

LOS MECANISMOS DE DEFENSA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD

DEFENSE MECHANISMS FROM A GENDER PERSPECTIVE AND ITS IMPACT ON HEALTH

Eva Izquierdo-Sotorrío

Psicóloga Sanitaria

Máster en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Máster en Mujer y Salud por la Universidad Complutense de Madrid

Doctoranda en Psicología de la Salud por la Universidad Nacional Educación a Distancia

Resumen: La presente revisión bibliográfica refleja la evidencia científica existente sobre la diferencia entre hombres y mujeres en el uso de los mecanismos de defensa, así como las posibles causas teorizadas de la misma. Por otro lado, se describe la influencia diferencial de cada tipo de afrontamiento sobre la salud mental encontrada en la literatura. Finalmente, se hacen algunas sugerencias para, dentro de la práctica clínica, mejorar la evaluación y diseño de un programa terapéutico, que considere lo expuesto y se adapte a las características particulares de nuestros y nuestras pacientes.

Palabras clave: mecanismos de defensa, género, sexo, perspectiva de género, salud mental, sintomatología psicológica y estrategias de afrontamiento

Abstract: The present bibliographic research shows the existent scientific evidence about men and women differences in their usage of defense mechanisms, as well as the theorized causes for it. On the other hand, the differential influence of each coping strategy on mental health found in literature is discussed. Finally, some suggestions are given on how to improve, within the clinical practice, our evaluation and designing of therapeutic programs, for them to consider the information aforementioned and to be adapted to the specific characteristics of our female and male patients.

Keywords: defense mechanisms, gender, sex, gender perspective, mental health, psychological symptoms and coping strategies

INTRODUCCIÓN

"Todo depende de cómo vemos las cosas y no de como son en realidad" Carl Jung

"No se nace mujer, se llega a serlo" Simon de Beauvoir.

El interés en la realización de la presente revisión bibliográfica surge de la observación durante la práctica clínica de diferencias entre hombres y mujeres a la hora de enfrentarse en su vida diaria a los estresores que se encuentran en su entorno. Esto plantea la pregunta de si verdaderamente hombres y mujeres utilizan patrones de afrontamiento y defensa diferentes ante las mismas situaciones y circunstancias, si es debido a razones de sexo o de género y cómo estas diferencias pueden estar influyendo en la salud mental de unos y otras.

Objetivo del trabajo

El objetivo del documento que aquí se presenta es dar una idea de la información que existe en la literatura científica sobre la diferencia entre hombres y mujeres en el uso de los mecanismos de defensa y a qué es debida dicha diferencia, así como su influencia diferencial sobre la salud mental.

MÉTODO DE LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS PRIMARIOS

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica a lo largo de los primeros meses de 2014 en PsycArticles y PsycINFO utilizando los descriptores: mecanismos de defensa, género, sexo, salud mental, sintomatología psicológica y estrategias de afrontamiento; tanto en inglés como en español. Los registros obtenidos oscilaron entre 95 y 19 tras la combinación de las diferentes palabras clave. Se realizó, también, una búsqueda en internet en "google académico" con los mismos términos. Otra base documental utilizada fue la proporcionada por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia durante los cursos que forman parte del Máster en Psicoterapia Breve. Se seleccionaron aquellos documentos que informaban sobre los aspectos que relacionan los mecanismos de defensa con el sistema sexo/género y la salud mental.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Salud mental

Existen múltiples definiciones de la salud mental, en este trabajo nos centraremos en la propuesta por la Organización Mundial de la Salud y de la medicina psicosomática. La OMS (1947) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1947). Asimismo, especifica que la salud mental es un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo, del sujeto en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes (OMS, 1962). Es un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede

trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por este motivo, la salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

En cada contexto cultural la salud mental se concibe de forma diferente, lo que en un lugar es sano en otra puede interpretarse como algo infrecuente o incluso inaudito. Estas diferencias son aún mayores cuando se analizan situaciones con una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992). Estos motivos reflejan la dificultad que entraña la realización de una definición única de la salud mental. Sin embargo, se admite y comparte que es un concepto más amplio que la ausencia de trastornos mentales y se entiende que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la percepción de autoeficacia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS, 2001).

Por último, hay que tener presente que no todos los casos de malestar son trastornos mentales. Las personas pueden sentirse angustiadas pero si no se satisfacen unos criterios mínimos el malestar y disfuncionalidad no puede diagnosticarse un trastorno mental (OMS, 2001). Sin embargo, que el malestar de las personas no sea diagnosticable, no quiere decir que las personas no sufran, no requieran atención y cuidados o no se encuentren en riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Por otro lado, atendiendo a la definición de la OMS (1962), un buen estado de salud mental no consistiría sólo en la ausencia de enfermedad o sintomatología, sino que tendría que ir unido a aspectos más amplios del bienestar, como pueden ser la autonomía, la satisfacción o la autoeficacia.

La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales y no hay una clara línea de demarcación entre ellos. Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, repercuten en todos los demás niveles (Lipowski, 1988). Por lo tanto, la salud mental está directamente ligada a la salud física y la salud social, esta última entendida como la habilidad de interaccionar apropiadamente con la gente y el contexto, satisfaciendo las relaciones interpersonales; y no sería posible marcar unos límites exactos entre unas y otras de dichas áreas. Así pues, la promoción, mantenimiento y tratamiento de una de las facetas de la salud repercutirá siempre en las otras.

Modelo procesual del estrés.

Con el fin de poner en relación las variables que intervienen en el objetivo de este documento, nos basaremos en el modelo procesual del estrés, propuesto por Lazarus (1986) y modificado por Sandín (1999) cuyos componentes se pueden ver en la figura 1 y que se describen a continuación.

3. Respuestas de estrés:

- a) Fisiológicas: sistema neuroendocrino y sistema nervioso.
- b) Emocionales: como pueden ser las respuestas de ansiedad o tristeza.

4. Estrategias de afrontamiento y mecanismos de defensa: son los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente a las demandas estresantes y/o malestar emocional.

5. Apoyo social: los aspectos principales serían el apoyo social individual, las redes sociales y el apoyo social institucional y comunitario, esto último dependiente en la mayoría de los casos del nivel socio-económico.

6. Variables disposicionales: Incluyen aspectos como la personalidad, aspectos hereditarios, el sexo, la raza, la resiliencia, el género, etc.

