

# Tipificación Sexual y Salud Mental de Mujeres y Hombres en España

## Sex-Typing and Mental Health of Women and Men in Spain

M. Pilar Matud Aznar<sup>1</sup>, Ignacio Ibáñez Fernández, Juan M.  
Bethencourt Pérez, Marisela López Curbelo  
*Universidad de La Laguna*  
Montserrat Gomà Freixanet  
*Universidad Autònoma de Barcelona*

### *Resumen*

Estudio en el que se analizó la asociación entre tipificación sexual y salud mental en mujeres y hombres, es decir, se observó la relevancia de la autoestima y el apoyo social en dicha relación. La muestra estaba formada por 781 personas adultas de la población general española, de las cuales el 55.7% estaba conformado por mujeres y el 44.3% por hombres. Encontramos correlaciones estadísticamente significativas entre tipificación sexual y algunos síntomas de salud mental aunque, al menos en los hombres, la autoestima parecía ser la variable más importante, pues tienen menos sintomatología los hombres con mayor autoestima. También en las mujeres la autoestima parece ser el factor más relevante en su salud mental, ya que tienen menos sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio y disfunción social las mujeres con mayor autoestima. El apoyo social instrumental también se asoció con menor sintomatología de salud mental en las mujeres. Y, aunque la magnitud de la asociación era pequeña, tenían más sintomatología de ansiedad e insomnio y de disfunción social las mujeres más tipificadas sexualmente.

*Palabras clave:* Género, Tipificación sexual, Salud mental, Autoestima, Apoyo social.

---

1 La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirla a M. Pilar Matud. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Campus de Guajara, 38205 La Laguna, Tenerife, España. Correo electrónico: pmatud@ull.es

Este trabajo ha sido realizado a través del proyecto de investigación SEJ2004-00749/PSIC, perteneciente al Plan Nacional de I + D + I 2004-2007 subvencionado por la Dirección General de Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

## *Abstract*

This study analyzed the association between sex-typing and mental health in men and women, examining the relevance of self-esteem and social support. The sample was comprised of 781 adults from Spain's general population; 55.7% of them were women and the 44.3% were men. We found that the correlations between sex-typing and some mental health symptoms are statistically significant. Self-esteem seems to be the key variable, at least with the men. Greater self-esteem in men correlated with fewer symptoms of mental health problems. Among women, self-esteem also seemed to be the most relevant factor for their mental health; women with greater self-esteem had less depressive, somatic, anxiety and insomnia symptoms, and social dysfunction. Instrumental social support was also associated with less mental health symptoms. Although the magnitude of the association was small, the sex-typed women suffered more anxiety and insomnia and social dysfunction symptoms.

*Keywords:* Gender. Sex-typing. Mental health. Self-esteem. Social Support.

## *Introducción*

La diferenciación de las personas en función del sexo asignado al nacer es una práctica social común. Aunque difieren en las tareas específicas fijadas, todas las sociedades asignan a sus miembros roles diferenciados en función del sexo y anticipan esta asignación en la socialización de la infancia (Bem, 1981). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) plantea que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una diferente cultura, generadas por las normas y valores de esa cultura, dan lugar a las diferencias de género. Aunque reconoce que no todas esas diferencias implican desigualdad, plantea que sí hay normas y valores que producen desigualdades de género, es decir, diferencias entre mujeres y hombres que sistemáticamente aumentan el poder de un grupo en detrimento del otro. Y destaca que, tanto las diferencias como las desigualdades de género, pueden generar diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

