influenced by other axes of social inequality such as social class or ethnic group that create intersecting relationships between different social categories. Taking into account these relationships enables us to assess the combined effect of different sources of discrimination from an intersectional

perspective (Bauer, 2014). Specifically, several studies have indicated that women not only have poorer mental health but also that those who are more vulnerable tend to have an even poorer mental health status (Busch et al., 2013). This is especially evident among women who are immigrants (Jurado et al., 2014) or have a lower level of education or social class (Bacigalupe et al., 2020), whose mental health tends to be poorer than those who are not socially deprived.

Although some studies have indicated the presence of gender inequalities in mental health considering various intermediate determinants (Gaino et al., 2019; Mosquera et al., 2019; Niedhammer et al., 2020), to our knowledge, no systematic reviews have synthesised the existing evidence. In general, the reviews on this topic focus on socioeconomic inequalities in mental health, without a gender approach (Silva et al., 2016). Those focusing on gender inequalities have analysed a single intermediate determinant (Campos-Serna et al., 2013) or focused on macrosocial policies (Borrell et al., 2014).

In this context, the objectives of this study were (a) to identify and describe the role of working and employment conditions, domestic work, and caregiving and social support as intermediate determinants of gender inequalities in mental health and (b) to assess whether studies have taken an intersectional approach, describing its role in gender inequalities in mental health.

Materials and methods

We conducted a scoping review of the scientific literature to identify studies analysing the role of the working and employment conditions, domestic work and caregiving and social support as intermediate determinants explaining gender inequalities in mental health. For this, we reviewed articles published between 2010 and 2019 including data from the European Economic Area (European Union, United Kingdom, Norway, Liechtenstein, Iceland and Switzerland) using the following databases: PubMed, Scopus, Web of Science and PsycInfo.

The search strategy, which was discussed between and designed by the researchers, consisted of four search terms (preferably MeSH terms) combined using the AND Boolean operator: the terms referred to gender, mental health, intermediate determinants related to the working and labour conditions, domestic work and caregiving and social support, as well as the country in which the data were collected. The keywords and specific search strategy are presented in Appendix 1. We completed the review using the references in the reviews found during the process.

Studies were selected by applying the following inclusion criteria: (i) observational; (ii) in the general population aged between 25 and 65 years; (iii) segregated analysis of men and women; (iv) analysis of the aforementioned

intermediate determinants explaining gender inequalities in mental health; (v) mental health used as the outcome, whether self-perceived or clinically-diagnosed; (vi) data from European Economic Area countries; (vii) written in Spanish or English; (viii) published between 2010 and July 2019; and (ix) reported statistical results (relative risk, odds ratio, hazard ratio, etc.).

Studies were excluded if they met any of the following criteria: (i) qualitative, a review or an editorial; (ii) analysis of gender differences in mental health but not considering intermediate determinants; (iii) use of medical services, medicalisation or suicide as the outcome variable; or (iv) analysis of only men or only women.

The study selection process was carried out in two phases. Firstly, the title and abstract were screened and secondly, the full text was read. Two reviewers participated in the process and selected the references in accordance with the inclusion and exclusion criteria. If they were unable to agree, a third reviewer was consulted.

The quality of the studies included was assessed using a quality assessment instrument (National Institutes of Health, 2014) (Appendix 2). The information in each article was described using a data extraction table which included: (i) general characteristics (author[s], year of publication); (ii) methods (type of design, study population, sample, country, intermediate determinants and outcome variable); (iii) results (measures of association, direction of association and strength of the evidence); (iv) consideration of intersectionality (understood as the interaction between different axes of social stratification); and (v) study quality.

Results

Figure 1 outlines the process of searching for and selecting articles. Searches across the databases used retrieved a total of 5,074 publications, of which 1,070 were repeats and hence excluded, leaving 4,004 articles. Based on screening of the title and abstract, 169 were selected for full reading and detailed assessment. Of these, only 30 articles met the criteria for inclusion in the review.

Table 1 lists the main characteristics of the articles selected. Of the 30 studies included in this review, 13 had a longitudinal design and 17 were cross-sectional, two of these being repeated cross-sectional studies.

In these studies, mental health was assessed in one of three different ways: through a diagnostic interview carried out by medical staff or psychologists (two articles), diagnoses based on self-reported symptoms of anxiety or depression by the interviewee (three articles), or validated mental health instruments (25 articles). The mental health items considered were psychological distress (14 articles), diagnosis of depression or symptoms thereof (12 articles), diagnosis of anxiety or symptoms thereof (four articles), and the number of days mental health problems had been experienced (one article).

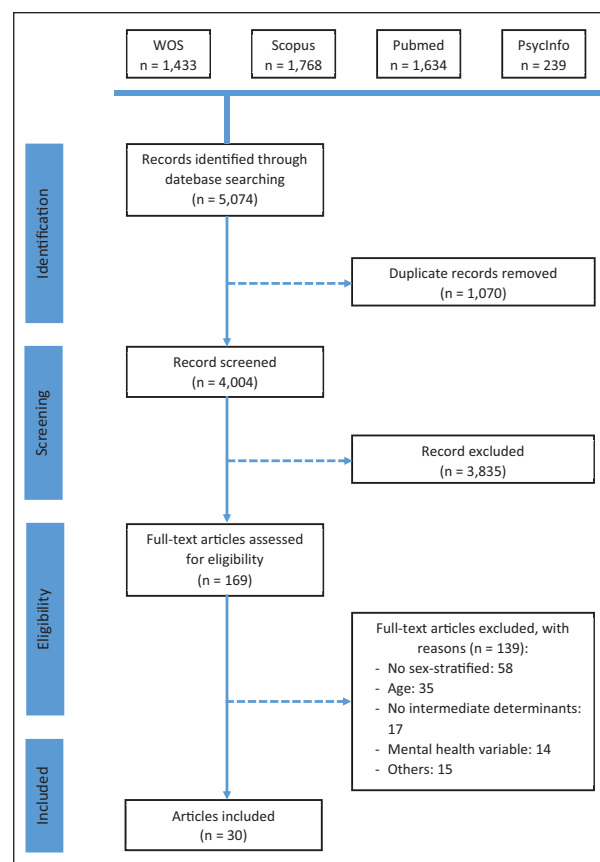


Figure 1. Study selection flow diagram.

Table 2 summarises the results on gender inequalities in mental health grouped by the intermediate determinants analysed in the studies. The most widely considered were the conditions of employment and work (27 articles), followed by domestic work and caregiving (12 articles) and social support (six articles). In turn, each of the intermediate determinants was divided into different dimensions. In the case of employment and working, the most widely used dimensions were employment conditions (13 articles) and income (eight articles), while regarding the domestic and caregiving sphere, the most widely used were civil/cohabitation status (eight articles) and caregiving (five articles).

In seven of the studies, no gender inequalities in mental health were detected in the variables studied. Among those that did find inequalities, in the context of employment and working conditions (Table 2), low income (Agudelo-Suárez et al., 2013; Landstedt et al., 2016) and unemployment (Aarø et al., 2011; Agudelo-Suárez et al., 2013; Madden, 2010) were risk factors for poor mental health in men, while the relationship was not clear in women (Andreeva et al., 2015; Madden, 2010; Mwinzi et al., 2017). In contrast, poor working conditions and the double presence had a greater effect on the mental health of women, low job control (Choi et al., 2011), work-related stress (du Prel & Peter, 2015), excessive commitment (du

Table 1. Characteristics of the articles included in the review.

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Aarø et al. (2011)	Cross-sectional	Representative sample of population aged 45–64; Poland, 2010–2011	3,862 (67)	Income, employment status	Adaptation of the CIDI-SF: Depressive tendencies	β (se). Higher levels of depression. Women: living on a pension 0.32 ^{***} ; being unemployed n.s. Men: living on a pension 0.32 ^{***} ; being unemployed 0.41 ^{***} . Lower levels of depression. Women: being self-employed -0.12 n.s., high personal income -0.04*. Men: being self-employed -0.12 n.s., high personal income -0.04*. aOR (95% CI). 2011 vs. 2008. Women: n.s. Men: employed 2.58 (1.04–6.39)*, unemployed 8.34 (2.19–31.75)*, income \leq 1,200 5.15 (2.07–12.80)*, income \geq 1,201 n.s.	No	Average
Agudelo-Suárez et al. (2013)	Longitudinal	Migrant workers from Morocco, Ecuador, Romania, and Colombia working for at least 1 year in Spain; Spain, 2008–2013.	318 (51)	Employment status, income	GHQ-12: Poor mental health (cut-off score 3 or more)		No	Good
Andreeva et al. (2015)	Longitudinal	Representative sample of the Swedish working population; Sweden 2008–2010.	3,503 (54)	Employment status (downsizing)	SCL-CD: Depressive symptoms (cut-off score 10–16) and Major depression (cut-off score 17–24)	RRR (95% CI). Depression symptoms (reference category: employees no depression at baseline and no downsizing). Women: no depression at baseline, downsizing survivors n.s., displaced worker 2.12 (1.03–4.34); depressive symptoms at baseline, no downsizing 4.69 (3.49–6.29), downsizing survivors 4.69 (3.49–6.29), displaced workers 9.92 (4.56–21.60); major depression at baseline no downsizing 9.90 (5.98–16.37), downsizing survivors 13.10 (7.33–23.40), displaced workers 20.96 (8.75–50.22). Men: no depression at baseline, downsizing survivors n.s., displaced worker n.s.; depressive symptoms at baseline, no downsizing 7.16 (5.00–10.26), downsizing survivors 10.17 (6.11–16.91), displaced workers 11.76 (4.37–31.63); major depression at baseline no downsizing 4.36 (1.95–9.76), downsizing survivors 6.19 (2.56–14.95), displaced workers 7.16 (2.10–24.39). Major depression (reference category: employees no depression at baseline and no downsizing). Women: no depression at baseline, downsizing survivors 1.59 (1.02–2.46), displaced worker 3.17 (1.16–8.70); depressive symptoms at baseline, no downsizing 7.02 (4.38–11.27), downsizing survivors 11.14 (5.82–21.30), displaced workers 22.28 (7.29–68.13); major depression at baseline, no downsizing 39.04 (21.81–69.89), downsizing survivors 61.91 (29.52–129.82), displaced workers 123.85 (38.46–398.78). Men: no depression at baseline, downsizing survivors n.s., displaced worker 4.93 (1.23–19.69); depressive symptoms at baseline, no downsizing 11.46 (5.76–22.82), downsizing survivors 12.04 (4.62–31.39), displaced workers 56.46 (11.52–276.58); major depression at baseline, no downsizing 40.33 (16.44–98.92), downsizing survivors 42.35 (13.72–130.71), displaced workers 198.65 (34.61–1,140.11).	No	Average

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Arcas et al. (2013)	Cross-sectional	Men and women aged 25–64 years old, in paid employment and cohabiting (representative sample of people > 16 years living in Spain); Spain, 2006.	9,108 (38)	Number of household members living with children <15 years, living with persons between 65 and 74 years, living with persons >74 years and having a person for housework	GHQ-12: Poor mental health (cut-off score 3 or more)	aOR (95% CI): Non-manual social class. Women: n.s. Men: Three household members vs. two members 0.63 (0.41–0.98)*, four household members vs. two members n.s., >4 household members vs. 2 members 4.01 (1.73–9.26)***, living with children <15 years vs. no n.s., living with persons between 65–74 years vs. no 2.37 (1.17–4.80)*, living with persons >74 years vs. no n.s., having a hired person for housework n.s. Manual social class. Women: Three household members vs. two members n.s., four household members vs. two members n.s., >4 members vs. 2 members 1.77 (1.16–2.71)***, living with children <15 years vs. no n.s., living with persons between 65–74 years vs. no n.s., living with persons >74 years vs. no n.s., having a hired person for housework n.s. Men: Three household members vs. two members n.s., four members vs. two members 2.15 (1.29–3.56)***, >4 members vs. 2 members 1.91 (1.06–3.46)*, living with children <15 years vs. no n.s., living with persons between 65 and 74 years vs. no n.s., living with persons >74 years vs. no 2.95 (1.66–5.27)***, having a hired person for housework n.s.	Yes, Gender and occupational social class.	Good
Artazcoz et al. (2010)	Cross-sectional	People currently working or retired between 50 and 64 years of age; Spain, 2006.	3,917 (36)	Employment status	GHQ-12: Poor mental health (cut-off score 3 or more)	aOR (95% CI): (Reference category: workers). Non-manual social class. Women: retired due to age n.s., early retirement on health grounds 2.98 (1.42–6.25)***, forced early retirement due to organisational reasons n.s., voluntary early retired n.s., early retired due to other reasons n.s. Men: retired due to age n.s., early retirement on health grounds 4.70 (2.90–6.25)***, voluntary early retired n.s., early retired due to other reasons n.s. Manual social class. Women: retired due to age n.s., early retirement on health grounds 4.88 (2.88–8.27)***, forced early retired due to organisational reasons 2.70 (1.15–6.33)*, voluntary early retired n.s., early retired due to other reasons n.s. Men: retired (3.56–7.72)***, forced early retired due to organisational reasons n.s., voluntary early retired n.s., early retired due to other reasons 3.90 (1.18–12.92)*	Yes, Gender and occupational social class.	Good
Buffel et al. (2017)	Cross-sectional	Subsample of individuals aged 50–65 from the fourth SHARE wave; 16 European countries 2010–2012.	26,907 (56)	Employment status	EURO-D-12-item scale: Depressive symptoms (continuous variable)	β (se): (Reference category: employed). Women: non-displaced unemployed 0.798 (0.098)***, displaced unemployed n.s., early retired 0.457 (0.055)***, disabled/ill 1.691 (0.083)***, homemaker 0.313 (0.061)***, Men: non-displaced unemployed 0.810 (0.081)***, displaced unemployment –0.281 (0.142)*, early retired 0.388 (0.048)***, disabled/ill 1.820 (0.072)***, homemaker 0.581 (0.137)***	No	Average