7. Estatus de salud: resultado final del proceso de estrés, incluyendo las consecuencias orgánicas y psicológicas.

- a) Fisiológicas: cambios neuroendocrinos y /o inmunológicos.
- b) Psicológicas: cambio emocional (ansiedad, depresión, hostilidad, etc.).
- c) Combinación de ambos: somatizaciones.
- d) Salud social.

Mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento

El trabajo en los mecanismos de defensa (a partir de ahora MD) fue promovido por A. Freud (1936/62) con su texto "El Ego y los mecanismos de defensa" publicado hace más de 75 años. Estos son considerados como componentes cruciales en la capacidad de mantener la homeostasis emocional (Bowins, 2004). Los MD se conciben, en ese primer momento, como las estrategias emocionales que se usan inconscientemente para afrontar la ansiedad que surge de los pensamientos y sentimientos inaceptables (Freud, 1959).

Las formas en que los individuos intentan dar respuesta al estrés y la adversidad han sido un tema central de la Psicología. En sus inicios, como ya se ha mencionado, dentro de la orientación psicodinámica, recibieron el nombre de MD. En los años sesenta se empieza a utilizar el término afrontamiento para referirse a los MD maduros que favorecen la adaptación del individuo, pero son Lazarus y sus colaboradores quienes popularizan definitivamente el término y lo desligan de la tradición psicoanalítica (Parker & Endler, 1996). Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis (1986) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente

cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” y establecen dos grandes modos de afrontamiento según los esfuerzos se centren en la situación estresante o en las emociones generadas por la misma.

De acuerdo con Cramer (1998) los MD tienen 6 características definitorias:

- Operan, normalmente, de forma inconsciente,
- operan para proteger la autoestima conservando los pensamientos, impulsos y deseos fuera de la consciencia,
- funcionan protegiendo a la persona de experimentar una ansiedad excesiva,
- son parte del funcionamiento normal de la personalidad,
- pueden llevar a una patología si uno o más de uno se usa en exceso
- y se distinguen unos de otros.

Los mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento, conceptualizados como una disposición conductual para hacer frente al estrés de la vida y las situaciones adversas, son importantes bloques de construcción de la personalidad adulta y son integrales para el funcionamiento social-emocional (Carver & Connor-Smith, 2010; McCrae & Costa, 2003). De esta manera, el afrontamiento y los mecanismos de defensa son críticos respecto a la manera en que las personas lidian con los retos de la vida diaria en la vida adulta y para el desarrollo de logros a largo plazo (Costa, Zonderman, & McCrae, 1991).

Así pues, los mecanismos de defensa (o las estrategias de afrontamiento) son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo (DSM IV). El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento y, por lo tanto, los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas, ya sean de origen interno y/o externo.

El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg & Lewis, 1994). Dentro de esta concepción, las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (evaluación primaria) y de los recursos con que se cuenta para hacerle frente (evaluación secundaria). Por otra parte, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro. La funcionalidad vendría determinada por el tipo de situación en la que se aplique. El estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas.

A partir de los trabajos originales de Lazarus y su equipo, se han propuesto varios modelos sobre el afrontamiento. Por ejemplo, algunos han cuestionado la concepción del afrontamiento como un proceso continuamente cambiante y fuertemente determinado por el proceso de evaluación cognitiva. Desde este planteamiento se han concebido los estilos de afrontamiento como patrones de conducta relativamente estables que pueden ser vistos como características de personalidad que interactúan con el ambiente (Endler & Parker, 1990). Otros han propuesto clasificaciones alternativas de las estrategias de afrontamiento; así, la propuesta por Moos (Ebata & Moos, 1994; Moos & Schaefer, 1993) distingue entre un estilo de afrontamiento de aproximación al problema, pudiendo ser ésta conductual o cognitiva, y un estilo de afrontamiento de evitación. A diferencia de la propuesta de Lazarus, el primer estilo de afrontamiento sería funcional, facilitando el ajuste del individuo, mientras el estilo de evitación sería disfuncional, aumentando la probabilidad de que apareciesen problemas físicos y psicológicos. El afrontamiento desempeña un papel de importante mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2008).

Los investigadores que se centran en todo el ciclo vital a menudo han adoptado una visión más amplia (Folkman, 1991). Esta visión tiene sus raíces en los modelos de psicología del yo (Freud, 1959; Hartmann & Rapaport, 1958) y enfatiza el rol del afrontamiento y los mecanismos de defensa como disposiciones comportamentales relevantes en la autorregulación, ajuste y adaptación (Cramer, 2008; Diehl, Coyle y Labouvie-Vief, 1996).

A la hora de para distinguir entre MD y afrontamiento el criterio más aplicado ha sido el nivel de consciencia, intencionalidad y adaptabilidad (Cramer, 2008). Así, las estrategias de afrontamiento tienden a verse como más conscientes, intencionales y más adaptativas, mientras que los MD se ven como no conscientes, inintencionales y potencialmente maladaptativos (Costa, Zonderman & McCrae, 1991; Cramer, 2008).

Aunque el debate sobre estas características diferenciales y la naturaleza del afrontamiento y los MD no está completamente asentada (Newman, 2001), parece haber un consenso razonable en las distintas áreas de investigación en psicología en relación a algunos puntos importantes (Cramer, 2008):

- Primero, el afrontamiento y los MD van unidos a una variedad muy amplia de conductas humanas, incluidos procesos cognitivos, como memoria, toma de decisiones y relaciones interpersonales (Jacoby, Lindsay & Debner, 1992). En particular, es ampliamente aceptado

que los MD y el afrontamiento maduro van asociados con procesos cognitivos más complejos, un nivel alto de reflexividad, una conducta de planificación y relaciones interpersonales más plenas y menos conflictivas (Blanchard-Fields, Mienaltowski y Seay, 2007).

- Segundo, el afrontamiento y los MD representan procesos dinámicos y multidimensionales (Folkman, 1991).
- Tercero, merece la pena el estudio de su desarrollo a lo largo de la vida para poder comprender su cronología y como los individuos responden a diferentes retos asociados con situaciones de estrés y adversidad en las diferentes fases de su vida (Costa et al., 1991; Cramer, 2008).

Valliant (1977) sugirió un desarrollo jerárquico del afrontamiento y los MD que va de inmaduros, neuróticos y maladaptativos (negación, proyección y distorsión) a maduros y adaptativos (sublimación, supresión, humor y altruismo).

La investigación sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y personalidad, más en concreto el estudio de las influencias de las características de personalidad en los procesos de afrontamiento (Suls, David y Harvey, 1996), ha llevado a establecer diferencias entre dos conceptos que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento.