Aunque, en general, las diferencias son pequeñas, se ha encontrado que mujeres y hombres difieren en la prevalencia de algunos problemas de salud mental (OMS, 2004). Una de las diferencias más citadas es en depresión, que es más común en mujeres que en hombres, según se han encontrado en varios estudios realizados en diversas culturas (cfr. Culbertson, 1997; Nolen-Hoeksema & Keita, 2003). Excepto en la infancia, en que no se dan

diferencias en las tasas de depresión entre niñas y niños, o son éstos los que las tienen más altas, se ha encontrado que las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, pues surge en la adolescencia y aumenta en la vida adulta (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000; Sweeting & West, 2003). También se ha encontrado que las mujeres tienen más trastornos de ansiedad que los hombres (Kessler et al., 1994), que sus niveles de morbilidad psiquiátrica menor son mayores (Emslie et al., 2002) y que informan de mayor malestar y sintomatología somática (Emslie, Hunt & Macintyre, 1999; Kroenke & Spitzer, 1998).

Una de las causas de las diferencias en salud entre mujeres y hombres parecen ser los roles socialmente impuestos con base en el sexo asignado al nacer (cfr. Courtenay, 2000; Good, Sherron & Dillon, 2000; Huselid & Cooper, 1994). La ideología de los roles sexuales se refiere a las creencias de los roles adecuados para mujeres y hombres y es relevante desde el punto de vista psicológico porque se asocia con la definición de sí-mismo, con las interacciones entre hombres y mujeres y con las relaciones sociales (Barry & Beitel, 2006). Se ha planteado que el género es un elemento esencial de la identidad humana ya que muchos de los aspectos fundamentales de la vida, tales como las actividades ocupacionales, académicas, de ocio y las relaciones, están gobernadas por el género (Egan & Perry, 2001). Y los roles de género se refieren no sólo a la conducta apropiada para cada sexo sino que también incluyen las características de personalidad que se consideran más adecuadas para mujeres y hombres (Holt & Ellis, 1998). Así se cree que los hombres deben ser, por ejemplo, independientes y asertivos y las mujeres tímidas y apacibles.

La mayoría de las sociedades considera que mujeres y hombres son diferentes y deben ocupar roles distintos, por lo que se les socializa de forma diferenciada. Bem (1981) plantea que la tipificación sexual es el proceso por el cual la sociedad transmuta hombres y mujeres en seres masculinos y femeninos. Y la masculinidad y feminidad se refieren a las diferencias en rasgos, conductas e intereses que la sociedad ha asignado a cada uno de los géneros. Según la teoría del esquema de género propuesta por dicha autora, la tipificación sexual deriva en parte del procesamiento esquemático, es decir, de una disposición generalizada a procesar la información basándose en asociaciones relacionadas con el sexo y que constituyen el esquema de género. Propone que habrá personas que asuman cognitivamente que en la sociedad hay una tipificación en función del género por lo que estas personas van a construir un esquema mediante el que computan la realidad: serán las tipificadas sexualmente. Otras personas percibirán que no es necesario un esquema cognitivo especial para asimilar toda la realidad referida al género; dichas personas no estarán tipificadas sexualmente. Y plantea que

la masculinidad y la feminidad son únicamente las construcciones de un esquema cultural que polariza el género (Bem, 1993).

Las teorías clásicas sobre las diferencias entre mujeres y hombres en roles de género y en tipificación sexual planteaban que tales diferencias eran normales y saludables, ya que reflejaban las normas sociales sobre la conducta apropiada para cada género. Pero no se ha obtenido evidencia empírica de tales supuestos, habiéndose encontrado en varios estudios que la masculinidad estaba más asociada con la salud mental de hombres y mujeres que la feminidad (cfr. Bassof & Glass, 1982; Thomas & Reznikoff, 1984; Whitley, 1983), aunque en otros se ha encontrado que también la alta feminidad se asociaba con un funcionamiento mental óptimo (Lefkowitz & Zeldow, 2006; Lengua & Stormshak, 2000; Zeldow, Daugherty & Clark, 1987) y estudios recientes plantean que tal asociación depende del tipo de componente de la masculinidad y de la feminidad analizado (Yu & Xie, 2008). También se ha propuesto que la inversión en los ideales de género puede ser estresante para hombres y mujeres porque se trata de ideales impuestos socialmente, dificultan la autorregulación y están relacionados con la representación externa de la autovalía (Sánchez & Crocker, 2005). Además, para las mujeres son más negativos porque las características que se le asocian están menos valoradas culturalmente. Weissman & Klerman (1977) destacan el impacto negativo de los valores clásicos de la feminidad, considerándolos como una variante de indefensión aprendida. Afirman que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Plantean que durante el proceso de socialización las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollan un repertorio de respuestas limitado ante las situaciones de estrés.