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Burr et al. (2015)	Cross-sectional	Sample of German employees subject to social security contributions (two cohorts); Germany, 2011.	4,081 (53)	Type of contract, employment history, job insecurity, influence at work, quality of leadership, partnership status	BDI-V: Depressive symptoms (continuous variable)	β (se), Women: partner vs. no partner -4.24 (0.89) ^{***} , regular part-time employment vs. regular full-time employment n.s., marginal employment vs. regular full-time employment: 3.56 (1.35) ^{**} , job insecurity vs. no 5.71 (0.86) ^{***} , quality of leadership -2.62 (0.33) ^{***} , influence at work -0.92 (0.29) ^{**} , mostly part-time employment history vs. mostly full-time employment history n.s., mostly other states employment history vs. mostly full-time employment history vs. mostly full-time employment history n.s., no partner -4.25 (1.21) ^{***} , regular part-time employment vs. regular full-time employment n.s., marginal employment vs. regular full-time employment n.s., job insecurity vs. no 5.09 (1.14) ^{***} , quality of leadership -2.28 (0.35) ^{***} , influence at work -0.97 (0.27) ^{***} , mostly part-time employment history vs. mostly full-time employment history n.s., mostly other states employment history vs. mostly full-time employment history n.s.	No	Average
Cable et al. (2013)	Longitudinal	Sample of a prospective birth cohort study in Great Britain; Great Britain, 1958–2008.	6,681 (53)	Kinship and friendship network size, partnership, employment status	WEMWBS: Psychological well-being	β, Women. Number of relatives n.s., 6–10 friends vs. over 10 (-0.92) [*] , 3–5 friends vs. over 10 (-1.42) ^{**} , 1–2 friends vs. over 10 (-2.69) ^{***} , no friends vs. over 10 (-3.94) ^{***} , no partner vs. partnered n.s., not employed vs. employed (-0.98) ^{**} , Men: 6–10 relatives vs. over 10 (-1.87) ^{**} , 3–5 relatives vs. over 10 (-1.37) [*] , 1–2 relatives vs. over 10 (-1.75) ^{**} , no relatives vs. over 10 (-2.28) ^{**} , 6–10 friends vs. over 10 n.s., 3–5 friends vs. over 10 (-1.07) ^{**} , 1–2 friends vs. over 10 (-2.35) ^{***} , no friends vs. over 10 (-2.59) ^{***} , no partner vs. partnered (-1.40) ^{***} , not employed vs. employed (-1.92) ^{**} .	No	Average
Casini et al. (2010)	Cross-sectional	French- and Dutch-speaking workers, aged 28–66 years, employed in a university hospital or in an insurance company; Belgium, 1999–2002, 2004.	4,810 (59)	Isolated job strain and home-work interference	SCL 90: Anxiety (cut-off score 17 or more)	(GRAPHICS) Being a woman is a good predictor for anxiety. Participants classified in 'high isostrain/high HWI' group, which represent our main interest, it appears that women and men present similar risks of being affected by anxiety. Men in 'low isostrain/high HWI' and 'high isostrain/low HWI' groups appear to be slightly more at risk of anxiety than their female counterparts. It emerges that the strongest moderating role is played by private life-related variables.	No	Poor
Choi et al. (2011)	Cross-sectional	Subsample of workers from the Malmö Shoulder and Neck Study (45–65 years at 1991); Sweden, 1992–1994.	1,940 (47)	Job control, job demands, job social support, marital status, family-to-work conflict, worry due to family members.	GHQ-30: General psychological distress (cut-off score 5 or more)	aOR (95% CI): Women: low job control vs. high 1.88 (1.25–2.83), high job demands vs. low n.s., low social support at work vs. high 2.08 (1.41–3.07), no married vs. married 1.54 (1.05–2.26), family-to-work conflict 2.28 (1.46–3.57), worry due to family member n.s. Men: low job control vs. high n.s., high job demands vs. low n.s., low social support at work vs. high 1.61 (1.04–2.48), no married vs. married n.s., family-to-work conflict 2.75 (1.61–4.70), worry due to family member n.s. Snergy index (80% CI), Women: low job control and low support and low job demands 2.16 (1.16–4.03), low job control and low support and high job demands 1.51 (1.00–2.28). Men: n.s.	No	Average

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Cortes-Franch et al. (2018)	Cross-sectional	Subsample of all salaried employees or unemployed people, aged 25–64, from a representative sample of the non-institutionalised population of Spain, Spain, 2006.	11,965 (43)	Employment stability, marital status	GHQ-12: Poor mental health (cut-off score 3 or more)	aOR (95% CI). (Reference category: permanent civil servant). Women: Married n.s.; Cohabiting permanent contract n.s., temporary contract n.s., no contract 3.37 (1.10–10.33)*, unemployment = <2years 3.70 (1.29–10.62)*, unemployment >2years n.s.; Separated or divorced permanent contract n.s., temporary contract 4.68 (1.23–17.84)*, no contract n.s., unemployment = <2years 15.43 (3.61–65.89)***, unemployment >2years 9.58 (2.16–42.47)***, Single Permanent contract 4.33 (1.40–13.46)*, temporary contract 4.74 (1.47–15.22)***, no contract 12.00 (3.20–44.96)***, unemployment = <2years 6.15 (1.86–20.32)***, unemployment >2years 8.57 (2.20–33.36)***, Widowed n.s. Men: Married permanent contract n.s., temporary contract 1.58 (1.06–2.35)*, no contract 2.15 (1.01–4.57)*, unemployment = <2years 3.73 (2.43–5.74)***, unemployment >2years 5.35 (2.71–10.56)***, Cohabiting permanent contract n.s., temporary contract n.s., no contract -, unemployment = <2years 7.07 (1.37–36.39)*, unemployment >2years n.s.; Separated or divorced permanent contract n.s., temporary contract n.s., no contract -, unemployment = <2years 8.11 (1.16–56.48)*, unemployment >2years 51.46 (4.50–588.65)*, Single permanent contract n.s., temporary contract n.s., no contract 4.40 (1.18–16.42)*, unemployment = <2years 5.34 (2.10–13.60)***, unemployment >2years 11.23 (3.53–35.75)***, Widowed n.s.	No	Average
Cullati et al. (2014)	Longitudinal	Subsample of people working continuously between 2000 and 2006 from the Nationally representative survey of households; Switzerland, 2000–2006.	1,616 (45)	Satisfaction with work conditions	Question from the WHOQOL: Depression	Standardised coefficients (se) by year. Women 2000 0.17 (0.02), 2001 0.18 (0.02), 2002 0.20 (0.02), 2003 0.18 (0.02), 2004 0.18 (0.02), 2005 0.16 (0.02), 2006 0.18 (0.02). Men: 2000 0.20 (0.03), 2001 0.20 (0.03), 2002 0.22 (0.03), 2003 0.20 (0.03), 2004 0.20 (0.03), 2005 0.18 (0.02), 2006 0.20 (0.03).	No	Average
du Prel and Peter (2015)	Cross-sectional	Subsample of full- or part-time employment from a sample of employed people subject to social security contributions and born either 1959 or 1965; Germany, 2010.	5,906 (51)	Work-family-conflict, work-related stress, overcommitment, number of children <14years at home, type of contract	BDI-V: Depressive symptoms (cut-off score 35 or more)	B (95% CI). Full-time employment. Women: ERI-ratio 3.67 (1.10–6.23)***, overcommitment 0.52 (0.34–0.71)***, children <14years n.s., WFC 1.76 (1.27–2.25)***. Men: ERI-ratio 6.15 (4.08–8.22)***, overcommitment 0.31 (0.15–0.46)***, children <14years n.s., WFC 1.33 (1.05–1.62)***, Part-time employment. Women: ERI-ratio 2.94 (0.20–5.69)*, overcommitment 0.41 (0.23–0.58)***, children <14years 0.94 (0.03–1.84)*, WFC 1.40 (0.95–1.86)***. Men: n.s.	No	Average

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Ek et al. (2014)	Longitudinal	Subsample of workers from the prospective unselected population based Northern Finland 1966 Birth Cohort study; Finland, 1966–1997.	2,100 (51)	Employment history, job strain	HSC1-25; anxiety (10 items) and depression (15 items). Cut-off score for both ≥ 1.55	aOR (95% CI). Depressive symptoms. Women: precarious vs. permanent 1.3 (1.0–1.8), high job strain vs. active n.s., low job strain vs. active n.s., passive job strain vs. active 1.7 (1.1–2.5). Men: precarious vs. permanent n.s., high job strain vs. active 2.3 (1.2–4.3), low job strain vs. active n.s., passive job strain vs. active n.s. Anxiety symptoms. Women: n.s. Men: precarious vs. permanent n.s., high job strain vs. active 2.5 (1.3–4.7), low job strain vs. active n.s., passive job strain vs. active n.s.	No	Poor
Falkenberg et al. (2013)	Longitudinal	Non-industrial civil servants working in the London offices (1985–1988); England, 1985–2009.	6,710 (59)	Major organisational change, employment grade	GHQ-30; Minor psychiatric disorder (cut-off score 5 or more)	aOR (95% CI). (Reference category: not planned). Women. Administrative anticipated 2.63 (1.23–5.62), happened n.s.; Professional/executive n.s. Clerical: anticipated n.s., happened 2.22 (1.30–3.77). Men. Administrative anticipated n.s., happened 1.63 (1.14–2.30); Professional anticipated 1.97 (1.44–2.69), happened 2.23 (1.6–3.10); Clerical n.s.	No	Good
Hammarström and Phillips (2012)	Longitudinal	Employed people at age 42 from a cohort of pupils who attended the last year of compulsory school in Lulea in 1981; Sweden, 1981–2007.	773 (51)	Gender inequity in the couple relationship, domestic work, financial strain	Depressive symptoms (how often respondent had felt depressed in the last 12 months)	OR (95% CI) Women: financial strain 1.10 (1.04–1.16), gender inequity: 1.38 (1.06–1.79), high responsibility for domestic work n.s. Men: financial strain 1.11 (1.05–1.18), gender inequity n.s., high responsibility for domestic work n.s.	No	Poor
Huijts et al. (2013)	Cross-sectional	Subsample of respondents aged above 40 years from the ESS; 24 European countries, 2006.	24,195 (57)	Parental status	CES-D; Psychological well-being (continuous variable)	β (se). (Reference category: childless). Women: n.s. Men: Lives with children 0.064 (0.021)***, empty nest 0.083 (0.018)**.	No	Good
Janlert et al. (2015)	Longitudinal	Pupils who attended the last year of compulsory school in Lulea in 1981; Sweden, 1981–1995.	1,046 (47)	Unemployment length	Depressive symptoms (being unhappy and depressed often or constantly during the last 12 months)	(GRAPHICS) Women showed a pattern dose–response, indicating a mainly positive correlation between depressive symptoms and duration of unemployment. Men seem to develop a steady-state situation where the level does not change with increased length of unemployment	No	Good
Kroll and Lampert (2011)	Cross-sectional	Sample of people aged between 30 and 59 when surveyed; Germany, 2009.	12,022 (58)	Employment status and perceived social support	HRQOL-4; Number of days with emotional complaints (stress, depression, general mood)	IRR (95% CI). Number of days with emotional complaints: Women: unemployed vs. employed 1.46 (1.23–1.74), medium/high social support vs. low 0.61 (0.55–0.68). Men: unemployed vs. employed 1.61 (1.27–2.05), medium/high social support vs. low 0.64 (0.56–0.73). No emotional complaints in the last month: Women: unemployed vs. employed n.s., medium/high social support vs. low 1.56 (1.12–2.16). Men: unemployed vs. employed n.s., medium/high social support vs. low 2.27 (1.63–3.14)	No	Average
Lahti et al. (2012)	Longitudinal	Sample of municipal employees, aged 40–60 years in Helsinki; Finland, 2000–2007.	6,830 (82)	Workplace bullying	GHQ-12; Common mental disorders (cut-off score 3 or more)	OR (95% CI). (Reference category: never bullied). Women: previously bullied 1.41 (1.17–1.65), currently bullied 1.53 (1.20–2.01). Men: previously bullied n.s., currently bullied 2.12 (1.18–3.81)	No	Good