Para Fernández-Abascal (1997), los estilos de afrontamiento hacen referencia a predisposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dentro de un mismo individuo dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Por otro lado, el estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés interpersonal es un área de interés fundamental en la salud mental. Una buena adaptación al medio, que cuente con adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera como un factor básico de salud mental. En este sentido, los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone

una persona, y que utiliza de forma habitual, pueden suponer bien un facilitador, o bien un obstáculo, para la interacción con los otros, es decir, para relacionarnos de forma efectiva con los demás.

En el presente documento nos centraremos en los mecanismos de defensa, frente al afrontamiento, casi en su totalidad conceptualizados siguiendo el listado de la APA (2002), aunque en la mayoría de los estudios que se mencionan en este documento no se hace una clara distinción entre afrontamiento y MD. Estos mecanismos de defensa han sido divididos conceptual y empíricamente por la APA para que el clínico/a reconozca los MD que mejor reflejan las estrategias de afrontamiento empleadas por un individuo durante su evaluación. Los MD se dividen en grupos denominados niveles de defensa (DSM IV):

Nivel adaptativo elevado. Este nivel de MD da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten tener conciencia de los sentimientos, las ideas y sus consecuencias. También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son:

- **Afiliación:** acudiendo a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás.
- **Altruismo:** dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás. A diferencia del autosacrificio, a veces característico de la formación reactiva, el individuo obtiene una gratificación bien de tipo vicariante, bien por las repuestas de los demás.
- **Anticipación:** experimentando reacciones emocionales antes de que se produzcan o bien anticipando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros, y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.
- **Autoafirmación:** expresando directamente sus sentimientos o pensamientos de forma no coercitiva ni manipuladora.
- **Autoobservación:** reflexionando sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actuando de acuerdo con ellos.
- **Sentido del humor:** haciendo hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes.
- **Sublimación:** canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (por ej., deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos).
- **Supresión:** evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar.

Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos). Los MD en este nivel permiten que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Algunos ejemplos:

- **Abstención:** empleando palabras o comportamientos con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones.
- **Aislamiento afectivo:** separando las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas. El individuo se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (por ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (por ej., detalles descriptivos).
- **Desplazamiento:** reconociendo o generalizando un sentimiento o una respuesta a un objeto hacia otro habitualmente menos importante.
- **Disociación:** mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia, memoria, percepción de uno mismo o del entorno, o con comportamiento sensorial/motor.
- **Formación reactiva:** sustituyendo los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este MD suele actuar en simultaneidad con la represión).
- **Intelectualización:** generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar.
- **Represión:** expulsando de su conciencia o no dándose por enterado/a cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.

Nivel menor de distorsión de las imágenes. Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Por ejemplo:

- **Devaluación:** atribuyendo cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.
- **Idealización:** atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.
- **Omnipotencia:** pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.

Nivel de encubrimiento. Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas. Por ejemplo:

- **Negación:** negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término negación psicótica se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.
- **Proyección:** atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.
- **Racionalización:** inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Nivel mayor de distorsión de las imágenes. Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Por ejemplo:

- **Fantasía autista:** mediante fantasías excesivas que sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más eficaz o la resolución de los problemas.
- **Identificación proyectiva:** atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar.
- **Polarización:** viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas o negativas de cada uno. Al no poder experimentar simultáneamente afectos ambivalentes, el individuo excluye de su conciencia emocional una visión y unas expectativas equilibradas de sí mismo y de los demás. A menudo, el individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo: otorga cualidades exclusivamente amorosas, poderosas, útiles, nutritivas y bondadosas, o exclusivamente malas, odiosas, coléricas, destructivas, repelentes o inútiles.

Nivel de acción. Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Por ejemplo:

- **Agresión pasiva:** mostrando agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás detrás de la que en

realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos. Los mecanismos de agresividad pasiva suelen emerger como respuesta a las demandas de ejecución o cumplimiento independientes, o bien a la falta de gratificación de deseos dependientes, aunque también son una forma de respuesta adaptativa en individuos que ocupan cargos subordinados y que no tienen otro modo de expresar su autoafirmación más abiertamente.

- **Comportamiento impulsivo (*acting out*):** actuando el deseo en vez de dar cabida a reflexiones o sentimientos. Esta definición es mucho más amplia que el concepto original, que se limita a los sentimientos o deseos transferenciales surgidos durante las sesiones de psicoterapia, ya que pretende incluir los comportamientos que emergen tanto dentro como fuera de la transferencia. El concepto de “*acting-out* defensivo” no es sinónimo de “mal comportamiento”, puesto que puede probarse que se relaciona con conflictos emocionales.
- **Quejas y rechazo de ayuda:** quejándose o haciendo una demanda de ayuda que esconde sentimientos encubiertos de hostilidad o resentimiento hacia los demás y que luego se expresa en forma de rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda. Las quejas o demandas pueden hacer referencia a síntomas físicos, psicológicos o problemas de la vida diaria.
- **Retirada apática:** retirándose en vez de enfrentarse, sin dar muestras de cambios en sus sentimientos.

Nivel de desequilibrio defensivo. Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de la defensa para contener las reacciones del individuo frente a las amenazas, lo que conduce a una marcada ruptura con la realidad objetiva. Por ejemplo:

- **Distorsión psicótica:** evidenciándose una alteración en la capacidad de discernimiento o en el juicio del individuo acerca de la realidad.
- **Negación psicótica:** teniendo lugar una total afectación de la capacidad para captar la realidad. Por ejemplo, se manifiesta una negación de sus órganos o de su propio cuerpo.
- **Proyección delirante:** ocurriendo una deformación o una falsa imagen de la realidad.

Sexo y género

El sistema sexo-género no solo tiene importancia a la hora de explicar un rango muy amplio de manifestaciones de muy diversa índole, sino que influye tanto en la salud desde la relación entre ambos aspectos, como en la prevención y tratamiento de patologías. En este trabajo, siguiendo definiremos el sexo como las características biológicas, a diferencia del género que no es una característica que exista a priori sino que serían normas y expectativas sociales que los individuos

interiorizan a lo largo de la vida, también se referiría al sentimiento psicológico que una persona tiene sobre si es varón o hembra, lo que incluye los modos de comportamiento que una sociedad específica diseña y espera de uno u otra.

