

Diferencias de género en el estrés y la salud de las personas mayores

M^a Concepción García Andrés
M^a Pilar Matud Aznar

Universidad de La Laguna
cgarci@ull.edu.es

Gender Differences in Stress and Health of the Elderly

ISSN 1989-7022

RESUMEN: El objetivo de este estudio es conocer si existen diferencias en función del género en el estrés informado por las personas mayores de 65 años y en la asociación entre el estrés y la salud. La muestra está formada por 602 personas (mitad mujeres y mitad hombres), mayores de 65 años que participaron voluntariamente. La edad media de los hombres es de 72,54 años ($DT = 5,74$) y la de las mujeres 72,85 ($DT = 5,97$), diferencias que no son estadísticamente significativas $t(600) = -0,64, p = .52$. El estrés y la salud fueron evaluados mediante cuatro instrumentos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en estrés crónico, informando las mujeres de más estrés que los hombres. Las correlaciones entre los distintos tipos de estrés con la salud física y mental evidenciaron que el género era una fuente de diferencias.

ABSTRACT: The objective of this study is to know if there are gender differences in stress reported by people over 65 and in the association between stress and health. The sample is made up of 602 people (half women and half men), over 65 years who participated voluntarily. The mean age of men is 72.54 years ($SD = 5.74$) and that of women 72.85 ($SD = 5.97$), differences that are not statistically significant $t(600) = -0.64, p = .52$. Stress and health were assessed using four instruments. Statistically significant differences were found between men and women in chronic stress, reporting women more stress than men. The correlations between different types of stress with physical and mental health also showed that gender was a source of differences.

PALABRAS CLAVE: Estrés, salud, mayores, género, satisfacción

KEYWORDS: Stress, health, elderly, gender, satisfaction

1. Antecedentes y estado actual del tema

En la actualidad, el envejecimiento es uno de los problemas sociales de mayor relevancia a nivel mundial, ya que en el siglo XX la población anciana aumentó siete veces, frente a la población total que solamente se duplicó. Este problema es muy importante en España donde, de acuerdo con las previsiones del IMSERSO (2012), el número de personas mayores de 65 años va a triplicarse entre el 2013 y el 2050. En las proyecciones hasta 2050 se asigna a España un 35% de personas mayores de 65 años, una de las más altas de Europa y del mundo, por detrás de Japón (36,5%) y por delante de Italia (34,4%), Eslovenia (34%) y Grecia (33,3%).

Si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, en España, el porcentaje de personas mayores de 65 años que en 2014 eran del 18,2% llegaría al 24,9% en el 2029, y al 38,7% en el 2064 (INE, 2014). En este país, la esperanza de vida al nacer es una de las más altas de la Unión Europea, con una media de 80 años para los hombres y 85 las mujeres. El proceso de envejecimiento de la población española se refleja en los datos

García Andrés, M^a Concepción; Matud Aznar, M^a Pilar: "Diferencias de género en el estrés y la salud de las personas mayores", en Rodríguez Delgado, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. ILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, n^o 26, 157-168

* Trabajo financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Referencia: PSI2015-65963-R (MINECO/FEDER, UE).



Received: 09/09/2017
Accepted: 28/11/2017

del INE de 2014, donde se encontró 8.442.427 personas de 65 años o más, el 18,1% del total de la población, con predominio femenino de un 34% más de mujeres (4.828.972) que de hombres (3.613.455) (Abellan & Pujol, 2015).

Según Naciones Unidas, nos encontramos en una revolución de la longevidad (CIL-BR Centro Internacional de Longevidad Brasil, 2015) que supone un proceso único e irreversible de la transición demográfica, que se traducirá en un gran aumento de la población de edad en todas partes. Para empezar a abordar estas cuestiones, la Asamblea General convocó en 1982, la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que produjo el "Plan Internacional de Acción de Viena sobre el Envejecimiento". Se pidió una acción específica sobre cuestiones tales como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores de edad avanzada, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de los ingresos y el empleo, la educación, y la recopilación y análisis de datos de la investigación (Villegas & Sancho, 2003).