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Landstedt et al. (2016)	Longitudinal	Individuals who, in 1981, were in the last year of compulsory school in all nine schools in a middle-sized municipality in Northern Sweden; Sweden, 1981–2007.	887 (48)	Social relationship, low cash margin	A composite measure based on three items on anxiety and depressiveness: Internalising symptoms	OR (95% CI): Women: social relationship vs. high relationship 1.30 (1.11–1.52), low cash margin n.s. Men: social relationship 1.17 (1.02–1.36), low cash margin 1.80 (1.07–3.03)	No	Average
Madden (2010)	Two Cross-sectional	Representative samples of the national population; Ireland 1994, 2000.	1994: 8,731 (52). 2000: 6,612 (54)	Income, marital status, employment status, club or society member	GHQ-12: Mental stress (continuous variable)	β (se). 1994. Women: income 0.409 (0.128)***, married 0.921 (0.164)***, divorced –1.671 (0.350)***, widowed –0.548 (0.252)***, in education n.s., unemployed –1.248 (0.348)***, retired 0.924 (0.390)***, home duties n.s., club member 0.535 (0.157)***. Men: income 0.342 (0.123)***, married n.s., divorced n.s., widowed –0.901 (0.365)***, in education 1.357 (0.363)***, unemployed –1.294 (0.319)***, retired 1.548 (0.351)***, home duties n.s., club member 0.831 (0.145)***, 2000. Women: income 0.271 (0.123)***, married 0.432 (0.155)***, divorced –0.724 (0.306)***, widowed –0.420 (0.242)*, in education n.s., unemployed n.s., retired 0.842 (0.345)***, home duties n.s., club member 0.647 (0.155)***. Men: income n.s., married n.s., divorced n.s., widowed n.s., in education n.s., unemployed –0.883 (0.328)***, retired 0.800 (0.286)***, home duties n.s., club member 0.527 (0.143)***.	No	Average
Melchior et al. (2010)	Longitudinal	Sample of employees of France's national gas and electricity company with major unipolar depression; France, 1989–2001.	298 (51)	Income, social support	MINI: Persistent depression	OR (95% CI): Women: n.s. Men: n.s.	No	Good
Mwinyi et al. (2017)	Cross-sectional	Sample of general population aged 35–66 years; Switzerland, 2003–2006.	3,695 (53)	Reduction of income, living as a couple	DIGS and SADS-LA: Anxiety Disorders	OR (95% CI): Women: living as a couple vs. no n.s., negative impact of reduction of income vs. absence of negative impact 1.01 (1.00–1.01). Men: n.s.	No	Average
Puig-Barrachina et al. (2011)	Cross-sectional	Subsample of active population aged 25–64 from a representative sample of the non-institutionalised population of Catalonia; Spain, 2006.	8,591 (43)	Employment status	GHQ-12: Poor mental health (cut-off score 3 or more)	PR (95% CI): (Reference category: employed). Non-manual class: Women: n.s. Men: unemployment 2.19 (1.07–4.50), unemployment with benefits n.s., unemployment without benefits n.s., unemployment < 1 year n.s., unemployment > 1 year n.s. Manual class: Women: n.s. Men: unemployment 2.60 (1.73–3.90), unemployment with benefits 2.24 (1.29–3.88), unemployment without benefits 3.15 (1.81–5.49), unemployment < 1 year 2.24 (1.34–3.73), unemployment > 1 year 2.91 (1.46–5.80).	Yes. Gender and occupational social class.	Average

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Šidlauskaitė-Stripsikiene et al. (2010)	Cross-sectional	Sample of population of 5 rural regions aged 25–64 years; Lithuania, 2006–2007.	1,754 (54)	Marital status, social network size, perceived social support	BDI: Depressiveness (score 11 or more)	OR (95% CI). Women: marital status n.s., average social network vs. large 1.59 (1.04–2.30), small social network vs. large 1.66 (1.26–2.60); moderate social support perceived vs. high n.s., low social support perceived vs. high 2.54 (1.43–4.50), no social support perceived vs. high 6.80 (1.81–25.56). Men: Divorced vs. married/cohabiting 2.95 (1.58–5.50), single vs. married/cohabiting n.s., widow vs. married/cohabiting n.s., average social network vs. large n.s., small social network vs. large 1.81 (1.02–3.19); moderate social support perceived vs. high n.s., low social support perceived vs. high n.s., no social support: perceived vs. high 6.82 (1.97–23.7).	No	Average
Simó-Noguera et al. (2015)	Cross-sectional	Subsample of people aged between 25 and 64 from a representative sample of persons residing in main family dwellings in Spain; Spain, 2009–2010.	18,905 (53)	Marital status, cohabitation status, employment status	Self-reported diagnosis of chronic anxiety and depression.	Exp(β). Chronic anxiety: interaction between marital status and cohabitation. Women: employment status inactivity vs. unemployed (0.582) ^{***} , in employment vs. unemployed n.s., single living alone vs. married living with spouse (1.401) ^{***} , separated, divorced and married not living with a partner vs. married living with spouse (1.921) ^{***} , widowed living alone vs. married living with spouse (1.322) ^{***} . Men: employment status inactivity vs. unemployed (0.239) ^{***} , in employment vs. unemployed (0.429) ^{***} , single living alone vs. married living with spouse n.s., separated, divorced and married not living with a partner vs. married living with spouse n.s., widowed living alone vs. married living with spouse n.s. Chronic depression: interaction between marital status and cohabitation. Women: employment status inactivity vs. unemployed (0.481) ^{***} , in employment n.s. vs. unemployed, single living alone vs. married living with spouse (1.687) ^{***} , separated, divorced and married not living with a partner vs. married living with spouse (2.506) ^{***} , widowed living alone vs. married living with spouse (1.918) ^{***} . Men: employment status inactivity vs. unemployed (0.201) ^{***} , in employment vs. unemployed (0.476) ^{***} , single living alone vs. married living with spouse (1.686) ^{***} , separated, divorced and married not living with a partner vs. married living with spouse (2.044) ^{***} , single living alone vs. married living with spouse n.s. Chronic anxiety: interaction with marital status. Women: employment status inactivity vs. unemployed (0.581) ^{***} , in employment vs. unemployed n.s., separated and divorced vs. married (1.922) ^{***} , widowed vs. married (1.326) ^{***} , single vs. married (1.13) ^{***} . Men: employment status inactivity vs. unemployed (0.242) ^{***} , in employment vs. unemployed (0.426) ^{***} , separated and divorced vs. married n.s., widowed vs. married n.s., single vs. married	No	Average

(Continued)

Table 1. (Continued)

References	Study design	Sample and location	Sample size (% women)	Intermediate determinant	Outcome variable (instrument and cut-off score)	Outcomes	Intersection between structural determinants (Yes/No)	Quality
Spijker and Zueras (2018)	Three cross-sectional	Subsample of people aged 50–65 years from a representative sample of persons residing in main family dwellings in Catalonia; Spain, 2006.	2006:3,135 (50), 2010–2012: 2,227 (50), 2013–2015: 2,677 (49)	Employment status	GHQ-12; Poor mental health (cut-off score 3 or more)	n.s. Chronic depression: interaction with marital status. Women: employment status inactivity vs. unemployed (0.482) ^{***} , in employment vs. unemployed n.s., separated and divorced vs. married (2.435) ^{***} , widowed vs. married (1.761) ^{**} , single vs. married (1.479) ^{***} . Men: employment status inactivity vs. unemployed (0.196) ^{***} , in employment vs. unemployed (0.468) ^{***} , separated and divorced vs. married (2.371) ^{***} , widowed vs. married n.s., single vs. married (1.567) ^{***} . (GRAPHICS) The social gap reopened in 2013–2015, the difference in mental health increased in working and non-working women aged 50–64 from 0.04 (not significant) to 0.06 (significant).	No	Average
Sweeting et al. (2014)	Longitudinal	Subsample of people aged 20–64 years from a representative sample of persons living in the UK; UK, 1991–2007.	10,163 (54)	Marital status, gender-balance of daily chores scale, couple employment, traditionalism, dependent children	GHQ-12; Psychological distress (continuous variable)	β (p-value). Age 35–49. Women: traditionalism score 0.54 (0.010), cohabiting vs. married n.s., gender balance of chores scale n.s., only the man works vs. both n.s., only the woman works vs. both n.s., neither work 3.24 (<0.001) vs. both, any dependent children vs. no children n.s. Men: traditionalism score 0.67 (0.002), cohabiting vs. married n.s., gender balance of chores scale n.s., only the man works vs. both n.s., only the woman works 4.91 (<0.001); neither work 5.10 (<0.001), any dependent children vs. no children n.s. Age 50–64. Women: traditionalism score 0.77 (0.004), cohabiting vs. married n.s., gender balance of chores scale –0.25 (0.013), only the man works vs. both n.s., only the woman works vs. both n.s., neither work n.s., any dependent children vs. no children n.s. Men: traditionalism score 0.53 (0.023); cohabiting vs. married n.s., gender balance of chores scale n.s., only the man works vs. both n.s., only the woman works 1.55 (0.003); neither work 1.83 (<0.001); dependent children 1.13 (0.004).	Yes. Gender and age.	Poor
von Bonsdorff et al. (2016)	Longitudinal	Sample of singleton births to married women in March 1946; England, 1946–2010.	2,061 (53)	Mid-career work patterns	SF-36; Mental functioning (continuous variable)	β (95% CI). (Reference category: continuous employment). Women: early period discontinuous employment n.s., late period discontinuous employment –2.43 (–4.00 to 0.86); early and late period discontinuous employment –1.38 (–2.64 to 0.11). Men: early period discontinuous employment n.s., late period discontinuous employment –2.45 (–3.72 to 1.18); early and late period discontinuous employment –2.15 (–3.97 to 0.32).	No	Average

CIDI-SF = composite international diagnostic interview – short form; GHQ = general health questionnaire; SCL-CD = symptom checklist-core depression; BDI-V = Beck depression inventory; WEMWBS = Warwick Edinburgh mental well-being scale; WHOQOL = world health organisation quality of life; HSCL = Hopkins symptom checklist; CES-D = centre for epidemiological studies depression; HRQOL = health-related quality of life; MINI = mini international neuropsychiatric interview; DIGS = diagnostic interview for genetic studies; SADS-LA = schedule for affective disorders and schizophrenia lifetime and anxiety disorder; Se = standard error; n.s. = not significant; aOR = adjusted odds ratio; RRR = relative risk ratio; 95% CI = 95% confidence interval; IRR = incidence rate ratio; PR = prevalence ratio.
^{*}p < .05. ^{**}p < .01. ^{***}p < .001.

Table 2. Gender inequalities in mental health grouped by the different intermediate determinants analysed in the studies.

Intermediate determinants	Dimension	Variable analysed in the study	Gender inequalities found				No gender inequalities found
			Men		Women		
			Risk factor	Protective factor	No association found	Risk factor	
Employment and working conditions	Income	Income	Low (Agudelo-Suárez et al., 2013)	Income (Madden, 2010) ^a	Income (Madden, 2010) ^a	Low (Agudelo-Suárez et al., 2013)	High (Aarø et al., 2011); Low (Melchior et al., 2010); Income (Madden, 2010) ^b Yes (Hammarström & Phillips, 2012)
	Financial strain						
	Cash margin	Low (Landstedt et al., 2016)				Low (Landstedt et al., 2016)	
Working conditions	Reduction of income			Yes (Mwinyi et al., 2017)	Yes (Mwinyi et al., 2017)		
	Quality of leadership						Quality of leadership (Burr et al., 2015)
	Influence at work						Influence at work (Burr et al., 2015)
Working conditions	Job control						
	Job demands						
	Social support at work						
Working conditions	Work-related stress			Low (Choi et al., 2011)	Low (Choi et al., 2011)		
Working conditions	Work-related stress			Work-related stress (du Prel & Peter, 2015) ^c	Work-related stress (du Prel & Peter, 2015) ^c		
Working conditions	Overcommitment			Overcommitment (du Prel & Peter, 2015) ^c	Overcommitment (du Prel & Peter, 2015) ^c		
Working conditions	Job strain [job control + job demands]	High strain (Ek et al., 2014) ^{d,e}		Passive (Ek et al., 2014) ^d	Passive (Ek et al., 2014) ^d	High strain (Ek et al., 2014) ^{d,e}	
	Major organisational change (happened)	Administrative and professional/executive (Falkenberg et al., 2013)		Clerical/support (Falkenberg et al., 2013)	Clerical/support (Falkenberg et al., 2013)	Administrative and professional/executive (Falkenberg et al., 2013)	
	Workplace bullying			Previously (Lahelma et al., 2012)	Previously (Lahelma et al., 2012)		
Working conditions	Job insecurity			Previously (Lahelma et al., 2012)	Previously (Lahelma et al., 2012)		Job insecurity (Burr et al., 2015)

(Continued)

Table 2. (Continued)