Así, en este texto, nos referiremos en ocasiones a la distinción de rasgos masculinos y femeninos que en investigación hacen algunos instrumentos de medida diferenciando entre instrumentalidad y expresividad. Los rasgos instrumentales y expresivos se han visto habitualmente como equivalentes o representativos de los rasgos de masculinidad y feminidad, respectivamente (Bem, 1974), aunque existe un cierto disenso respecto a esta supuesta conexión. La forma en que estos rasgos se han conceptualizado ha evolucionado a lo largo del tiempo, las escalas, que se diseñaron en un principio para medir masculinidad y feminidad, se consideran ahora evaluadoras de un grupo de rasgos más específicos, denominados instrumentalidad y expresividad.

Constantinople (1973) cuestionó la unidimensionalidad del género y ofreció en su lugar una visión bidimensional de masculinidad-feminidad. Desde este momento, una nueva perspectiva de género emergió considerando que la feminidad y la masculinidad no eran necesariamente extremos opuestos de un continuo, sino constructos separados e independientes. De acuerdo con esta perspectiva, la masculinidad y la feminidad serán características que las personas desarrollan independientemente de su sexo y biología; aquellas personas que son capaces de desarrollar las cualidades tanto masculinas como femeninas serán las más completas. Esta perspectiva multifactorial ve a mujeres y varones mucho más heterogéneos y diversos que las perspectivas que la precedieron. Se podría decir que estos rasgos han evolucionado dentro de un marco sociocultural y que se han visto afectados directamente por los cambios que han tenido lugar en las últimas décadas. Entre estos cambios, quizás el más notorio sea la incorporación de las mujeres al mundo laboral.

Los términos instrumental y expresivo, propuestos por Parsons y Bales en 1955, hacen referencia a rasgos psicológicos asociados de forma diferencial con cada sexo en un grupo cultural específico y que son estables en los análisis transculturales. Bajo la denominación de instrumentalidad tenemos características como: asertividad, actividad, competitividad y agresividad, que se han asociado prototípicamente con los varones, mientras que el concepto de expresividad representa rasgos como: sensibilidad, ternura, ansiedad y sociabilidad, que han caracterizado típicamente a las mujeres.

Según Twenge (1997), mientras que tanto mujeres como varones han incrementado el número de rasgos instrumentales en las pasadas décadas, las mujeres han mostrado un incremento mucho mayor de los mismos alcanzando en ocasiones los mismos niveles que los varones y al mismo tiempo han mantenido más características expresivas.

En contraste con los cambios que las vidas de las mujeres han sufrido en el mundo occidental en los últimos años, muy relacionados con la incorporación a la vida pública y laboral, los varones no han experimentado una transición similar desde la vida pública a una dedicación más exclusiva al hogar y la familia, tradicionalmente roles femeninos. A pesar de algunos avances en esta dirección, las mujeres continúan siendo quienes asumen la mayor parte de la responsabilidad de las tareas domésticas y cuidados de niños/as y ancianos/as (fenómeno conocido como doble jornada) (Collado, Fernández y Clemente, 2004).

Diferencias entre hombres y mujeres en mecanismos de defensa

En cuanto al género, los datos encontrados varían de unos estudios a otros, aunque presentan cierto grado de coincidencia. Mientras las diferencias se han señalado de forma regular en la literatura, existe muy poco consenso sobre el tipo de variación que existe entre ambos sexos. Esto puede ser debido a la variedad de instrumentos utilizados en las investigaciones (Petraglia, Thygesen, Lecourse & Drapeau, 2009).

Algunas diferencias en la forma de afrontar los problemas entre chicos y chicas podrían ser sintetizadas con el título de un artículo de Frydenberg y Lewis (1993): “los chicos hacen deporte y las chicas se orientan hacia otros”. Los datos apuntan a una realidad un poco más compleja, pero en muchos casos coinciden con esa afirmación. Según estos autores, las chicas parecen preocuparse más que los chicos (perciben un mayor número de eventos como estresantes y amenazantes, especialmente los procedentes del ámbito interpersonal y familiar), utilizan por término medio más estrategias de afrontamiento y tienen predilección por el apoyo social y el hacerse ilusiones. Por el contrario, los chicos ignoran más los problemas, utilizan más la distracción física y la búsqueda de diversiones relajantes y, cuando los problemas son inevitables, los intentan solucionar por ellos mismos, sin buscar tanto el apoyo de otros. Este afrontamiento directo se realiza en muchas ocasiones de forma agresiva.

Se ha sugerido que las mujeres encuentran más dificultad para expresar la agresión externamente y por ello son más dadas a volverla contra ellas mismas y sostenerse en defensas que modifican los pensamientos y sentimientos internos. En contraste los hombres dependen más de defensas que localizan el conflicto en el mundo exterior (e.g. la proyección). Aunque estos resultados están lejos de ser sistemáticos y varían de una muestra y metodología a otra como ya se ha indicado anteriormente (Furnham, 2012).

Múltiples investigaciones obtienen datos que sostienen que las mujeres y hombres europeos y americanos difieren significativamente en la forma en que usan los mecanismos de defensa y los de afrontamiento (Diehl et al., 1996; Labouvie-Vief, Hakim-Larson & Hobart, 1987). Por ejemplo,

Labouvie-Vief en al. (1987) señalan que las mujeres son más dadas que los hombres a utilizar mecanismos en contra del self, de búsqueda de apoyo social y estrategias de escape-evitación. De la misma manera, Diehl y colaboradores (1996) encontraron que las mujeres declaraban un mayor uso de mecanismos de defensa en contra de su self y tolerancia a la ambigüedad o duda comparadas con los hombres, donde los hombres puntuaban más alto en los mecanismos de proyección y formación reactiva. Estos hallazgos sugieren que los hombres parecen ser más dados a usar estrategias de afrontamiento y mecanismos de defensa más externalizantes y que las mujeres tienden a reaccionar de formas más internalizantes.

Cramer, (1979) en estudios con adultos encontró que hombres y mujeres difieren en la elección de los MD en concordancia con la teoría de Erickson: los chicos tienden a externalizar y las chicas a internalizar. Ambos usan las defensas de intelectualización y racionalización en un grado significativo. Los datos sugieren que las elecciones de MD relacionadas con la diferencia de sexo son más fuertes en el periodo adolescente.

El mismo Cramer (1987) encontró, en otro estudio, que las mujeres puntúan significativamente más alto en defensas internalizadoras (negación e identificación) mientras que los hombres usaban defensas externalizadoras (proyección). Aunque estudios posteriores no han podido replicar con exactitud estos resultados.