Entre las propuestas del Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se encuentra: "*El fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable*" (Naciones Unidas, 2003, iv). La Organización Mundial de la Salud (2015) mantiene que se han de evitar los estereotipos negativos sobre las personas mayores, permitiéndoles que se adapten a los cambios sociales, potenciando su independencia para lograr una heterogeneidad en sus experiencias de vejez, independientemente de su nivel de salud. Frente al aumento de la esperanza de vida que se ha dado en la mayoría de países del mundo, se enfatiza la esperanza de vida saludable, donde haya calidad de vida (Matud, 2017a), Lo fundamental no es vivir más años, sino cómo nos gustaría y podremos vivirlos en términos de salud, bienestar e inserción social y cultural (Freixas, 2013).

Pero el envejecimiento es un proceso que conlleva importantes cambios y, con mucha frecuencia, también pérdidas lo que implica que es un periodo vital donde se presentan múltiples fuentes de estrés. Las personas mayores han de hacer frente al estrés de manera cotidiana para adaptarse saludablemente a esa nueva etapa del ciclo vital. Según Lazarus y Folkman, un aspecto central del estrés es la valoración cognitiva "*que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o un número determinado de relaciones entre la persona y su entorno es estresante*" (Lazarus y Folkman, 1986, 43). Las teorías del envejecimiento asocian el estrés en dos de sus formas, como causa y como efecto, se considera el estrés un aspecto que acelera el envejecimiento y, a su vez un efecto, porque en la edad avanzada se controlan mucho peor los cuerpos y mentes que en la juventud, un cuerpo y una mente anciana pueden funcionar bien en situaciones de normalidad, pero cuando son forzados se derrumban con mayor facilidad (Ramos, 2001).

En nuestra sociedad, el proceso de envejecimiento se encuentra sesgado por el género en diferentes aspectos. En la actualidad, en los países en desarrollo, la población media es de 88 hombres por 100 mujeres entre las personas de 60 años y más, y se proyecta un ligero cambio de esa cifra, que bajará a 87 hombres por cada 100 mujeres para mediados de siglo (Naciones Unidas, 2003). Pero la diferencia no es meramente una cuestión cuantitativa, sino que el envejecimiento tiene también sus rasgos diferenciales en cuestiones de género y sus marcas simbólicas en torno a la sexualidad, la belleza, los cuidados, el estrés, bienestar y afrontamiento femenino (Freixas, 2008). Los estudios que analizan los múltiples roles que desempeñan de manera cotidiana las mujeres, han identificado los efectos nocivos que producen la acumulación de cometidos diversos y simultáneos a los que se ven sometidas. Ante la ausencia de un apoyo sistemático y eficaz para poder cumplir todos los roles, se ha evidenciado un alto nivel de estrés para las mujeres (Barrett, 2005; Amoroso, Bosch, Carrasco, Fernández, & Moreno, 2003). Estos roles son más difíciles de modificar, por representar dentro del imaginario colectivo lo propio de las mujeres, *“la esencia de la feminidad es la entrega generosa, sin límites, el sacrificio, hacer felices a los demás para ser felices nosotras mismas”* (Freixas, 2013, 66).

Esta situación histórica se encuentra representada socialmente, y de forma reiterada, con un colectivo devaluado cuando, al identificar a la vejez, nos guiamos por los prejuicios sociales (Beauvoir, 1970/1983; Freixas, 1997; Durán, 2014). Butler (1969), describe el término edadismo (ageismo) como un estereotipo negativo, que discrimina a las personas ancianas por el hecho de ser viejas, llevando a considerarlas como un grupo social aparte relacionado siempre con atributos no deseados, como son la enfermedad, la dependencia, la fealdad, la pobreza o el aislamiento. Todo esto, puede crear una desigualdad doble, la de ser mayor y, además, mujer envejecida. Se ha planteado la necesidad de ofrecer nuevas alternativas inclusivas para transformar la realidad social y la vida de las mujeres, resituando el valor de su experiencia, puesto que una de las prioridades de la investigación gerontológica feminista, es la de encontrar imágenes que permitan *“una rica fuente de teoría generativa en la medida en que es comprometida, transformadora y reflexiva, que amplíe el estudio del envejecimiento hacia la necesidad humana del significado personal”* (Freixas, 2008, 42).