Intermediate determinants	Dimension	Variable analysed in the study	Gender inequalities found		No gender inequalities found			
			Men		Women			
			Risk factor	Protective factor	No association found	Risk factor	Protective factor	No association found
Employment conditions	Employment stability	Married with temporary contract, without contract, unemployment = <2 years and unemployment >2 years (Cortes-Franch et al., 2018)	Single, separated or divorced with temporary contract and single with permanent contract (Cortes-Franch et al., 2018)	Mostly other states (Burr et al., 2015); Precarious (Ek et al., 2014) ^d	Single, separated or divorced with temporary contract, without contract, unemployment = <2 years and unemployment >2 years (Cortes-Franch et al., 2018)	Mostly other states (Burr et al., 2015)	Married with temporary contract, without contract, unemployment = <2 years and unemployment >2 years (Cortes-Franch et al., 2018)	
			Unemployed (Aarø et al., 2011; Agudelo-Suárez et al., 2013; Madden, 2010) ^f ; Employed (Agudelo-Suárez et al., 2013)	Employed (Simó-Noguera et al., 2015) ^{d,e}	Displaced workers' and downsizing survivors ^g without baseline depression (Andreeva et al., 2015)	Displaced workers' and downsizing survivors ^g without baseline depression (Andreeva et al., 2015)	Unemployed (Aarø et al., 2011; Agudelo-Suárez et al., 2013; Madden, 2010) ^f ; Employed (Agudelo-Suárez et al., 2013; Madden, 2010) ^f ; Early retired, Disabled/ill, Homemaker (Buffel et al., 2017)	Unemployed (Buffel et al., 2017; Cable et al., 2013; Kroll & Lampert, 2011; Spijker & Zueras, 2018)
			Employment history	Mostly other states (Burr et al., 2015); Precarious (Ek et al., 2014) ^d	Precarious (Ek et al., 2014) ^d	All groups (Janlert et al., 2015; Von Bonsdorff et al., 2016)		
Work satisfaction	Family-to-work conflict	Work-family conflict	Marginal (Burr et al., 2015)	Marginal (Burr et al., 2015)	Work life satisfaction (Cullati et al., 2014)	Family-to-work conflict (Choi et al., 2011)		
			Work-family conflict (du Prel & Peter, 2015) ^c	Work-family conflict (du Prel & Peter, 2015) ^c	All groups (Casini et al., 2010)			
			Interplay of Home-work interference and isolated job strain	Fatherhood (Huijts et al., 2013)	Motherhood (Huijts et al., 2013)			
Domestic and care space	Care	Number of children <14 years at home	Children at home (du Prel & Peter, 2015) ^c	Children at home (du Prel & Peter, 2015) ^c	Worry (Choi et al., 2011)	High responsibility for domestic work (Hammarström & Phillips, 2012)		
			Parental status	Parental status				
			Worry due to family members	Domestic work distribution				

(Continued)

Table 2. (Continued)

Intermediate determinants	Dimension	Variable analysed in the study	Gender inequalities found		Women		No gender inequalities found
			Men		Women		
			Risk factor	Protective factor	Risk factor	Protective factor	
Marital status/ cohabitation	Marital status	Divorcee (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Divorcee (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010) ^{a,b} ; widowed (Madden, 2010) ^c ; Simó-Noguera et al., 2015) ^{d,e} ; separated/divorced and single (Simó-Noguera et al., 2015) ^f ; unmarried, divorced, or widowed (Choi et al., 2011)	Married (Madden, 2010) ^{a,b}	Separated/divorced (Madden, 2010) ^{a,b} ; Simó-Noguera et al., 2015) ^{d,e} ; widowed (Madden, 2010) ^c ; Simó-Noguera et al., 2015) ^{d,e} ; single (Simó-Noguera et al., 2015) ^f ; unmarried, divorced, or widowed (Choi et al., 2011)	Divorcee (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	
			Not living with a partner (Cable et al., 2013)	Single living alone, separated, divorced and married people who do not live with a partner and widowed people living alone (Simó-Noguera et al., 2015) ^f ; widowed people living alone (Simó-Noguera et al., 2015) ^d	Not living with a partner (Cable et al., 2013)	Not living with a partner (Cable et al., 2013)	Living with a partner (Mwinyi et al., 2017)
Social support	Partnership status Gender inequality in the couple relationship	All groups (Cable et al., 2013)	Inequity (Hammarström & Phillips, 2012)	Inequity (Hammarström & Phillips, 2012)	All groups (Cable et al., 2013)	Partner (Burr et al., 2015)	
			Friendship network size	Low (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Low (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	All groups (Cable et al., 2013)	All groups (Cable et al., 2013) Insufficient (Melchior et al., 2010); Medium/high (Kroll & Lampert, 2011)
Social support	Perceived social support	Quality of the social relationships	Low (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Low (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Quality of the social relationships (Landstedt et al., 2016)	Quality of the social relationships (Landstedt et al., 2016)	
			Social support size	Average (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Average (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Members (Madden, 2010) ^{a,b}	Members (Madden, 2010) ^{a,b}
Social support	Club or society member	Club or society member	Average (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Average (Šidlauskaitė-Sripeikiene et al., 2010)	Members (Madden, 2010) ^{a,b}	Members (Madden, 2010) ^{a,b}	

^aYear 2000.^bYear 1994.^cPart-time employment.^dDepression.^eAnxiety.^fDepressive symptoms at follow-up.^gMajor depression at follow-up.

Prel & Peter, 2015), workplace harassment (Lahelma et al., 2012) and work-family conflict (du Prel & Peter, 2015) being risk factors for mental health in women, while these associations were not observed in men.

In the area of domestic work and caregiving, there are clear gender inequalities. Close relationships have been observed between civil status (Choi et al., 2011; Madden, 2010; Simó-Noguera et al., 2015), cohabitation (Simó-Noguera et al., 2015) and mental health in women, being married or cohabiting serving as protective factors in mental health. Among men, only two studies have found associations, one indicating poorer mental health in divorced men and the other in those not cohabiting with their partner (Cable et al., 2013; Šidlauskaite-Stripeikiene et al., 2010). Further, according to the results of Cortes-Franch et al. (2018), civil status modifies gender inequalities in mental health depending on work stability, married men without work stability having poor mental health, while no association was found in the case of single, separated or divorced men; among women, it was the single, divorced and separated groups without work stability who had poorer mental health. Regarding gender inequalities within couples, perceived inequality was a risk factor for the mental health of women (Hammarström & Phillips, 2012). Parenthood was protective in men, but this association was not found in women (Huijts et al., 2013). Lastly, in women, it was found that difficulties balancing work and family were associated with poor mental health, regardless of the type of workday, while in men a significant association was only found in those working full-time (du Prel & Peter, 2015).

Finally, there are also gender inequalities as a function of social support. In relation to this, lacking a large mixed social network (of relatives and friends) (Šidlauskaite-Stripeikiene et al., 2010) was a risk factor for mental health in women, while in men, the risk factor identified was having a family-based social network that was small (Cable et al., 2013). Additionally, for women, not only the size of the social network was important, but also the perception of having limited social support was a risk factor for their mental health, whereas men's mental health was not associated with perceived weak social support (Šidlauskaite-Stripeikiene et al., 2010).

Only four of the articles included in this study explicitly analysed the intersection between different axes of social stratification (Arcas et al., 2013; Artazcoz et al., 2010; Puig-Barrachina et al., 2011; Sweeting et al., 2014). Regarding social class, unemployment was a risk factor for mental health in men, especially among manual workers, regardless of how long they had been unemployed and whether they had received unemployment benefit, while for women, no differences were found by social class in the association between unemployment and poor mental health (Puig-Barrachina et al., 2011). Similarly, social

class was found to modify gender inequalities in mental health as a function of household size: living in a more than four-person household was a risk factor for mental health in both women and men from a manual social class, while it was a protective factor among men from a non-manual social class and not significant among women in the highest social class (Arcas et al., 2013).

Regarding age, the relationship between the burden of domestic work and mental health differed by women's age. Specifically, while no association was found between it being the woman that did most of the domestic work and mental health in men of all ages and younger women, among older women, it being them who did most of the domestic work was protective of their mental health (Sweeting et al., 2014).

Discussion

To our knowledge, this is the first study that has sought to identify intermediate determinants explaining gender inequalities in mental health using a scoping review. Our results indicate that there are gender inequalities in mental health as a function of employment and working conditions, domestic work, and caregiving and social support and that these affect men and women's mental health differently.

Based on the data from studies analysed, rates of psychological distress and mental health diagnoses are higher in women than in men (Arcas et al., 2013; Artazcoz et al., 2010; Burr et al., 2015), consistent with patterns in the general scientific literature in this field (Sáenz-Herrero, 2015; Somers et al., 2006). The living conditions of women, considering those who define themselves as women in their daily lives, are an underlying cause of this emotional distress. The demands placed on women under the dominant heteropatriarchal system pose a risk factor for their mental health, whether this is attributable to compliance with the gender order imposed or fighting it. In relation to this, the results of our review show that the traditional ways of organising the labour market and domestic sphere, as well as the relationship between them, sustain gender inequalities in mental health.

Employment and working conditions have been the most widely studied intermediate determinant of health. The evidence available shows that mental health is affected differently in men and women depending on the variable analysed. Employment conditions have a greater effect on men's mental health (Aarø et al., 2011; Agudelo-Suárez et al., 2013; Landstedt et al., 2016; Madden, 2010), while women's mental health is more influenced by certain working conditions, (Choi et al., 2011; du Prel & Peter, 2015). According to Aarø et al. (2011), these results may be explained by the influence of gender roles, according to which men continue taking on the role as the primary

breadwinner of the household, and hence, are more affected emotionally by their employment status. In relation to this, the results of a review assessing the inclusion of the gender perspective in research on the impact of precarious jobs on mental health indicated that several of the articles including this gender perspective pointed to the breadwinner model as an explanation for the gender inequalities observed in mental health (Valero et al., 2020). Similarly, a review focusing on employment and working conditions indicated that women's poor mental health may be a consequence of the characteristics of the labour market itself. Specifically, vertical and horizontal segregation worsen the employment conditions of women and restrict their opportunities, this in turn affecting their emotional wellbeing. In the case of men, this segregation seems to have a worse impact on their physical health (Campos-Serna et al., 2013). Moreover, du Prel and Peter (2015) showed that the double presence has a greater effect on women's mental health, blaming this on their heavier burden of domestic work and caregiving. The imbalance resulting from demands of work and family generate conflict between these two spheres of life, as there is interference between work-related and domestic issues (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015). The double presence, which is mainly faced by women (World Economic Forum, 2019), implies fewer job opportunities and greater physical and mental strain, this being reflected in poorer mental health outcomes. This domestic load on women may explain other results of the review, indicating that parenthood is protective of mental health in men, while no significant relationship is observed in women (Huijts et al., 2013).

Regarding the domestic and caregiving sphere, civil status was one of the most widely studied variables. Separated, divorced, widowed and single women were found to have poorer mental health outcomes than married women (Choi et al., 2011; Madden, 2010; Simón-Noguera et al., 2015). These results contrast with those of other studies that indicate that married women have poorer mental health than single women. Notably, the studies finding poorer mental health in married women highlight dissatisfaction in their relationships, humiliation and partner violence as well as an unequal sharing of domestic chores and caregiving (Ussher, 2010). In contrast, the 'marriage protection' hypothesis argues that marriage reduces high-risk behaviours and increases social and economic support (Waldron et al., 1996), these factors leading to better mental health among married women. In line with this, some studies have highlighted that single women with children have poorer mental health outcomes and that this is linked to being solely responsible for the care of their children (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000). On the other hand, some studies have described the influence of a good state of health on the

likelihood of marrying, which would explain better mental health outcomes in married women (Cheung & Sloggett, 1998). In men, a single review found that being divorced was a risk factor for their mental health (Šidlauskaitė-Stripeikiene et al., 2010), while no such association was found among women. The scientific literature on mental health after divorce shows that, in general, both men and women have poorer mental health outcomes (Hewitt & Turrell, 2011). Nonetheless, the results of Leopold (2018) suggest that the strain is transient in men, while it tends to be long term in women.

Social support also seems to be more crucial in the mental health of women. Our findings indicate that for women not only is it important to have an extended social network of family and friends but also that perceiving they could count on their support at difficult times was a protective factor (Šidlauskaitė-Stripeikiene et al., 2010). In contrast, no such relationships were found in men. This may be explained by women's need to balance their work and family lives and this sometimes requires the support of other people. There is a need to gather more evidence concerning the role of social support in maintaining good mental health, as this would guide the development of strategies based on the creation and maintenance of support networks.

Regarding the intersectionality, only four articles considered structural determinants other than gender. The little evidence available indicates that social class does have an effect on gender inequalities in mental health (Arcas et al., 2013; Artazcoz et al., 2010; Puig-Barrachina et al., 2011). For example, women from a manual social class had poorer mental health outcomes when there were more than four people in the nuclear family, while no such association was observed in women from a non-manual social class (Arcas et al., 2013). A large nuclear family tends to imply more domestic work and caregiving. In relation to this, women from a low social class may have difficulty meeting these needs, while women in higher social classes tend to have more resources to cope with such responsibilities (Borrell et al., 2014). Poorer mental health outcomes have been observed in unemployed men from a manual social class (Puig-Barrachina et al., 2011), while no such association was found among women. This may be explained by gender roles, which together with a lower purchasing power of people from a manual social class, would aggravate the financial pressure on unemployed men, increasing the impact on their mental health. The lack of studies that take into account interaction between axes of social stratification hinders a detailed analysis of how intersectionality affects gender inequalities in mental health, making it impossible to gain a more accurate view of the reality, and consequently, highlight the key issues in the design of policies seeking to reduce gender inequalities in mental health.