Por otro lado, Diehl y sus colaboradores (2014) encuentran también diferencias en el uso de afrontamiento y MD entre hombres y mujeres, a lo largo del periodo adulto y comparadas con los hombre, las mujeres refieren usar más la sublimación, la supresión y la racionalización y menos la intelectualización; lo que parece acorde con los estudios que dicen que las mujeres tienden a utilizar más MD internalizadores que los hombres. También hallan que unos y otras cambian en formas muy similares y tienden a ser más similares que diferentes.

Barrón y colaboradores (2002), encuentra que, en cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. Hay alguna evidencia en la literatura que denota que los hombre usan más la regulación emocional en situaciones conflictivas (Petraglia et al., 2009). Al menos un estudio halla que los hombres y las mujeres perciben las situaciones emocionales basadas en sus roles de género (Plant, Hyde, Keltner & Devine, 2000) lo que puede afectar a la elección defensiva. En esta línea que se basa en los roles de género, Petraglia et al. (2009) hallaron que los hombres usan más la supresión, el aislamiento, la devaluación y la omnipotencia, mientras que las mujeres usaban más la afiliación.

En consonancia con los roles de género que son prevalentes, las mujeres utilizan más que los varones el estilo de relación con los demás, según varios autores (Frydenberg & Lewis, 1991; Plancherel, Bolognini & Halfon., 1998). Además, buscan menos ayuda profesional, muestran menos habilidad para enfrentarse a los problemas y utilizan un mayor repertorio de estrategias que los varones. Los varones utilizan la distracción física, ignorar el problema y reservarlo para sí con mayor frecuencia que las mujeres, como observaron Frydenberg y Lewis (1999). La estrategia que más utilizan ambos sexos es buscar diversiones relajantes, predominando en las mujeres.

Aunque no está claro hasta que punto hay diferencias en la evolución del afrontamiento y los MD entre hombre y mujeres a lo largo de la vida, existen dos hipótesis en la literatura sobre personalidad (Helson et al., 2002). La primera dice que no habrá diferencias entre ambos grupos. La segunda asume que las diferencias entre sexos que se han hallado en muestras europeas y americanas en las primeras etapas de la vida desaparecen en la etapa adulta. Tanto Helson y Moane (1987), como Hann y Joffe (1977) refieren hallazgos longitudinales que muestran que las mujeres que cambian de forma positiva en su edad adulta temprana y media muestran un descenso en feminidad y un incremento en independencia, asertividad social e intelectualidad, es decir, un descenso en sus rasgos expresivos y un aumento en sus rasgos instrumentales. A la inversa, Hann y Joffe (1977) refieren hallazgos que muestran que en los hombres que experimentan cambios en su mediana edad, a menudo, estos cambios están relacionados con una reevaluación de la asertividad y las conductas de dominación, así como la adopción de conductas autoreflexivas y de cuidados (Hann, Millsap y Hartka, 1986), es decir con un aumento de sus rasgos expresivos.

Según Frydenberg y Lewis (1994), en el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento, que determina las estrategias situacionales. Los resultados de otras investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento en función de la edad y el género en adolescentes son contradictorios (Mullis y Chapman, 2000). Algunas de las investigaciones consultadas muestran que el adolescente utiliza una jerarquía de estrategias para enfrentarse a los problemas específicos (Frydenberg y Lewis, 1994) y que con la edad aumenta su repertorio (Williams & McGillicuddy, 2000). Se señala la existencia de diferencias de género, en el estilo focalizado en la emoción que estaría más asociado a las mujeres (Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995; Plancherel et al., 1998), pero que se relaciona con un mayor bienestar psicológico en los varones (Parsons, Frydenberg & Poole, 1996; Ficková, 1998). El estilo focalizado en el problema parece estar asociado a un mayor bienestar en ambos sexos (Seiffge-Krenke & Shulman, 1990).

Mecanismos de defensa y género como posibles factores protectores o de riesgo de la salud mental

Se ha reflexionado mucho sobre los factores específicos que influyen en el desarrollo y maduración de los mecanismos de defensa usados por adultos/as y niños/as. Esta especulación toma relevancia cuando tenemos en cuenta los hallazgos sobre la asociación de la defensa con la psicopatología y la asociación de la madurez de las defensas con la respuesta al tratamiento (Thienemann, Shaw & Steiner, 1998). El trabajo de Valliant (1977), en particular, ayudó a validar la importancia de la madurez de los mecanismos de defensa en relación al ajuste adulto, incluyendo: relaciones interpersonales, empleo y medidas de salud física. También propuso un modelo en el que la experiencia de estar en una relación durante tiempo, el acceso a apoyo social y la familiaridad con el ámbito de la experiencia humana promoverían un proceso de adopción de defensas maduras.

Varios autores recalcan el valor de la imitación de rol parental a la hora de elegir un MD. Weinstock (1967) encuentra que los MD primitivos como la negación, la represión y la regresión están ligados a la imitación de rol parental y que la exposición a conflictos familiares en una edad temprana influye también en el desarrollo de estos MD. Dentro del entorno familiar, también influye en el desarrollo de defensas inmaduras la orientación de logro, un elevado control y, además, no promover la independencia, no compartir el ocio, ni fomentar la expresión emocional entre los miembros de la familia. Además, halla una gran correlación entre la depresión y la inmadurez de los MD, lo que concuerda con otros estudios que encuentran que los enfermos de depresión tienden a usar defensas inmaduras y a usar defensas más maduras según se van recuperando de la misma (Akkerman, Carr & Lewin 1992; Margo, Greenberg, Fisher & Dewan, 1993).

La rumiación y la supresión también se asocian con síntomas depresivos (Kwon, Yoon, Jormann & Kwon, 2013), aunque se ha sugerido que la rumiación es un mediador en la relación entre el género y la depresión (Nolen-Hoeksema, 2000).

Kwon y colaboradores (2013), comparan una muestra americana con una coreana y afirman que la asociación entre la supresión de la agresión y los síntomas depresivos era mucho más potente en la muestra americana comparada con la coreana, lo que indica la importancia de tener en cuenta la cultura a la hora de considerar la regulación emocional. Las diferencias entre hombres y mujeres encontradas en regulación emocional no parecieron ser específicas de la cultura. Las mujeres rumiaron más en ambas culturas. Aunque los hombres usaron más la supresión y las mujeres suprimieron más la ira y la agresión. Estas diferencias halladas en regulación emocional pudieran reflejar el hecho de que las mujeres tienden a experimentar más síntomas depresivos.