Aunque son muchas las investigaciones realizadas sobre el proceso estrés-salud, son varios los interrogantes aún no respondidos, entre los que se encuentran, el propio fenómeno de lo que constituye estrés. Y ello es aún menos estudiado en la vejez. Además, en las investigaciones realizadas en esta etapa vital, generalmente no se ha tenido en cuenta la relevancia que tiene el género en el proceso estrés-salud. Por

tanto, la novedad de la presente propuesta radica en analizar el estrés y su asociación con la salud de las personas mayores residentes en España, siguiendo una perspectiva de género. Nos planteamos responder fundamentalmente a dos objetivos: 1) Conocer si hay diferencias según el género en el estrés informado por las personas mayores; 2) determinar las asociaciones entre el estrés y la sintomatología mental de mujeres y hombres mayores de 65 años, analizando si hay diferencias en dicha asociación en función del género.

2. Metodología

Es un estudio exploratorio y transversal, que se ha diseñado conforme a una metodología cuantitativa, mediante la cumplimentación de tres cuestionarios y la realización de una hoja autoinformada de datos sociodemográficos y de salud.

Instrumentos

1.- Hoja de recogida de datos sociodemográficos y de estado de salud autoinformada (Matud, 1998). Formulario de recogida de información, en la que se pregunta por las principales variables sociodemográficas (edad, número de hijos/as, estado civil, nivel de estudios, profesión), así como por la salud autoinformada, el número de enfermedades actuales y el consumo de medicamentos.

2.- *Cuestionario de Salud General de Goldberg* (GHQ-28, Goldberg & Hillier, 1979). Prueba diseñada para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario, y en medios clínicos no psiquiátricos, que se centra en los componentes psicológicos actuales de mala salud. Consta de 4 subescalas, cada una formada por 7 ítems, denominadas síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

3.- *Inventario de sucesos vitales estresantes* (Matud, 2008) en su versión para personas mayores. Consta de 18 ítems que recogen la presencia o ausencia, durante el año anterior, de una serie de cambios y sucesos que se considera que son fuente de estrés, tales como cambios y sucesos de tipo familiar, de pareja, económico, o enfermedades y muerte de seres queridos.

4.- Cuestionario de *Estrés Crónico* (Matud, 1998). Instrumento de respuesta abierta, que trata de evaluar el estrés crónico. Consta de dos partes, en la primera se recogen los estresores de alta intensidad y en la segunda los de baja intensidad, pidiéndole

que valoren su gravedad, en una escala que va desde 1 (“poco importante”) a 3 (“muy importante”). Este instrumento permite, la evaluación cuantitativa y cualitativa del estrés percibido.

Participantes

La muestra la conforman 602 personas, mitad mujeres y mitad hombres, de la población general, mayores de 65 años. Sus edades están comprendidas entre los 66 y los 94 años, siendo la edad media 72,69 ($DT = 5,85$), la mediana 71 y la moda de 66. La edad media de los hombres es de 72,54 años ($DT = 5,74$) y la de las mujeres 72,85 ($DT = 5,97$), diferencias que no son estadísticamente significativas, $t(600) = -0,64$, $p = .52$.

En la Tabla 1 se muestran las principales *variables sociodemográficas* de la muestra. En ella podemos observar que más de la mitad están casadas/os y casi la cuarta parte han enviudado. Era menos frecuente que estuviesen divorciados/as (5,1%), solteras/os (4,5%) y separados/as (2,5%). Y solo el 1% manifiestan estar unidos/as como pareja de hecho. Respecto al *nivel de estudios* casi la mitad cuenta con un título de Graduado, EGB o ESO. Menos de la quinta parte (el 16,6%) no finalizaron los estudios básicos (16,6%) y un porcentaje similar (15,6%) realizaron estudios universitarios, el 9,3% diplomatura y el 6,3% licenciatura; y era menos frecuente que hubiesen cursado Formación Profesional (4,5% FP básica y 1,7% FP superior). Su categoría profesional también es heterogénea, con una cuarta parte de amas de casa (26,1%), casi otra cuarta parte tiene una profesión de tipo manual cualificado (24,6%), casi el 15% tiene un trabajo no manual, el 12,8% tienen profesiones para las que se requiere titulación universitaria (7,3% diplomaturas y 5,5% licenciaturas) y no llega al 2% el número de empresarios/as (1,7% pequeños empresarios y 0,2% grandes empresas).