We recognise that this review has some limitations. First, it does not cover violence among the intermediate determinants. This is because the review was focused on searching for studies that analysed the role of different intermediate determinants among both men and women, and studies concerning violence as a determinant only referred to women. Second, a high percentage of the studies included are cross-sectional. This implies that the results should be interpreted with caution as it is not possible to establish causal relationships (Hewitt & Turrell, 2011; Waldron et al., 1996). Third, this review focuses exclusively on peer-reviewed scientific journals, excluding grey literature and studies published in journals that do not use peer review. Another limitation is that the studies included considered different facets of mental health, namely, psychological distress, diagnosis of depression or symptoms thereof, diagnosis of anxiety or symptoms thereof, or the number of days experiencing mental health problems, and hence, it is not possible to draw conclusions for specific conditions. Nonetheless, the review has enabled us to obtain a general view of how intermediate determinants act in the development of gender inequalities in mental health. Lastly, another limitation is the non-inclusion of qualitative studies, which would have allowed us to give a more complete view of the relationship between the intermediate determinants of health, gender and mental health. Nevertheless, the qualitative studies we found were generally exclusive to men or women or did not meet the objectives of the study. However, we found one qualitative study (Bengts et al., 2008) in which men related their experiences of depression to work and stress, while women associated them with work overload, high demands and dysfunctional relationships, which is in line with the findings of this review. The importance of intermediate determinants of gender inequalities in mental health means that we should not overlook them when developing public policies to improve population mental health. This review provides evidence suggesting that interventions at the structural level, whether focused on the labour market or achieving a fairer distribution of domestic work and caregiving, could have a positive impact, reducing gender inequalities in mental health. Similarly, given the importance of the family and work environment for women's mental health (du Prel & Peter, 2015), we need further studies that cover both spheres to be able to provide a more complete view of the current reality. The invisibility of domestic work in research on mental health implies silencing a substantial part of women's reality, perpetuating the structural conditions of the heteropatriarchal system, which is the source of gender inequalities (Burin, 1991). To tackle the causes of the emotional distress of women, it is essential to challenge the current system and promote social and political changes that lead to the suppression of inequalities at the

macro level, as well as reducing the view of mental health to something that involves individuals. Further, mental health research needs qualitative and quantitative methodologies that would allow us to improve our understanding of individual subjective realities framed in different social contexts. This would allow us to adopt a more comprehensive approach to women's mental health (Ussher, 2010). On the other hand, it is essential to continue our research in this field to improve our knowledge of the interaction between gender, different intermediate determinants and mental health.

Conflict of interest

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This research was funded by the Ministry of Science, Innovation and Universities of the Spanish Government. Call 2018 for R + D + I projects "Research Challenges" of the state program of R + D + I oriented to the challenges of society, grant number RTI2018-098796-A-I00.

ORCID iD

Andrea Cabezas-Rodríguez  <https://orcid.org/0000-0001-5018-3894>

References

- Aarø, L. E., Herbec, A., Bjørngaard, J. H., Mańczuk, M., & Zatoński, W. A. (2011). Depressive episodes and depressive tendencies among a sample of adults in Kielce, south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 18(2), 273–278.
- Agudelo-Suárez, A. A., Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M. L., García, A. M., Martínez, J. M., & Benavides, F. G. (2013). Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: What happened with migrants who came to Spain to work? *International Journal of Public Health*, 58(4), 627–631. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0475-0>
- Andreeva, E., Hanson, L. L. M., Westerlund, H., Theorell, T., & Brenner, M. H. (2015). Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women: Evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health. *BMC Public Health*, 15(1): 1045. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2377-y>
- Arcas, M. M., Novoa, A. M., & Artazcoz, L. (2013). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, 23(5), 883–888. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095>
- Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Aguir, V., & Cascant, L. (2010). Gender and social class differences

- in the association between early retirement and health in Spain. *Women's Health Issues*, 20(6), 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.07.007>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M.B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria*, 34 (Suppl 1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science and Medicine*, 110, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607–625. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014>
- Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A., & Hammarström, A. (2008). Gendered portraits of depression in Swedish newspapers. *Qualitative Health Research*, 18(7), 962–973. <https://doi.org/10.1177/1049732308319825>
- Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D., & O'Campo, P. (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 31–48. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt002>
- Buffel, V., Missinne, S., & Bracke, P. (2017). The social norm of unemployment in relation to mental health and medical care use: The role of regional unemployment levels and of displaced workers. *Work Employment and Society*, 31(3), 501–521. <https://doi.org/10.1177/0950017016631442>
- Burin, M. (1991). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada* (Vol. 20). Paidós.
- Burr, H., Rauch, A., Rose, U., Tisch, A., & Tophoven, S. (2015). Employment status, working conditions and depressive symptoms among German employees born in 1959 and 1965. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(6), 731–741. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0999-5>
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Cable, N., Bartley, M., Chandola, T., & Sacker, A. (2013). Friends are equally important to men and women, but family matters more for men's well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(2), 166–171. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201113>
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 57. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-57>
- Casini, A., Clays, E., Godin, I., De Backer, G., Kornitzer, M., & Kittel, F. (2010). The differential impact of job isostrain and home-work interference on indicators of physical and mental health in women and men. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(12), 1236–1244. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f6ff1f96>
- Cheung, Y., & Sloggett, A. (1998). Health and adverse selection into marriage. *Public Health*, 112(5), 309–311. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900491>
- Choi, B., Östergren, P.-O., Canivet, C., Moghadassi, M., Lindeberg, S., Karasek, R., & Isacson, S.-O. (2011). Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 77–89. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0554-y>
- Cortes-Franch, I., Escriba-Aguir, V., Benach, J., Artazcoz, L. L., Cortès-Franch, I., Escribà-Agüir, V., Benach, J., & Artazcoz, L. L. (2018). Employment stability and mental health in Spain: Towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health*, 18(1), 425. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5282-3>
- Cullati, S., Courvoisier, D. S., & Burton-Jeangros, C. (2014). Mental health trajectories and their embeddedness in work and family circumstances: A latent state-trait approach to life-course trajectories. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 1077–1094. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12156>
- del Río Lozano, M., García-Calvente, M. M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: Gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227–3238. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>
- du Prel, J. B., & Peter, R. (2015). Work-family conflict as a mediator in the association between work stress and depressive symptoms: Cross-sectional evidence from the German lidA-cohort study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(3), 359–368. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0967-0>
- Ek, E., Sirviö, A., Koironen, M., & Taanila, A. (2014). Psychological well-being, job strain and education among young Finnish precarious employees. *Social Indicators Research*, 115(3), 1057–1069. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0263-5>
- Falkenberg, H., Fransson, E. L., Westerlund, H., & Head, J. A. (2013). Short- and long-term effects of major organisational change on minor psychiatric disorder and self-rated health: Results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(10), 688–696. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101385>
- Gaino, L. V., de Almeida, L. Y., de Oliveira, J. L., Nievas, A. F., Saint-Arnault, D., & de Souza, J. (2019). The role of social support in the psychological illness of women*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3157. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157>
- Hammarström, A., & Phillips, S. P. (2012). Gender inequity needs to be regarded as a social determinant of depressive symptoms: Results from the Northern Swedish cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 746–752. <https://doi.org/10.1177/1403494812464915>
- Hewitt, B., & Turrell, G. (2011). Short-term functional health and well-being after marital separation: Does initiator status make a difference? *American Journal of Epidemiology*, 173(11), 1308–1318. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr007>

- Huijts, T., Kraaykamp, G., & Subramanian, S. V. (2013). Childlessness and psychological well-being in context: A multilevel study on 24 European Countries. *European Sociological Review*, 29(1), 32–47. <https://doi.org/10.1093/esr/jcr037>
- INE. (2017). *Mujeres y hombres en España* (Vol. 1). Instituto Nacional de Estadística. http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/hombre_mujer.pdf
- Janlert, U., Winefield, A. H., & Hammarström, A. (2015). Length of unemployment and health-related outcomes: A life-course analysis. *European Journal of Public Health*, 25(4), 662–667. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku186>
- Jurado, D., Mendieta-Marichal, Y., Martínez-Ortega, J. M., Agrela, M., Ariza, C., Gutiérrez-Rojas, L., Araya, R., Lewis, G., & Gurpegui, M. (2014). World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1111–1120. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9927-0>
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2011). Unemployment, social support and health problems. *Deutsches Arzteblatt Online*, 108(4), 47–52. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0047>
- Lahelma, E., Lallukka, T., Laaksonen, M., Saastamoinen, P., & Rahkonen, O. (2012). Workplace bullying and common mental disorders: A follow-up study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(6), 1–5. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.115212>
- Landstedt, E., Gustafsson, P. E., Johansson, K., & Hammarström, A. (2016). Longitudinal associations between social relationships at age 30 and internalising symptoms at age 42: Findings from the Northern Swedish Cohort. *International Journal of Public Health*, 61(1), 75–81. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0691-x>
- Leopold, T. (2018). Gender differences in the consequences of divorce: A study of multiple outcomes. *Demography*, 55(3), 769–797. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0667-6>
- Madden, D. (2010). Gender differences in mental well-being: A decomposition analysis. *Social Indicators Research*, 99(1), 101–114. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9569-8>
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1919–1929. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00041-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00041-2)
- Melchior, M., Chastang, J.-F., Leclerc, A., Ribet, C., & Rouillon, F. (2010). Low socioeconomic position and depression persistence: Longitudinal results from the GAZEL cohort study. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.08.002>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. 65–70 https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdad-Salud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf
- Mosquera, I., Larrañaga, I., Del Río Lozano, M., Calderón, C., García Machón, M., & Calvente, M. D. M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201901002.
- Mwinyi, J., Pisanu, C., Castelao, E., Stringhini, S., Preisig, M., & Schiöth, H. B. (2017). Anxiety disorders are associated with low socioeconomic status in women but not in men. *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 27(3), 302–307. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.01.001>
- National Institutes of Health. (2014). *Study quality assessment tools*. National Institutes of Health, 19. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- Niedhammer, I., Coindre, K., Memmi, S., Bertrais, S., & Chastang, J. F. (2020). Working conditions and depression in the French national working population: Results from the SUMER study. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.003>
- OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización Mundial de La Salud*, 54, 6–11. <https://doi.org/10.7892/43506029>
- OMS. (2017). La Travesía De La Salud Mundial 2007-2017 Más Sano Más Justo Más Seguro. *Health Journey*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259204/1/9789243512365-spa.pdf?ua=1>
- Puig-Barrachina, V., Malmusi, D., Martínez, J., & Benach, J. (2011). Monitoring social determinants of health inequalities: The impact of unemployment among vulnerable groups. *International Journal of Health Services*, 41(3), 459–482. <https://doi.org/10.2190/HS.41.3.d>
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. A. (2000). Gender, social roles, and mental health: An epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9–10), 605–628. <https://doi.org/10.1023/A:1007148407005>
- Sáenz-Herrero, M. (2015). Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. In *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology*. Springer International Publishing.
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1641–1647. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641>
- Šidlauskaitė-Stripeikiene, I., Žemaitienė, N., & Klumbiene, J. (2010). Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina*, 46(10), 693–699. <https://doi.org/10.3390/medicina46100098>
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259–292.
- Simó-Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Ma Muñoz-Rodríguez, D., González-Sanjuán, E., Simo-Noguera, C., Hernandez-Monleon, A., Munoz-Rodriguez, D., & Eugenia Gonzalez-Sanjuan, M. (2015). The effect on health of marital and cohabitation status. *Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas*, 151(151), 141–166. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100–113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
- Spijker, J., & Zueras, P. (2018). Desigualdades socioeconómicas en salud en la población catalana mayor de 50 años durante la última crisis económica. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201811085.

- Sweeting, H., Bhaskar, A., Benzeval, M., Popham, F., & Hunt, K. (2014). Changing gender roles and attitudes and their implications for well-being around the new millennium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 791–809. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0730-y>
- Torns, T., & Recio, C. (2012). Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de Economía Crítica*, 14(2), 178–202.
- Ussher, J. M. (2010). Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Feminism & Psychology*, 20(1), 9–35. <https://doi.org/10.1177/0959353509350213>
- Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Disruption of the silenced self: The case of premenstrual syndrome. In D. C. Jack & A. Ali (Eds.), *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world* (pp. 435–458). Oxford University Press.
- Valero, E., Martin, U., Bacigalupe, A., & Utzet, M. (2020). The impact of precarious jobs on mental health: a gender-sensitive literature review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01605-7>
- Von Bonsdorff, M. B., Kuh, D., Von Bonsdorff, M. E., & Cooper, R. (2016). Mid-career work patterns and physical and mental functioning at age 60–64: Evidence from the 1946 British birth cohort. *European Journal of Public Health*, 26(3), 486–491. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw040>
- Waldron, I., Hughes, M. E., & Brooks, T. L. (1996). Marriage protection and marriage selection-prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Science and Medicine*, 43(1), 113–123. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00347-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00347-9)
- World Economic Forum. (2019). *Insight report global gender gap report 2020 terms of use and disclaimer*. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf
- Yu, S. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: A global study. *Translational Psychiatry*, 8(1), 98. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>

Appendix I

Search terms used in the scoping review.