Bowins (2010) afirma que una persona que está más cerrada a la experiencia tendrá más posibilidades de utilizar las defensas de evitación o dependencia que otra muy abierta a la experiencia. Una persona que puntúa alto en meticulosidad o consciencia estará más cerca de caer en un acercamiento a las defensas obsesivo compulsivas. En estos casos un uso excesivo de ambos tipos de defensas llevará a patologías, por ejemplo, de tipo fóbico u obsesivo, respectivamente.

En líneas generales, y pese a las anteriores matizaciones, se ha establecido que el afrontamiento basado preferentemente en la evitación del estresor se relaciona con sintomatología psicológica, tanto en adolescentes como en adultos; por el contrario, el afrontamiento de aproximación al problema o bien no mantiene relación con la sintomatología psicológica, o, en caso de haberla, ésta suele ser de signo negativo, interpretándose en este último caso como un factor de protección (Billings y Moos, 1981).

Seiffge-Krenke (2000) en un estudio longitudinal con población de adolescentes, puso de relieve una relación clara y duradera entre afrontamiento de evitación y psicopatología. El afrontamiento de tipo activo, orientado al problema, tiene un efecto beneficioso sobre los síntomas de ansiedad, los trastornos somatoformes, la adicción al alcohol y los trastornos del pensamiento. La búsqueda de soporte social alivia los síntomas distímicos. Por el contrario, los efectos de las estrategias de evitación (distracción, manifestación de sentimientos, uso de alcohol u otras drogas) son perjudiciales para la salud mental.

Por último, Watson y Sinha (2008) afirman que el afrontamiento focalizado en la emoción es un fuerte predictor de psicopatología; por lo tanto, un excesivo énfasis en el uso de estrategias de evitación en detrimento de las de aproximación podría convertirse en un factor de riesgo psicopatológico.

La salud y el género.

Los procesos de salud y enfermedad son diferentes según se sea hombre o mujer. Por un lado, existe una base fisiológica que hace que existan algunas diferencias biológicas, sin embargo, hay multitud de indicadores relativos al género que se relacionan con muchas otras diferencias. Algunas de ellas se deben a las distintas formas en que los roles y los estereotipos de género influyen en la vida de las personas. En lo referente al género, hay que destacar también los riesgos específicos de atención ligados a actividades tradicionalmente entendidas como masculinas o femeninas o los hábitos de búsqueda de ayuda y/o asistencia. También hay que considerar, en relación con los servicios de salud, en los que existe una divergencia en la atención que se proporciona a unos y a otras, que se observa una discrepancia que puede llevar a desigualdades al ser injusta y eludible en muchos casos.

Otros aspectos que se cruzan con el género y que pueden influir en la manera de enfermar o de recibir atención por parte de los servicios sociales son: la clase social, el lugar origen o tener una discapacidad.

En lo que respecta a las enfermedades físicas, aunque algunas sean más prevalentes en mujeres que en varones y viceversa, y que esto pueda ser debido en parte a las diferencias hormonales e inmunológicas entre ambos grupos, no hay que olvidar que muchas de estas diferencias son debidas a factores culturales, como una tendencia al diagnóstico en una población más que en la otra o a una exposición a factores de riesgo más habitual en unas que en otros o viceversa.

En cuanto a las enfermedades mentales, existe diferencia constatada de prevalencia de unas enfermedades en mujeres, muchas de ellas causadas por factores culturales como los roles o expectativas que se tienen de las mujeres (por ejemplo su aspecto físico en relación a los trastornos de la alimentación), también es importante mencionar la diferencia existente en la respuesta a algunos tratamientos (Montero et al., 2004).

Una de las corrientes de pensamiento sobre las diferencia en salud y enfermedad entre ambos colectivos dice que las mujeres enferman más que los hombres por su biología. Desde aquí se explicaría que tengan más problemas de salud mental, sobre todo, en cuadros depresivos y de ansiedad. Otra teoría de carácter epidemiológico dice que las mujeres enferman más porque tienen unas condiciones más desfavorables de vida por la desigualdad.

Ana Tavora (2007) sostiene que la situación en la que se encuentran muchas mujeres, de tensión, hace que dentro de ellas haya un conflicto importante que conlleva una psicopatología asociada, con inicio en la angustia que genera dicho conflicto. Principalmente porque les da miedo decidirse entre lo que quieren hacer y lo que la sociedad impone. Citando a Jessica Benjamín (2013): “No podemos olvidar que la sumisión es el deseo de los dominados”. Es decir, se puede pensar que hasta ahora la mayoría de las mujeres tienen una vida determinada porque el sistema social las obliga. Sin embargo, los estudios sobre la subjetividad ponen de manifiesto que son las propias mujeres las que han incorporando los valores sociales en sus vidas y los convierten en propios. Por ejemplo: el sistema social dice que la mujer tiene que ser buena madre y ella misma se ha convencido de que sólo lo mejor que puede ser es una buena madre, dejando atrás otras realizaciones como persona.

El género no parece afectar la percepción subjetiva del Bienestar Psicológico (Casullo y Castro, 2000). Los varones manifiestan mayor aceptación de sí mismos que las mujeres, como señaló Byrne (2000). Las mujeres centrarían su bienestar en el control de las situaciones y en el

establecimiento de vínculos psicosociales. La relación entre afrontamiento y bienestar muestra relaciones significativas intra-género. El estilo y estrategias dirigidos a la resolución del problema se relacionan con un alto bienestar, mientras el estilo improductivo se relaciona con un bajo bienestar, en ambos sexos. El estilo en relación con los demás mantiene una relación positiva con el bienestar en los varones y en las mujeres se relaciona con la estrategia de búsqueda de apoyo social, observado en otros trabajos (Parsons et al., 1996). Estos resultados ponen de manifiesto que el bienestar psicológico, más que la edad o el sexo, establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan.

CONCLUSIONES

Tras revisar la literatura científica relativa a las diferencias en los mecanismos de defensa que más utilizan hombre y mujeres y el impacto que esto tiene sobre la salud; y tras analizar todo esto desde una perspectiva de género, vemos que, aunque existan diferencias, la consistencia de dicha disparidad no parece suficiente como para concluir que haya una divergencia de patrones entre hombre y mujeres ni que las disimilitudes encontradas en los estudios expuestos se deban exclusivamente a razones de género.