	<i>n</i>	%
Estado civil:		
Soltera/o	27	4,5
Casad/o	377	62,6
Unida/o de hecho	7	1,2
Separada/o	15	2,5
Divorciada/o	31	5,1
Viuda/o	144	23,9
Sin dato	1	0,2
Nivel de estudios:		
Básicos sin terminar	94	15,6
Graduado/EGB/ESO	263	43,7
FPI	27	4,5
BUP/COU/Bachiller	90	15,0
FPII	10	1,7
Diplomado Universitario	56	9,3
Licenciado Universitario	38	6,3
Sin dato	24	4,0
Profesión		
Trabajo manual no cualificado	49	8,1
Trabajo manual cualificado	148	24,6
Trabajo no manual	89	14,8
Diplomados/as	44	7,3
Licenciados/as	33	5,5
Profesiones liberales y grandes empresarios	1	0,2
Amas de casa	157	26,1
Pensionista	54	9,0
Pequeño empresariado	10	1,7
Sin dato	17	2,8

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra

Procedimiento

El criterio de inclusión en el estudio fue ser mayor de 65 años, que se encontrase en plenas facultades mentales y aceptase participar voluntariamente. Tras informarle de las características del estudio y de la metodología seguida, se realizó el pase de pruebas, de forma autoaplicada o en forma de entrevista estructurada, en función del deseo de las personas

participantes. En todos los casos, se garantizó el anonimato de las personas, sin recoger datos que puedan permitir conocer su identidad. El acceso a la muestra se hizo a través de diferentes vías: Centros de mayores, organizaciones sin ánimo de lucro y de sus redes sociales. El presente estudio forma parte de una investigación más amplia sobre género y salud y fue informado positivamente por el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna.

Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa informático SPSS Statistics 24.0 para Windows.

3. Resultados

En la Figura 1 se muestra el número de sucesos y cambios vitales estresantes experimentados por mujeres y hombres durante el año anterior. Como puede observarse, es muy similar el número de sucesos informado por mujeres y hombres, oscilando el rango entre ninguno, de lo que informó el 17,4%, y ocho, lo que solo sucedió en un caso. Lo más frecuente es que informasen de haber experimentado dos (el 27,1%) o uno (el 24,6%). La media de sucesos informada por los hombres es de 1,98 ($DT = 1,52$) y la de las mujeres 2,04 ($DT = 1,62$), diferencias que no son estadísticamente significativas, $t(600) = -0,41$, $p = .68$.