Dimensions	Search terms
Gender	
Gender	Sex OR 'gender identity' OR men OR women
Mental health	
Mental health	'Mental health' OR 'mental disorders' OR depression OR anxiety
Country	
Country	Austria OR Belgium OR Bulgaria OR Croatia OR Cyprus OR Czech Republic OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Ireland OR Italy OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Malta OR Netherlands OR Poland OR Portugal OR Romania OR Slovakia OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR 'United Kingdom' OR Island OR Norway OR Lichtenstein OR Switzerland OR 'European Union' OR Europe OR 'Great Britain'
Intermediate determinants	
Occupation	Employment OR work OR occupations OR 'job category' ^a
Informal care and domestic labour	'Domestic family-work' ^a OR 'domestic labour' ^a OR 'domestic work' ^a OR caregivers ^a
Family characteristics	'Marital status' OR 'number of children' ^a OR 'family size' ^a
Social support	'Social support'
Ethnicity/migration	'Ethnic groups'
Social class/education	'Economic status' OR 'social class' OR 'educational status'

^aNot a MeSH Term.

Appendix 2

Quality assessment of the included articles in the scoping review.

References	Clear objective	Population	Participation rate >50%	Same selection criteria	Sample size justification	Exposure prior to outcome ^a	Sufficient exposure time ^a	Gradient of exposure	Validity of exposure	Exposure assessed >1 time	Validity of outcomes	Blinding of assessors	Loss follow-up <20% ^a	Confoundings	Quality rating
Aarø et al. (2011)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Agudelo-Suárez et al. (2013) ^b	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	NA	No	Yes	Good
Andreeva et al. (2015) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	NA	No	Yes	Average
Arcas et al. (2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Good
Artazcoz et al. (2010)	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Good
Buffel et al. (2017)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Burr et al. (2015)	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Cable et al. (2013) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	NA	NR	Yes	Average
Casini et al. (2010)	Yes	Yes	No	NR	No	No	No	No	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Poor
Choi et al. (2011)	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes	NA	NA	Yes	Average
Cortés-Franch et al. (2018)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Cullati et al. (2014) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	NA	No	Yes	Average
du Prel and Peter (2015)	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Ek et al. (2014) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	No	Yes	Poor
Falkenberg et al. (2013) ^b	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	NA	NR	Yes	Good
Hammarström and Phillips (2012) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	Yes	Yes	Poor
Huijts et al. (2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Good
Janiert et al. (2015) ^b	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	NA	Yes	Yes	Good
Kroll and Lampert (2011)	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Lahelma et al. (2012) ^b	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	NA	Yes	Yes	Good
Landsredt et al. (2016) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	NA	Yes	Yes	Average
Madden (2010)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	NA	NA	Yes	Average
Melchior et al. (2010) ^b	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	Yes	Yes	Good
Mwinyi et al. (2017)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	No	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Puig-Barrachina et al. (2011)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	No	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Sidlauskaitė-Sidlauskaitė et al. (2010)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Stripeikiene et al. (2010)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Average
Simó-Noguera et al. (2015)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	NA	Yes	NA	NA	Yes	Average
Spijker and Zueras (2018)	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Poor
Sweeting et al. (2014) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	NA	NA	Yes	Poor
von Bonsdorff et al. (2016) ^b	Yes	Yes	NR	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	NA	No	Yes	Average

NR = not reported; NA = not applicable.

^aOnly in the case of longitudinal designs.

^bLongitudinal designs.

ARTÍCULO 3

Cabezas-Rodríguez A, Bacigalupe A, Martín U. Diagnosis and Treatment of Depression in Spain: Are There Gender Inequalities? Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):9232. doi: [10.3390/ijerph17249232](https://doi.org/10.3390/ijerph17249232)

NOMBRE DE LA REVISTA: International Journal of Environmental Research and Public Health

AÑO: 2020

BASE DE DATOS DE INDEXACIÓN: Journal Citation Reports (JCR)

ÍNDICE DE IMPACTO: Social Sciences Citation Index (SSCI)

CATEGORÍA: Salud Pública, Ambiental y Ocupacional

POSICIÓN QUE OCUPA LA REVISTA EN EL ÁREA: 41

NÚMERO DE REVISTAS EN EL ÁREA: 176

QUARTIL: 1

AÑO: 2020

BASE DE DATOS DE INDEXACIÓN: Journal Citation Reports (JCR)

ÍNDICE DE IMPACTO: Science Citation Index Expanded (SCIE)

CATEGORÍA: Salud Pública, Ambiental y Ocupacional

POSICIÓN QUE OCUPA LA REVISTA EN EL ÁREA: 68



NÚMERO DE REVISTAS EN EL ÁREA: 203

QUARTIL: 2



Article

Diagnosis and Treatment of Depression in Spain: Are There Gender Inequalities?

Andrea Cabezas-Rodríguez ^{1,2,3,*} , Amaia Bacigalupe ^{1,3} and Unai Martín ^{1,3} 

¹ Department of Sociology and Social Work, University of the Basque Country (UPV/EHU), 48940 Leioa, Spain; amaia.bacigalupe@ehu.eus (A.B.); unai.martin@ehu.eus (U.M.)

² Doctorate Program in Public Health, Department of Preventive Medicine and Public Health, University of the Basque Country (UPV/EHU), 48940 Leioa, Spain

³ Social Determinants of Health and Demographic Change—Opik Research Group, University of the Basque Country (UPV/EHU), 48940 Leioa, Spain

* Correspondence: andrea.cabezas@ehu.eus

Received: 30 October 2020; Accepted: 8 December 2020; Published: 10 December 2020



Abstract: It is well known that women are more likely than men to be diagnosed with depression and to consume antidepressants. The factors related to the medicalisation of depression and their social distribution remain unclear. The aim of this study was to analyse gender inequalities in the medicalisation of depression from an intersectional perspective. This was a cross-sectional study based on data from the European Health Survey relating to Spain. Gender inequalities were calculated using prevalence ratios of women compared to men with a diagnosis of depression and antidepressant use, adjusted for age, depressive symptoms, primary care visits and diagnosis of depression in the case of antidepressant use. After adjustments, the diagnosis of depression and the use of antidepressants were more prevalent in women, especially of lower socioeconomic levels. Gender inequalities in the diagnosis of depression also increased with decreasing level of education. Regarding the use of antidepressants, gender inequalities were not significant in university graduates and people of higher social. The gender inequalities found in the diagnosis and treatment of depression cannot be completely attributed to a higher level of depressive symptoms in women or their greater frequency of visits to primary care. Inequalities are greater in more vulnerable social groups.

Keywords: mental health; depression; gender inequalities; medicalisation

1. Introduction

The higher rates of depression and psychotropic drug prescription recorded among women represent a consistent finding in the international literature [1–3]. In Spain, the National Health Survey in 2017 reported the prevalence of depression diagnoses in women to be twice that in men—9.2% compared to 4.0%—while the prescription and consumption of antidepressants and stimulants was also more than double in women (7.9% versus 3.2%) [4].

Several possible explanations for these differences have been put forward. The first is that the higher frequency of diagnoses in women is a consequence of their poorer mental health. On this view, the biological differences between men and women, specifically hormonal differences, have been proposed as a fundamental explanatory factor for the propensity of women to suffer higher levels of mental pathology [5]. However, this biological explanation has been shown to be insufficient [6], and sociological perspectives have suggested that the reason lies in the gender inequalities that can be traced to the social stratification between men and women. This focus posits that the vertical and horizontal segregation of the labour market, the greater participation of women in domestic and care

work, and their greater exposure to situations of sexual violence and discrimination [7] have a decisive negative impact on their mental health [8].

Other studies, however, have suggested that poorer mental health is not the sole reason for the frequency of diagnosis of depression in women. They propose that medicalisation—a process through which various spheres of human life have been incorporated into medical discourse and practice [9]—in the area of women’s mental health may have increased the frequency of diagnosis of depression or anxiety due to biases in the diagnostic process. Although research in this field is scarce, results indicate that mental health practitioners diagnose depression and/or anxiety [10,11] and prescribe psychotropic drugs more frequently in women than in men with the same symptoms [12]. These results are attributed to the fact that healthcare professionals are influenced by gender stereotypes and socially accepted definitions of hegemonic female and male characteristics. This social mindset is more permissive of low mood among women, and women tend to express their problems more openly in psychosocial terms; therefore their rate of depression diagnosis is higher [13]. The screening tools themselves and other psychometric instruments for measuring depression may also be subject to gender biases [14], deriving precisely from the fact that normative characteristics of female behaviour such as crying or hypersensitivity are interpreted as symptoms of depression, while other cognitive or affective symptoms more typical of men are not [15]. Likewise, due to the disparities in the socialisation of the sexes, men have more difficulty in expressing their emotions or in accepting the need to seek professional help, and so their rate of depression diagnosis is lower [16]. Finally, because women have more contact with primary care services, symptoms of depression are more likely to be detected in women than in men, resulting in a greater number of diagnoses and prescriptions [17].

In addition to gender, there are other dimensions of social inequality that place women from the most disadvantaged groups at a high risk of suffering from depression and of experiencing gender biases in the treatment they receive. Several studies applying an intersectional approach have reported that women from more disadvantaged social classes [18] or with lower levels of schooling [19] are more frequently diagnosed with depression or anxiety than women of other social or educational status. Likewise, the dominant societal norms regarding gender identity and sexual orientation may increase the likelihood of poor mental health in people who are not cisnormative and/or heterosexual because they do not conform to the expectations imposed by the binary construction of sex [20,21]. Therefore, incorporating intersectionality theory may achieve a more detailed understanding of how the different dimensions of inequality interact in the medicalisation of depression and, in turn, may promote the search for solutions and enhance health equity [22].

In general, the research carried out in this field does not differentiate between these pathologies, and as a result, depression, anxiety, and other types of common mental disorder have tended to be analysed together. This means that it is impossible to trace the process of medicalisation in each disorder independently or to establish whether or not they present distinct characteristics. Another problem is that most of the studies are clinically based [10,11]; very few population-based studies have been carried out that might give an idea of the degree of medicalisation in a particular population. Using data on depressive symptoms alone (i.e., excluding other disorders) on the medical diagnosis of depression and antidepressant use in a specific population, the present study has the means necessary to assess the process of the medicalisation of depression from a gender perspective. Thus, the aim of this article was to analyse gender inequalities in the medicalisation of depression in the Spanish population, taking into account the possible influences of different dimensions of social inequality. We hypothesised that in patients of both sexes with the same depressive symptoms, women would be more frequently diagnosed with depression than men; additionally, that in patients of both sexes with the same number of depression diagnoses, women would be prescribed more antidepressants.

2. Materials and Methods

A cross-sectional study was carried out using data corresponding to a Spanish sample from the 2014 European Health Interview Survey (EHIS), coordinated by Eurostat and administered by the

Spanish National Statistics Institute. The survey was applied to a randomly selected sample of people ($n = 22,842$) from the non-institutionalised population. The response rate was 74.6%. The analysis carried out here corresponds to the data obtained from 20,313 people aged 25 years and over.

The outcome variables were the medical diagnosis of depression and the consumption of antidepressants and/or stimulants. Both assessments were based on the respondent's self-reports. Diagnosis of depression was accepted in the case of an affirmative answer to the item "depression" in the list of frequent chronic problems diagnosed by medical staff. In the case of the consumption of psychotropic drugs, the question on medicine use prescribed by a doctor over the last two weeks was used: respondents who marked the item "antidepressants, stimulants" from the list of the most frequent medications were considered to be consuming these drugs.

The variables related to socioeconomic status were the highest level of schooling attained (categorised as primary school, secondary school, or university) and occupational social status (current, or most recent for those not in work) categorised into five groups, in accordance with the guidelines of the Spanish Society of Epidemiology [23].

As adjustment variables, age, presenting depressive symptoms, and the number of visits to primary care were used. Depressive symptomatology was evaluated using the Patient Health Questionnaire (PHQ-8), which is used to detect depressive symptoms in the general population. The PHQ-8 score ranges from 0 to 24 points and is obtained from the sum of the scores of the items; a score of 5 or more is taken to indicate the presence of depressive symptoms. The number of primary care visits in the last four weeks was recorded. In the analysis of the consumption of psychotropic drugs, the medical diagnosis of depression described above was also used as an adjustment variable.