Se encuentra una tendencia en los datos que señala las posibles causas de uso de unos MD frente a otros y el uso de unos MD más que otros por parte de hombres y por parte de mujeres. Las diferencias encontradas en las investigaciones expuestas no parecen indicar de forma unívoca que éstas sean determinantes de las formas de enfermar diferenciales existentes en la prevalencia diagnóstica en la actualidad. Como ya se ha comentado en un apartado anterior, existe un sesgo en la cuantificación de esa diferencia en patologías ya que en gran medida, esa diferencia, viene determinada por los roles y estereotipos de género existentes en nuestra cultura, así como en aquellas culturas que como la nuestra se mueve dentro de un marco referencial heteropatriarcal. No obstante, al existir una tendencia en los datos analizados en su conjunto, esto sí nos serviría para orientarnos a la hora, tanto de evaluar, como de diseñar un tratamiento personalizado, definiendo los MD y estrategias de afrontamiento principales utilizados por los y las pacientes. Las diferencias causadas por los patrones de socialización (género) que favorecen el desarrollo de unas defensas sobre otras deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar intervenciones terapéuticas que se adapten adecuadamente a las máscaras defensivas de los y las clientas basándose, por ejemplo, en la lista de mecanismos de defensa del DSM IV (APA, 1994).

En consonancia con estos patrones de socialización, la tendencia de los datos indica que los varones suelen adoptar un estilo de regulación afectiva (aislamiento, intelectualización, fantasía y disociación) y las mujeres tienden a buscar apoyo social (afiliación).

Por otro lado se observa una tendencia de las mujeres a suprimir la ira, esto relacionado con una mayor sintomatología depresiva, en algunos estudios. Por otro lado las mujeres tienden a buscar más afiliación, al contrario que los hombres que son más activos en la búsqueda de soluciones pero sin pedir ayuda. Estos además tienden a suprimir las emociones, tal y como los estereotipos de género dictan, lo cual podría ser la base de algunas de las patogénesis en nuestros pacientes masculinos.

Parece que el apoyo social juega un importante papel en la salud. Sentirse querido y apoyado por los demás nos hace sentir bien y percibir de forma distinta los acontecimientos vitales que se presentan en la vida de cualquier persona. De esta forma, parece que el que la afiliación, MD maduro, disminuye la probabilidad de contraer enfermedades, acelera la recuperación en caso de padecer enfermedades e incluso reduce el riesgo de mortalidad cuando se trata de enfermedades graves (House, Landis, Umberson, 1988).

Respecto a la instrumentalidad y la expresividad, diversos autores han sugerido que el impacto del género en el proceso de estrés podría estar condicionado por los patrones de socialización tradicionales. El rol femenino tradicional prescribe dependencia, afiliación, expresividad emocional, falta de asertividad y subordinación de las propias necesidades a las de los otros. El masculino prescribe atributos como autonomía, autoconfianza, asertividad, orientación al logro e instrumentalidad, lo que haría que los varones expresen y acepten con más dificultad sentimientos de debilidad, incompetencia y miedo, mientras que para la mujer será más difícil tomar una postura activa de solución de problemas (Aznar, Guerrero y Matías, 2006).

Por lo tanto, parece que las estrategias masculinas serían predominantemente activas, no emotivas, y las de las mujeres de predominio emocional afectivo. Conviene tener esto en cuenta cuando sabemos por los estudios mencionados que un estilo centrado en los problemas y su resolución, es decir, más activo suele ser más funcional y constituir incluso un factor protector respecto a las psicopatologías. En oposición, un estilo menos activo podría estar relacionado con la evitación y su consecuente patogénesis. Por otro lado, parece que los estilos más centrados en los problemas son más funcionales en las situaciones modificables y un estilo centrado en la emoción será más funcional en las situaciones que no pueden ser cambiadas. Esto se podría tener en cuenta a la hora de presentar a nuestras y nuestros pacientes nuevas estrategias que poner en marcha y los momentos más adecuados para su utilización.

Parece que no está claro como las características masculinas o femeninas se vinculan directamente a los trastornos de salud mental, por lo que desde una perspectiva de género, el abordaje de los problemas de salud es un campo de investigación relativamente reciente y todavía poco

explorado (Guibert, Prendes, González y Valdés, 1999). Sin embargo, conforme aparecen trabajos en el enfoque de género, se afianza la idea acerca del significado que la sociedad confiere al hecho de ser hombre y mujer, y cómo esto influye diferencialmente en la salud de ambas poblaciones al originar comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo.

Lo que sí parece estar claro es que cuando una persona envejece aumentando sus características expresivas e instrumentales tiende a tener más recursos defensivos y de un tipo más maduro, lo que parece estar relacionado con una mejor salud y resiliencia. Por lo que las intervenciones que se hagan desde el ámbito sanitario, además de ser integrales deben tener en cuenta esto para favorecer el desarrollo de las características menos presentes en los sujetos tratados.

Según la OMS (2001), un amplio número de estudios aportan evidencia de qué diferencias de género contribuyen significativamente a la prevalencia de depresión y desórdenes de ansiedad, falta de autoestima y otros trastornos, situando a las mujeres como una población más vulnerable. Estas investigaciones muestran que la divergencia socialmente construida entre hombres y mujeres en cuanto a sus roles y responsabilidades, estatus y poder, interactúan con las diferencias biológicas y contribuyen a una desigualdad en la naturaleza de la salud mental ante los problemas de la vida cotidiana.

Comprender la estructura defensiva de los individuos se ha mostrado como una parte muy importante del resultado psicoterapéutico (Bond, 2004). Los cambios específicos en la organización defensiva que sería deseable diseñar para favorecer un funcionamiento más saludable de nuestros y nuestras pacientes a lo largo del tratamiento puede presentar diferencias entre hombre y mujeres. Esta línea de investigación está en concordancia con aquellas que destacan la necesidad de adaptar el tratamiento a las características del paciente (Despland, Roten, Despars, Stigler & Perry, 2001).

Desde el modelo de estrés que hemos escogido para enlazar las variables que hemos analizado en este documento como son: estresores, tanto diarios, como puntuales; características de personalidad, como son el género o incluso ciertos estilos de afrontamiento; los mecanismos de defensa y el afrontamiento; y el consecuente estado de salud mental, directamente relacionado con la salud física y social; vemos cómo las causas que llevan a las personas a consulta son multifactoriales y requieren de una mirada sistémica continuada que vaya observando los orígenes de las demandas, así como la evolución y dinámica de los problemas y los recursos con los que cuenta el individuo para hacer frente a sus circunstancias y qué estrategias serán mejores para aprender nuevas habilidades que garanticen una vida plena y digna que merezca la pena ser vivida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.P.A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- A.P.A. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Akkerman, K., Carr, V., & Lewin, T. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(10), 634-638.
- Aznar, M. P. M., Guerrero, K. & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M. M., & Verdú, J. B. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162.
- Benjamin, J. (2013). *The bonds of love: Psychoanalysis, feminism, & the problem of domination*. New York: Random House LLC.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 6(1), 61-64.
- Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(5), 263-278.
- Bowins, B. (2004). Psychological defense mechanisms: A new perspective. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 1-26.
- Bowins, B. (2010). Personality disorders: A dimensional defense mechanism approach. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 153-169.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, 6(1), 65-72.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Casullo, M. M., & Castro Solano, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2).