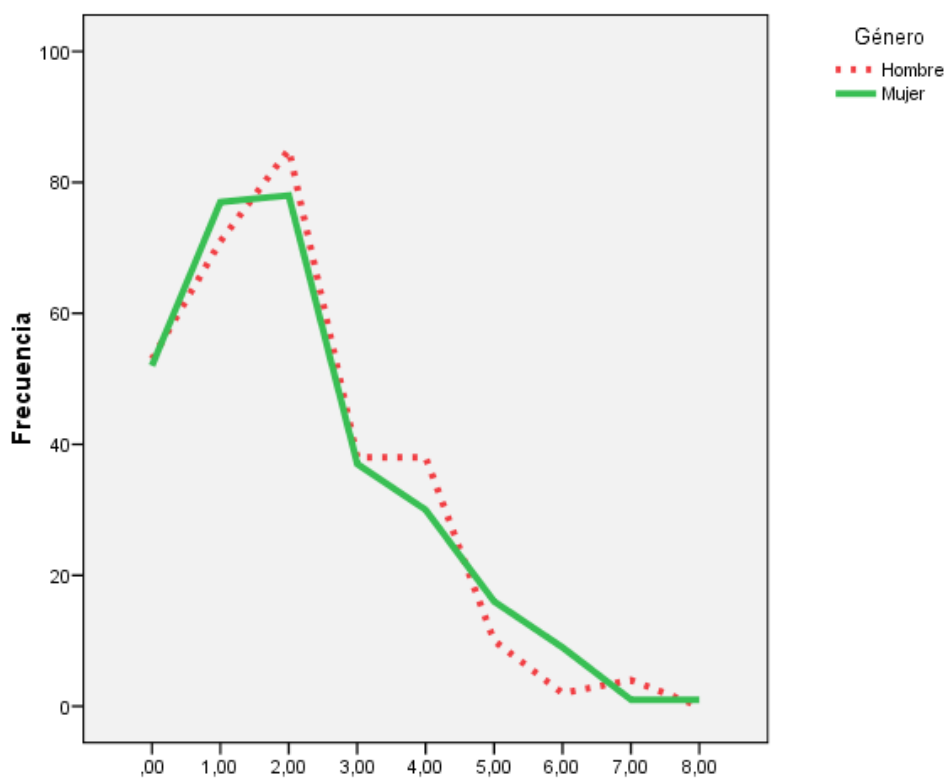


Figura 1. Número de sucesos y cambios vitales

En la Tabla 2, se muestran las medias, desviaciones típicas y comparaciones en el estrés crónico de mujeres y hombres. Como puede observarse, se dan diferencias estadísticamente significativas, si bien en el estrés crónico de alta intensidad las diferencias solo son marginalmente significativas. Como puede observarse en la Tablas 2, las mujeres informan de más estrés crónico, de baja y de alta intensidad que los hombres.

	Hombres		Mujeres		T-TEST	
	Media	DT	Media	DT	$t_{(600)}$	p
Alta intensidad	4,74	3,64	5,30	3,55	-1,89	.059
Baja intensidad	3,42	3,33	4,00	3,47	-2,07	.039

Tabla 2: Diferencias entre mujeres y hombres en estrés crónico de Alta y de Baja intensidad

En la Tabla 3 se muestran las asociaciones entre el número de sucesos y cambios estresantes y los distintos indicadores de salud. Como puede observarse, en los hombres, el número de sucesos y cambios vitales estresantes se asocia con todos los indicadores de salud, mientras que en las mujeres solo se asocia con la sintomatología mental; además, la magnitud de la asociación es un poco menor en las mujeres que en los hombres, si bien en ambos géneros la magnitud de los coeficientes de correlación es media o baja. Así, los hombres y las mujeres que han experimentado mayor número de sucesos y cambios vitales durante el año anterior tienen mayor sintomatología de ansiedad e insomnio, somática, depresiva y de disfunción social; además, los hombres también informan de mayor número de enfermedades, anteriores y actuales, y consumen más medicamentos.

	Hombres	Mujeres
Número de enfermedades anteriores	.27***	.06
Número de enfermedades actuales	.13*	.01
Número de medicamentos	.12*	-.03
Somáticos	.34***	.26***
Ansiedad e insomnio	.39***	.32***
Disfunción social	.33***	.16**
Depresión grave	.33***	.30***
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$		

Tabla 3: Coeficiente de correlación, en mujeres y hombres, entre el número de sucesos estresantes y los indicadores de salud

Las correlaciones entre el estrés crónico de alta intensidad y la salud se muestran en la Tabla 4. Como puede observarse, aunque la magnitud de los coeficientes de correlación es baja, en los hombres el estrés crónico de alta intensidad se asocia tanto con la sintomatología mental como con el número de enfermedades y el consumo de medicamentos, informando de peor

salud y más síntomas los que tienen más estrés. En las mujeres el estrés crónico de alta intensidad solo se asocia con sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio.

	Hombres	Mujeres
Número de enfermedades anteriores	.28***	.02
Número de enfermedades actuales	.16**	-.08
Número de medicamentos	.24***	-.04
Somáticos	.12*	.14*
Ansiedad e insomnio	.18**	.11*
Disfunción social	.14*	.08
Depresión grave	.15**	.19***
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$		

Tabla 4: Coeficiente de correlación, en mujeres y hombres, entre el estrés crónico de alta intensidad y los indicadores de salud

Las asociaciones entre el estrés crónico de baja intensidad y la salud se muestran en la Tabla 5. Como puede observarse, solo en los hombres se dan correlaciones estadísticamente significativas entre el estrés crónico de baja intensidad y algunas medidas de salud, si bien la magnitud de la asociación es baja. Así, los hombres que tienen más estrés de baja intensidad informan de consumir mayor número de medicamentos, de mayor número de enfermedades anteriores, de más sintomatología somática y de ansiedad e insomnio y de mayor disfunción social.