The crude prevalence of the diagnosis of depression and use of psychotropic drugs were calculated for each sex according to age, social status and level of education. To analyse the differences between men and women in the two outcome variables, prevalence ratios (PRs) were calculated using Poisson regression models with robust variance, taking male gender as a reference. Sequential PRs adjusted for the adjustment variables described above were calculated. Thus, in the case of the diagnosis of depression, the differences between men and women were calculated through PRs adjusted for age and subsequently for depressive symptoms and primary care visits. For the use of psychotropic drugs, along with these three variables, the medical diagnosis of depression was included as an added adjustment variable. The sample weight provided by the designers of the survey was used. A more detailed description of the survey methodology, including the treatment of missing data, can be found in the National Statistics Institute's publication [24]. The analyses were performed with SPSS 25 (IBM, Armonk, NY, USA).

3. Results

Table 1 displays the sample's characteristics. Depressive symptoms were present in 21.5% of women and 11.4% of men. The prevalence of a medical diagnosis of depression was much higher in women (13.5%) than men (5.8%), as was the consumption of prescribed antidepressants or stimulants (8.7% in women and 3.5% in men). Women also made more primary healthcare visits. Regarding sociodemographic characteristics, most of the population were between 25 and 49 years old; most belonged to social class IV and, in general, secondary school was the highest level of education attained. All differences between sexes were statistically significant.

In both men and women, diagnoses of depression and the consumption of prescribed antidepressants and/or stimulants increased with age and decreased with higher social status and level of education (Table 2). Women with the lowest level of education had the highest prevalence of diagnosis (21.2%), a figure far higher, for example, than that of male university graduates (3.2%). The same pattern was observed in the consumption of antidepressants and/or stimulants; they were taken by 13.8% of women with the lowest level of education and by only 2.0% of men with the highest.

Table 1. Distribution of sample (%) according to sociodemographic, health and socioeconomic variables by sex. European Health Interview Survey (Spain), 2014.

	Men (n = 9849)	Women (n = 10,464)	p (95%)
Age			
25–49	52.8	48.8	
50–64	25.9	25.1	
65–79	15.7	17.4	<0.001
80 and over	5.6	8.7	
Depressive symptoms	11.4	21.5	<0.001
Diagnosis of depression	5.8	13.5	<0.001
Antidepressants, stimulants consumption	3.5	8.7	<0.001
Visits to Primary Care			
None	73.9	65.6	
One	20.9	27.1	<0.001
Two or more	5.2	7.3	
Social class			
I	11.7	11.1	
II	8.1	8.6	
III	19.2	19.2	<0.001
IV	48.2	45.9	
V	12.8	15.2	
Educational level			
University	19.0	21.5	
Secondary	51.8	43.2	<0.001
Primary or lower	29.2	35.3	

Source: Created using data extracted from the European Health Interview Survey (EHIS) (Spain), 2014.

Table 2. Prevalence (%) of diagnosis of depression and antidepressants/stimulants consumption in the last two weeks according to age, social class and educational level in men and women. European Health Interview Survey (Spain), 2014.

	Diagnosis of Depression (%)		Antidepressants, Stimulants Consumption (%)	
	Men	Women	Men	Women
Age				
25–49	3.7	7.5	2.4	4.6
50–64	7.9	17.3	4.4	11.9
65–79	7.8	21.7	5.0	13.8
80 and over	9.0	20.5	6.1	12.9
Social class				
I	2.8	6.5	2.7	4.2
II	5.6	8.7	3.2	5.2
III	5.6	9.8	3.2	6.6
IV	6.4	15.6	3.8	10.1
V	6.3	19.7	3.8	12.6
Educational level				
University	3.2	4.9	2.0	3.3
Secondary	5.4	11.6	3.2	7.3
Primary or lower	8.0	21.2	5.0	13.8

Source: Created using data extracted from EHIS (Spain), 2014.

In all cases, and after all adjustments, women presented a greater likelihood of being diagnosed with depression and of using psychotropic drugs than men. Gender inequalities (Table 3) in the diagnosis of depression increased with age, but were significant at all ages. In the older group, the adjusted difference of receiving a diagnosis of depression was almost twice as high in women as

in men [$PR_{80+} = 1.95$ (1.42–2.67)], even after adjusting for depressive symptoms and the number of visits to primary care. In the use of antidepressants, no such clear gender inequalities were observed: the differences were only significant in the intermediate age groups [$PR_{50-64} = 1.44$ (1.19–1.73)] and [$PR_{65-79} = 1.28$ (1.02–1.62)].

Table 3. Prevalence ratio (PR) (IC 95%) of diagnosis of depression and antidepressant/stimulant consumption by age according to different adjustments ¹ (reference category: men). European Health Interview Survey (Spain), 2014.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Diagnosis of depression				
25–49	2.05 (1.73–2.43)	1.60 (1.35–1.88)		1.50 (1.27–1.77)
50–64	2.17 (1.86–2.54)	1.55 (1.34–1.80)		1.51 (1.30–1.75)
65–79	2.57 (2.12–3.12)	1.68 (1.39–2.03)		1.70 (1.40–2.05)
80 and over	2.72 (1.98–3.74)	1.95 (1.42–2.67)		1.95 (1.42–2.67)
Antidepressants/stimulants consumption				
25–49	1.91 (1.55–2.36)	1.43 (1.16–1.76)	1.20 (1.00–1.45)	1.16 (0.96–1.39)
50–64	2.71 (2.19–3.35)	1.91 (1.55–2.35)	1.48 (1.22–1.78)	1.44 (1.19–1.73)
65–79	2.58 (2.01–3.30)	1.71 (1.33–2.20)	1.28 (1.02–1.62)	1.28 (1.02–1.62)
80 and over	2.55 (1.73–3.75)	1.93 (1.29–2.89)	1.41 (0.98–2.02)	1.40 (0.98–2.01)

¹ Model 1: Crude; Model 2: Adjusted by depressive symptoms; Model 3: Adjusted by depressive symptoms and diagnosis of depression; Model 4: Adjusted by depressive symptoms and number of visits to Primary Care in the case of the variable “Diagnosis of depression”; and adjusted by depressive symptoms, diagnosis of depression and number of visits to Primary Care in the case of the variable “Antidepressants/stimulants consumption”. Created using data extracted from EHIS (Spain), 2014.

By social class (Table 4), in the diagnosis of depression there was no clear social gradient, but there were gender inequalities in the lower social classes ($PR_{\text{social class IV}} = 1.62$ (1.43–1.83)) and ($PR_{\text{social class V}} = 2.17$ (1.71–2.76)), as well as in social class I. In the case of drug use, clear gender inequalities were observed in social classes III, IV and V.

Table 4. PR (IC 95%) of diagnosis of depression and antidepressants/stimulants consumption by social class according to different adjustments ¹ (reference category: men). European Health Interview Survey (Spain), 2014.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Diagnosis of depression				
I	2.13 (1.42–3.21)	1.80 (1.20–2.69)		1.84 (1.22–2.77)
II	1.63 (1.13–2.34)	1.32 (0.93–1.87)		1.28 (0.91–1.80)
III	1.63 (1.29–2.05)	1.17 (0.93–1.47)		1.16 (0.92–1.45)
IV	2.36 (2.07–2.68)	1.64 (1.45–1.86)		1.62 (1.43–1.83)
V	2.97 (2.33–3.77)	2.24 (1.76–2.84)		2.17 (1.71–2.76)
Antidepressants/stimulants consumption				
I	1.45 (0.93–2.28)	1.23 (0.80–1.90)	0.82 (0.55–1.21)	0.78 (0.53–1.14)
II	1.71 (1.04–2.82)	1.41 (0.86–2.32)	1.20 (0.74–1.93)	1.18 (0.73–1.90)
III	2.11 (1.55–2.87)	1.59 (1.15–2.19)	1.53 (1.16–2.01)	1.55 (1.18–2.04)
IV	2.48 (2.10–2.93)	1.69 (1.43–2.00)	1.33 (1.15–1.55)	1.33 (1.14–1.54)
V	3.05 (2.24–4.17)	2.14 (1.57–2.92)	1.39 (1.05–1.83)	1.38 (1.05–1.82)

¹ Model 1: Adjusted by age; Model 2: Adjusted by age and depressive symptoms; Model 3: Adjusted by age, depressive symptoms and diagnosis of depression; Model 4: Adjusted by age, depressive symptoms and number of visits to Primary Care in the case of the variable “Diagnosis of depression”; and adjusted by age, depressive symptoms, diagnosis of depression and number of visits to Primary Care in the case of the variable “Antidepressants/stimulants consumption”. Created using data extracted from EHIS (Spain), 2014.

According to level of education (Table 5), a clear social gradient was seen: as the educational level decreased, gender inequalities increased, both for the diagnosis of depression [$PR_{\text{primary school}} = 1.74$ (1.52–2.00)], and for the consumption of antidepressants [$PR_{\text{primary school}} = 1.37$ (1.16–1.61)].

Table 5. PR (IC 95%) of diagnosis of depression and antidepressants/stimulants consumption by educational level according to different adjustments ¹ (reference category: men). European Health Interview Survey (Spain), 2014.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Diagnosis of depression				
University	1.86 (1.35–2.56)	1.54 (1.12–2.11)		1.52 (1.10–2.10)
Secondary	2.08 (1.81–2.39)	1.58 (1.38–1.81)		1.54 (1.35–1.77)
Primary or lower	2.59 (2.25–2.98)	1.75 (1.53–2.01)		1.74 (1.52–2.00)
Antidepressants/stimulants consumption				
University	2.06 (1.37–3.10)	1.65 (1.10–2.48)	1.20 (0.84–1.72)	1.20 (0.84–1.72)
Secondary	2.14 (1.78–2.57)	1.59 (1.33–1.90)	1.30 (1.10–1.52)	1.27 (1.08–1.49)
Primary or lower	2.70 (2.25–3.23)	1.83 (1.52–2.20)	1.37 (1.16–1.61)	1.37 (1.16–1.61)

¹ Model 1: Adjusted by age; Model 2: Adjusted by age and depressive symptoms; Model 3: Adjusted by age, depressive symptoms and diagnosis of depression; Model 4: Adjusted by age, depressive symptoms and number of visits to Primary Care in the case of the variable “Diagnosis of depression”; and adjusted by age, depressive symptoms, diagnosis of depression and number of visits to Primary Care in the case of the variable “Antidepressants/stimulants consumption”. Authors’ own elaboration from EHIS (Spain), 2014.

4. Discussion

To the best of the authors’ knowledge, the present study is the first to apply an intersectional perspective to the analysis of gender inequalities in the diagnosis of depression and in the use of antidepressants. The main finding is that depression was diagnosed significantly more often in women than in men, even though they did not present more depressive symptoms or make more visits to primary care services. Likewise, women also consumed more prescription antidepressants and stimulants than men. From an intersectional point of view, gender inequalities in the diagnosis of depression increased with age and were also greater in the most disadvantaged social groups. In low social status groups, there were also notable gender inequalities in the consumption of antidepressants and/or stimulants.

As other studies have indicated [1–3] the higher prevalence of the diagnosis of depression and the use of antidepressants in women is probably attributable not to a single cause but to the sum of different factors. However, many studies in this area do not stratify their results by sex [25], therefore it is difficult to identify the causes. Our results are consistent with previous work reporting the existence of a higher rate of diagnoses of depression in women than in men with the same depressive symptoms, as well as a greater consumption of psychotropic drugs [10–12,26]. The search for an explanation of these results is complex, because they perhaps derive from a paradoxical process in which women may be over-diagnosed and treated for depression, and men under-diagnosed and treated [27]. From a gender perspective, then, we are witnessing a growth in the pathologisation of daily life stresses which has a clear gender component; frequently, the emotional distress suffered by women due to their social position in society is classified as depressive pathology, and in turn generates a demand for unnecessary treatment [28,29]. Furthermore, the distinct socialisation of emotions in men and women implies that traditionally feminine attributes such as sensitivity, crying and emotional lability favour their identification with the hegemonic definition of depression, which was constructed on the basis of a stigmatisation of women’s identity as weaker subjects who were less resilient to suffering. As a result, it may be that health practitioners are more given to identify symptoms that constitute the classic diagnosis of depression among women [8]. Another possible consequence of this social construction of gender is an underdiagnosis of depression in men. The social expectations of the hegemonic male identity, with its emphasis on the concealment of emotions (especially those classified as female) may increase the difficulty of diagnosing depression in the male population [15]. Likewise, it is important to highlight that societal cisnormativity and heteronormativity has historically generated an added degree of mental suffering, by classifying people who depart from the predominant pattern as mentally

ill. Progress has been made in the depathologisation of sexual diversity and in promoting recognition and respect for the diversity of gender expressions and identities [20].