- Castaño, C. C., Iglesias, C. I., & Sánchez-Herrero, M. S. (2004). *Indicadores laborales básicos de la situación de la mujer en España y sus regiones*. Extraído el 10 de julio, 2014. http://webs.uvigo.es/pmayobre/06/arch/profesorado/dolores_ferrero/indicadores%20laborales.pdf.
- Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum. *Psychological Bulletin*, 80, 389-407.
- Costa, P. T., Jr., Zonderman, A. B., & McCrae, R. R. (1991) Personality, defense, coping, and adaptation in older adulthood. *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cramer, P. (1979). Defense Mechanisms in Adolescence. *Developmental Psychology*, 15(4), 476.
- Cramer, P. (1987). The development of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 55(4), 597-614.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of Personality*, 66(6), 919-946.
- Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- Despland, J. N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 155.
- Diehl, M., Chui, H., Hay, E. L., Lumley, M. A., Grünh, D., & Labouvie-Vief, G. (2014). Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample. *Developmental Psychology*, 50(2), 634.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychologie and Aging*, 11, 127-139.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1994). Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4(1), 99-125.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Ficková, E. (1998). Interaccion of self-concept and coping strategies in adolescents. *Studia Psychologica*, 40(4), 297-302.
- Folkman, S. (1991). Coping across the life span: Theoretical issues. *Life-span Developmental Psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 3-19). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571.
- Freud, A. (1936/1962). *The ego and the mechanisms of defence*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1959). *Inhibition, symptoms and anxiety*. London: Hogarth.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*, 29(1), 45-48.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14(2), 119-133.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16(3), 253-266.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*, 29(1), 45-48.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69(1), 81-94.
- Furnham, A. (2012). Lay understandings of defence mechanisms: The role of personality traits and gender. *Psychology, Health & Medicine*, 17(6), 723-734.
- Gracia, D., & Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dirs.), *Manual de psiquiatría* (pp. 17-31). Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España.
- Guibert, W., Prendes, M. C., González, R., & Valdés, E. M. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 7-13.
- Haan, N., & Joffe, P. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Haan, N., Millsap, R., & Hartka, E. (1986). As time goes by: Change and stability in personality over fifty years. *Psychology and Aging*, 1(3), 220.
- Hartmann, H., & Rapaport, D. T. (1958). Ego psychology and the problem of adaptation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1.
- Helson, R., & Moane, G. (1987). Personality change in women from college to midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 176.
- Helson, R., Kwan, V. S., John, O. P., & Jones, C. (2002). The growing evidence for personality change in adulthood: Findings from research with personality inventories. *Journal of Research in Personality*, 36(4), 287-306.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationship and health. *Science*, 241, 540-545.
- Jacoby, L. L., Toth, J. P., Lindsay, D. S., & Debnar, J. A. (1992). *Lectures for a layperson: Methods for revealing unconscious processes*. New York: Guilford Press.

- Kwon, H., Yoon, K. L., Joormann, J., & Kwon, J. H. (2013). Cultural and gender differences in emotion regulation: Relation to depression. *Cognition & Emotion*, 27(5), 769-782.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., & Hobart, C. J. (1987) Age, ego level, and the life-span development of coping and defence processes. *Psychology and Aging*, 2, 286-293.
- Lazarus, R.S. (1986). *The psychology of stress and coping*. Washington DC: Hemisphere.
- Lipowski, Z.J. (1988) Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Margo, G.M., Greenberg, R.P., Fisher, S., & Dewan, M. (1993). A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 65-69.
- McCrae R. R. & Costa, P. T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. Goldberger, Leo (Ed), (1993). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.) (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Mullis, R.L. & Chapman, P. (2000). Age, gender and self-esteem differences in adolescent coping styles. *Journal of Social Psychology*, 140(4), 539-541.
- Newman, L. S. (2001). Coping and defense: no clear distinction. *American Psychologist*, 56(9), 760-761.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504.
- OMS (1947). The constitution of the World Health Organization. WHO chronicle, 1. Extraído el 2 de marzo, 2013. <http://www.who.int/library/collections/historical/es/index3.html>
- OMS (1962). Extraído el 8 de mayo, 2013. http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html.
- OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Extraído el 10 de marzo, 2013. <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- Parker, J. D. A., & Endler, NS (1996). *Coping and defense: A historical overview. Handbook of coping: Theory, research, application*. New York: Wiley.
- Parsons, A., Frydenberg, E. & Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescent males. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 109-114.

- Parsons, T. & Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Petraglia, J., Thygesen, K. L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009). Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 63(1), 87.
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18(4), 459-474.
- Plancherel, B., Bolognini, M., & Halfon, O. (1998). Coping strategies in early and mid-adolescence: Differences according to age and gender in a community sample. *European Psychologist*, 3(3), 192.
- Plant, E. A., Hyde, J. S., Keltner, D., & Devine, P. G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 81-92.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2008). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., & Jiménez, M. (1995). Trastornos psicosomáticos. En: Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F., (Eds.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2. (pp. 402-69) Madrid: McGraw-Hill.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-691.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21(3), 351-377.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64(4), 711-735.
- Tavora, A. (2007). El amor de pareja en la construcción de la identidad de las mujeres. En *Congreso Estatal "De las cosas de acogida a los Centros de Atención Integral"* (pp. 80-94).
- Thienemann, M., Shaw, R. J., & Steiner, H. (1998). Defense style and family environment. *Child psychiatry and human development*, 28(3), 189-198.
- Twenge, J. M. (1997). Changes in masculine and feminine traits over time: A meta-analysis. *Sex Roles*, 36(5-6), 305-325.
- Valliant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Watson, D. C., & Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 222.
- Weinstock, A. R. (1967). Family environment and the development of defense and coping mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(1), 67.
- Williams, K., y McGillicuddy, D. L. A. (2000). "Coping Strategies in Adolescents", *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537-549.