	Hombres	Mujeres
Número de enfermedades anteriores	.15*	.02
Número de enfermedades actuales	.08	-.07
Número de medicamentos	.17**	.01
Somáticos	.14*	.09
Ansiedad e insomnio	.14*	.11
Disfunción social	.12*	.05
Depresión grave	.10	.08
* $p < .05$; ** $p < .01$		

Tabla 5: Coeficiente de correlación, en mujeres y hombres, entre el estrés crónico de baja intensidad y los indicadores de salud

4. Conclusiones

El presente estudio ha evidenciado que el género es relevante tanto en el estrés experimentado como en la asociación entre el género y la salud de las personas mayores. Los resultados encontrados permiten concluir que, aunque no hay diferencias entre mujeres y hombres en el número de sucesos y cambios vitales estresantes, sí las hay en estrés crónico,

que es mayor en las mujeres que en los hombres mayores. También en otros estudios se ha encontrado más estrés en las mujeres que en los hombres (Ticona Santos y Siqueira, 2015). Pero el mayor estrés informado por las mujeres depende del tipo de estrés que se considere, al igual que se ha encontrado en otros estudios (Matud, 2017b).

También el género es relevante en la asociación entre el estrés y la salud. Aunque en ambos géneros la sintomatología mental se relaciona de manera significativa con el estrés, la relación es mayor para los hombres y, además, en estos también se asocia con la salud física, hecho identificado también por Segura y Pérez, que manifiestan que son diversas las situaciones en las que incide el estrés en cada una de las personas pero, en concreto, las condiciones de género se viven diariamente, de manera cotidiana y estereotipada, hecho que impide que nos percatemos de su impacto (2016).

5. Discusión

A través de este estudio hemos pretendido colaborar en la promoción de la igualdad de género, en consonancia con las recomendaciones propuestas por el INSTRAW (Instituto de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer) que surgió en 1976 con el objetivo de promover la igualdad de género y el papel de la mujer a nivel mundial a través de la investigación, la capacitación y la recogida y difusión de información.

Pese a los cambios sociales de las últimas décadas, aún prevalecen en nuestra sociedad las creencias estereotipadas y esencialistas sobre las diferencias entre mujeres y hombres, las cuales construyen un imaginario social en el que se otorga al hombre una posición superior a la mujer y que considera que ésta tiene peor salud mental que el hombre. Frente a tales creencias, nuestra apuesta se basa en la recogida y análisis de datos desde una perspectiva empírica que ha permitido constatar que, al menos en la vejez, aunque las mujeres informan de más estrés que los hombres, esto solo sucede en el estrés crónico, lo cual quizá sea consecuencia de que a las mujeres se les ha responsabilizado de las múltiples tareas del mundo doméstico y del cuidado de las demás personas. De los resultados del presente estudio también destaca que, en las mujeres, el estrés no se asocia con la enfermedad física y se asocia menos con la sintomatología mental que en los hombres. Ello cuestiona la supuesta “inferioridad femenina” y alerta de que, aunque construido socialmente como “el sexo fuerte”, también en los hombres el estrés supone una amenaza para su salud física y, sobre todo, mental. Los resultados del presente estudio son útiles para el diseño de políticas y estrategias para lograr una mayor igualdad de género y mayor salud y bienestar para mujeres y hombres.