Although evidence of the interaction between gender and other dimensions of social inequality in the medicalisation of depression is currently lacking, research incorporating intersectionality theory in other areas of health highlights its importance; the inequalities identified when considering several dimensions together are greater than when these dimensions are considered separately [30,31]. Our results indicate that belonging to the most vulnerable social groups increases gender inequalities in the diagnosis of depression and in the treatment prescribed. Similarly, the results of another study [32] about the medicalisation of anxiety and depression, pointed to the over-medicalisation of mental health in women and confirmed the importance of an intersectional approach; that study found that the most vulnerable social groups were more likely to suffer from the medicalisation of their mental health than their peers, and reported an even clearer social gradient than the one observed here. This suggests that the interrelationship between different dimensions of inequality may influence the response of practitioners to women of lower socioeconomic status and may thus increase the latter's vulnerability to gender biases. Indeed, one systematic review found that less educated, lower-income patients received less diagnostic information from their physicians, who adopted a less participatory consulting style and thus restricted the role of the patients in decision-making regarding their treatment [33]. Another study conducted with primary care physicians on the diagnosis of coronary heart disease showed that, with respect to men, women were asked fewer questions and underwent fewer physical examinations and diagnostic tests, a practice that may negatively affect the accuracy of the diagnosis and the appropriateness of treatment [34]. The influence of a patient's gender on the patient–doctor relationship and on the doctor's decisions regarding treatment has also been shown [35]. In addition to the inequalities in doctor–patient relationships, the greater gender inequality in the medicalisation of depression in the most disadvantaged groups may be due to the greater presence of traditional male values among low socioeconomic status men [36], which may lead to a neglect of symptoms and in turn to undertreatment. In the case of women of lower social status, the need to resume their daily family responsibilities may foster a proactive attitude to requesting medication in order to make a speedy recovery. However, more research from an intersectional perspective is needed to better understand the mechanisms underlying these results.

This study presents the characteristic limitations of survey-based cross-sectional studies. Firstly, its use of self-reported data obtained from a health survey may not coincide with the data obtained through the use of clinical databases [37]. However, population health surveys are currently the tools most widely used to determine the prevalence of clinical problems at the population level. In addition, using data from health surveys allows information to be obtained from the entire population and not just from those who use the public health system, as is the case with the digital medical records in our setting. Health surveys offer the added advantage of containing a multitude of socioeconomic data that are not available in health records. Another important limitation is the possible gender bias present in the instrument for assessing depressive symptoms, because most of the tools used for this purpose use criteria that classify characteristics traditionally understood as female as depressive symptoms [15]. The PHQ-8 used in this study may underestimate the number of men with depressive symptoms. However, if this were the case, it would underestimate gender inequalities in the medicalisation of mental health, and this would actually reinforce our findings. In any case, the PHQ-8 is a widely used and validated instrument for measuring depressive symptoms in the general population.

The medicalisation of mental health has direct consequences for women's health, due either to pharmacologic iatrogenesis or to the development of both physical and psychological dependence on psychoactive drugs and health professionals. In addition, the medicalisation of daily ailments makes it difficult to explore the structural roots of gender inequalities in mental health, because it individualises collective social problems through personal diagnoses and treatments [13]. Thus, the results of our study have important implications for policy and clinical practice. In the domain of public health, there is evidence of the impact of gender inequality on mental health [38]. Public interventions in the

labour market or in the domestic and care settings aiming to reduce this impact will help to narrow the gender gap in mental health as in other areas [39]. Additionally, in the context of clinical practice, our results suggest the need to reconsider the criteria used to create diagnostic categories and treatment guidelines in the current healthcare model. The incorporation of the gender perspective in the attention to the symptoms reported by patients may represent a radical change in the concept of depression and in its treatment, and may give a new meaning to mental suffering. Thus, with the aims of avoiding the pathologisation of distress caused by social circumstances and of steering the current situation of inequality towards a more equitable approach to clinical care, several strategies have emerged as means of protecting against the excessive medicalisation of women's mental health, including the indication of no-treatment [40], the incorporation of the biopsychosocial model to acquire a global vision of the patient [41], or the incorporation of feminist approaches to narrative psychotherapies [42]. In this way, adopting a holistic approach to the care of the patient, in place of the overriding focus on symptoms currently in vogue, might prompt a less discriminatory attitude to the care of depression which would ultimately reduce the degree of medicalisation of mental health, especially among women.

5. Conclusions

Our results show that the diagnoses of depression and the consumption of prescribed antidepressants are more frequent in women than in men. This is the case even though women do not present more depressive symptoms or make more visits to primary care services. Furthermore, gender inequalities in the medicalisation of depression are greater among more vulnerable social groups. These results should be taken into account in the design of interventions aimed at reducing gender inequalities in mental health, and underline the need to incorporate gender perspective in clinical practice.

Author Contributions: Conceptualisation, A.B.; methodology, U.M.; formal analysis, A.C.-R.; investigation, A.C.-R.; writing—original draft preparation, A.C.-R.; writing—review and editing, A.B., U.M. and A.C.-R.; supervision, A.B.; funding acquisition, A.B. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the Ministry of Science, Innovation and Universities of the Spanish Government. Call 2018 for R + D + I projects "Research Challenges" of the state program of R + D + I oriented to the challenges of society, grant number RTI2018-098796-A-I00.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Salk, R.H.; Hyde, J.S.; Abramson, L.Y. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol. Bull.* **2017**, *143*, 783–822. [CrossRef] [PubMed]
2. Skovlund, C.W.; Kessing, L.V.; Mørch, L.S.; Lidegaard, Ø. Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls. A national cohort study 2000–2013. *Nord J. Psychiatry* **2017**, *71*, 378–385. [CrossRef] [PubMed]
3. Abbing-Karahagopian, V.; Huerta, C.; Souverein, P.C.; de Abajo, F.; Leufkens, H.G.M.; Slattery, J.; Alvarez, Y.; Miret, M.; Gil, M.; Oliva, B.; et al. Antidepressant prescribing in five European countries: Application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* **2014**, *70*, 849–857. [CrossRef] [PubMed]
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie Informes Monográficos #1—SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. Available online: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf (accessed on 17 June 2020).
5. Seaman, M.V. Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones. *Am. J. Psychiatry* **1997**, *154*, 1641–1647. [CrossRef]
6. Ussher, J.M.; Perz, J. Disruption of the Silenced-Self: The Case of Pre-Menstrual Syndrome. In *The depression Epidemic: International Perspectives on Women's Self-Silencing and Psychological Distress*; Jack, D.C., Ali, A., Eds.; Oxford University Press: Oxford, UK, 2010; pp. 435–458.

7. INE. Mujeres y Hombres en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2017. Available online: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/hombre_mujer (accessed on 17 June 2020).
8. Ussher, J.M. Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Fem. Psychol.* **2010**, *20*, 9–35. [[CrossRef](#)]
9. Conrad, P.; Slodden, C. The medicalization of mental disorder. In *Handbook of the Sociology of Mental Health*; Aneshensel, C.S., Phelan, J.C., Bierman, A., Eds.; Springer: New York, NY, USA, 2013; pp. 61–73.
10. Potts, M.K.; Burnam, M.A.; Wells, K.B. Gender differences in depression detection: A comparison of clinical diagnosis and standardized assessment. *Psychol. Assess.* **1991**, *3*, 609–615. [[CrossRef](#)]
11. Borowsky, S.J.; Rubenstein, L.V.; Meredith, L.S.; Camp, P.; Jackson-Triche, M.; Wells, K.B. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *J. Gen. Intern. Med.* **2000**, *15*, 381–388. [[CrossRef](#)]
12. Alonso, J.; Angermeyer, M.C.; Bernert, S.; Bruffaerts, R.; Brugha, T.S.; Bryson, H.; de Girolamo, G.; de Graaf, R.; Demyttenaere, K.; Gasquet, I.; et al. Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.* **2004**, *420*, 55–64. [[CrossRef](#)]
13. Benedicto, C. Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr* **2018**, *38*, 607–625. [[CrossRef](#)]
14. Martin, L.A.; Neighbors, H.W.; Griffith, D.M. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry* **2013**, *70*, 1100–1106. [[CrossRef](#)]
15. Smith, D.T.; Mouzon, D.M.; Elliott, M. Reviewing the assumptions about men's mental health: An exploration of the gender binary. *Am. J. Mens Health* **2018**, *12*, 78–89. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Mackenzie, C.S.; Gekoski, W.L.; Knox, V.J. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment. Health* **2006**, *10*, 574–582. [[CrossRef](#)]
17. Osika Friberg, I.; Krantz, G.; Määttä, S.; Järbrink, K. Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scand. J. Public Health* **2016**, *44*, 264–273. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* **2013**, *56*, 733–739. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Rifel, J.; Svab, I.; Ster, M.P.; Pavlic, D.; King, M.; Nazareth, I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry* **2008**, *8*, 96. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Suess Schwend, A. La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gac. Sanit.* **2020**, *34* (Suppl. 1), 54–60. [[CrossRef](#)]
21. Marti-Pastor, M.; Perez, G.; German, D.; Pont, A.; Garin, O.; Alonso, J.; Gotsens, M.; Ferrer, M. Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por orientación sexual: Resultados de la Encuesta de Entrevistas de Salud de Barcelona. *PLoS ONE* **2018**, *13*, e0191334. [[CrossRef](#)]
22. Bauer, G.R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc. Sci. Med.* **2014**, *110*, 10–17. [[CrossRef](#)]
23. Domingo-Salvany, A.; Bacigalupe, A.; Carrasco, J.M.; Espelt, A.; Ferrando, J.; Borrell, C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac. Sanit.* **2013**, *27*, 263–272. [[CrossRef](#)]
24. INE. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Metodología. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2014. Available online: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/METODOLOGIA_EESE2014.pdf (accessed on 19 June 2020).
25. Mitchell, A.J.; Vaze, A.; Rao, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta analysis. *Lancet* **2009**, *374*, 609–619. [[CrossRef](#)]
26. Bertakis, K.D.; Helms, L.J.; Callahan, E.J.; Azari, R.; Leigh, P.; Robbins, J.A. Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. *J. Womens Health Gend. Based Med.* **2001**, *10*, 689–698. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. The PLoS Medicine Editors. The paradox of mental health: Over-treatment and under-recognition. *PLoS Med.* **2013**, *10*, e1001456. [[CrossRef](#)]
28. Dowrick, C.; Frances, A. Medicalising unhappiness: New classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* **2013**, *347*, f7140. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

29. Ruiz-Cantero, M.T.; Verdú-Delgado, M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac. Sanit.* **2014**, *18*, 118–125. [[CrossRef](#)]
30. Cortès, I.; Artazcoz, L.; Rodríguez-Sanz, M.; Borrell, C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac. Sanit.* **2004**, *18*, 351–359. [[CrossRef](#)]
31. Honjo, K.; Kawakami, N.; Takeshima, T.; Tachimori, H.; Ono, Y.; Uda, H.; Hata, Y.; Nakane, Y.; Nakane, H.; Iwata, N.; et al. Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan. *J. Epidemiol.* **2006**, *16*, 223–232. [[CrossRef](#)]
32. Bacigalupe, A.; Cabezas, A.; Bueno, M.B.; Martín, U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gac. Sanit.* **2020**, *34* (Suppl. 1), 61–67. (In Spanish) [[CrossRef](#)]
33. Willems, S.; Maesschalck, S.; Deveugele, M.; Derese, A.; Maeseener, J. Socio-Economic Status of the Patient and Doctor–Patient Communication: Does It Make a Difference? *Patient Educ. Couns.* **2005**, *56*, 139–146. [[CrossRef](#)]
34. Arber, S.; McKinlay, J.; Adams, A.; Marceau, L.; Link, C.; O'Donnell, A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Soc. Sci. Med.* **2006**, *62*, 103–115. [[CrossRef](#)]
35. Borkhoff, C.M.; Hawker, G.A.; Kreder, H.J.; Glazier, R.H.; Mahomed, N.N.; Wright, J.G. Influence of patients' gender on informed decision making regarding total knee arthroplasty. *Arthritis Care Res.* **2013**, *65*, 1281–1290. [[CrossRef](#)]
36. Courtenay, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Soc. Sci. Med.* **2000**, *50*, 1385–1401. [[CrossRef](#)]
37. Orueta, J.F.; Nuño-Solinis, R.; Mateos, M.; Vergara, I.; Grandes, G.; Esnaola, S. Monitoring the prevalence of chronic conditions: Which data should we use? *BMC Health Serv. Res.* **2012**, *12*, 365. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
38. Borrell, C.; Palència, L.; Muntaner, C.; Urquía, M.; Malmusi, D.; O'Campo, P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol. Rev.* **2014**, *36*, 31–48. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Shoukai, Y. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: A global study. *Transl. Psychiatry* **2018**, *8*, 98. [[CrossRef](#)]
40. Ortiz, A.; Murci, L. La indicación de no-tratamiento: Aspectos psicoterapéuticos. In *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación*; Retolaza, A., Ed.; Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid, Spain, 2009; p. 381.
41. Velasco, S. Evaluación del Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria: Trastornos Mentales Comunes, Fibromialgia y Dolor. 2015. Available online: <http://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2018/06/sindromes-malestar-completo-envio-MAQUETA.pdf> (accessed on 11 July 2020).
42. Gremillion, H. Unpacking essentialisms in therapy: Lessons for feminist approaches from narrative work. *J. Constr. Psychol.* **2004**, *17*, 173–200. [[CrossRef](#)]

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



UPV EHU