Bibliografía

- Abellan, A., & Pujol, R. (2015): *Envejecimiento en red n.º10*, Informes Envejecimiento En Red 10, 27, Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf> (última consulta: 04.09.2017)
- Amoroso, M.I., Bosch, A., Carrasco, C., Fernández, H., & Moreno, N. (2003): *MALABARISTAS DE LA VIDA, Mujeres, tiempos y trabajos*. In ICAIRA (Ed.), ICARIA, Disponible en: <http://www.caladona.org/wp-content/pu-jats/2009/12/2003-malabaristas-de-la-vida-DONES-I-TREBALLS.pdf> (última consulta: 02.09.2017)
- Barrett, A.E. (2005): Gendered experiences in midlife: Implications for age identity, *Journal of Aging Studies*, 19, 163–183, Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.372.1449&rep=rep1&type=pdf> (última consulta: 02.09.2017)
- Beauvoir, S. De. (1983): *La Vejez*, Barcelona: Edhasa.
- Butler, R.N. (1969): Age-Ism: Another form of bigotry, *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- CIL-BR Centro Internacional de Longevidad Brasil (2015): *ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Disponible en: <http://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/> (última consulta: 04.09.2017)
- Durán, M.A. (2014): *Las personas mayores en la economía de Euskadi* (Gobierno V), Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/elkargune_2014/es_def/adjuntos/PERSONASMAYORESENLAECONOMIAEUSKADI.pdf (última consulta: 02.09.2017)
- Freiras, A. (1997): Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias, *Anuario de Psicología*, 73, 31–42.
- Freixas, A. (2008): La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista, *Anuario de Psicología*, 39, 41–57.
- Freixas, A. (2013): *Tan fresca. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*, Barcelona: Paidós.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979): A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9, 139–145.
- IMSERSO. (2012): INFORME 2010: *Las Personas Mayores en España* (Tomo I) Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas, IMSERSO, Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-informe-personas-mayores-vol1-2008.pdf> (última consulta: 02.09.2017)
- INE (2014): *Proyección de la Población de España 2014–2064*, Notas de prensa, Instituto Nacional de Estadística, 28 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf> (última consulta: 02.09.2017)
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*, España: Ediciones Martínez Roca.
- Matud, M.P. (1998): *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Gran Canaria: Instituto Canario de la mujer.
- Matud, M.P. (2008): *Género, estrés y salud: estudio de su asociación y del papel de los medios de comunicación como transmisores de los roles de género tradicionales*, In Proyecto de investigación, La Laguna: Universidad de La Laguna.
- Matud, M.P. (2017a): *Gender and Health, Gender Differences in Different Contexts*, Ph.D. Aida Alvinus (Ed.), In Tech, DOI: 10.5772/65410. Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/gender-differences-in-different-contexts> (última consulta: 02.09.2017)
- Matud, M.P. (2017b): *Género y salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de mujeres y hombres*. La Laguna: Latina. Disponible en: <http://cuadernosartesanos.org/Psicologia/2017/cdp05.pdf> (última consulta: 01.09.2017)
- Naciones Unidas. (2003): *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, In Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002, Nueva

- York, Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf> (última consulta: 04.09.2017)
- Organización Mundial de la Salud. (2015): *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf (última consulta: 02.09.2017)
- Ramos, F. (2001): Salud y calidad de vida en las personas mayores, *Tabanque: Revista pedagógica*, 16, 83-104, Disponible en: [file:///C:/Users/profe/Downloads/Dialnet-SaludYCalidadDeVidaEnLasPersonasMayores-743587%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/profe/Downloads/Dialnet-SaludYCalidadDeVidaEnLasPersonasMayores-743587%20(1).pdf) (última consulta: 02.09.2017)
- Segura, R.M. & Pérez I. (2016): Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género, *Alternativas psicológicas*, 36, 105-120, Disponible en: <http://www.alternativas.me/attachments/article/138/Impacto%20diferencial%20del%20estr%C3%A9s%20entre%20hombres%20y%20mujeres.pdf> (última consulta: 02.09.2017)
- Ticona Benavente, S.B., Santos Monteiro, E.M., & Siqueira Costa, A.L. (2015): Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia, *Aquichan*. 15(1), 9-20. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.2 Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4001/3753> (última consulta: 02.09.2017)
- Villegas, M., & Sancho, M.T. (2003): *Naciones Unidas y Envejecimiento*, BOLETÍN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO PERFILES Y TENDENCIAS, 7, 1-19, Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/boletinopm7.pdf> (última consulta: 02.09.2017)