Pero, pese a los estudios realizados a lo largo de varias décadas en diversos países, aún no está clara la relevancia que el seguimiento de los roles de género tiene en la salud mental de mujeres y hombres, puesto que no se conocen las variables que pueden ser relevantes en tal asociación. Además, la mayoría de tales estudios se han hecho con personas anglosajonas, por lo que se desconoce la medida en la que tales resultados pueden ser aplicados a otros entornos culturales. El objetivo principal de este estudio es analizar la asociación entre tipificación sexual y la salud mental de mujeres y hombres y, para ello, se estudia la relevancia que la autoestima y el apoyo social pueden tener en tal asociación.

## Método

### A. Participantes

La muestra está formada por un total de 781 personas de la población general que residían en dos comunidades autónomas españolas: Canarias y Cataluña. Casi la mitad (el 44.3%) está conformada por hombres y el resto por mujeres y todas ellas participaron de forma voluntaria tras ser informadas de las características generales del estudio. Sus edades están comprendidas entre 17 y 65 años, la edad media es de 29.31 (D. T. = 11.01) y tienen diferentes características socio demográficas y educativas (véase Tabla 1). Como puede observarse, aunque se dan diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en el nivel de estudios y en la profesión, en ambas muestras es más frecuente que se trate de personas solteras y es menos común que su nivel de estudios sea bajo.

Tabla 1. Características socio demográficas de la muestra y comparaciones entre mujeres y hombres

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Chi2</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Estado civil:</b>					
Soltero	225	71.7	261	68.0	1.11
Casado/pareja de hecho	78	24.8	108	28.1	
Separado/divorciado/viudo	11	3.5	15	3.9	
Sin dato	32		51		
<b>Estudios:</b>					
Primarios	72	22.7	62	15.9	6.17*
Secundarios	77	24.3	92	23.5	
Universitarios	168	53.0	237	60.6	
Sin dato	29		44		
<b>Profesión:</b>					
Empleo manual	74	24.3	73	19.7	22.4***
Empleo no manual	69	22.6	56	15.1	
Profesional	53	17.4	64	17.3	
Estudiante	109	35.7	161	43.5	
Ama de casa	0	0.0	16	4.3	
Sin dato	41		65		

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>t</b>
	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	
Edad	29.8	11.1	28.9	11.0	1.03
Número de hijos	0.5	1.0	0.5	0.9	1.84

\*\*\*  $p < .001$

### *Instrumentos*

Bem Sex Role Inventory (Bsri; Bem, 1974). Está formado por 60 adjetivos o enunciados cortos cuyo formato de respuesta es tipo likert de 7 puntos. Veinte de los ítems se refieren a características típicamente masculinas y conforman la escala de masculinidad; 20 describen características consideradas tradicionalmente como femeninas y forman la escala de feminidad; y los otros 20 se refieren a características atribuibles a ambos géneros y evalúan deseabilidad social. Dichas escalas han mostrado ser fiables y válidas (Bem, 1974; Holt & Ellis, 1998). Pese a haber sido publicado hace más de tres décadas, el BSRI es uno de los instrumentos más utilizados para estudiar los roles de género y se sigue considerando como un instrumento útil para tal fin (Holt & Ellis, 1998). Estudios recientes han mostrado su utilidad para categorizar a las mujeres y a los hombres de diversas edades (Oswald, 2004), evaluar los roles de género (Van Well, Kolf & Oei, 2007) y medir las dos dimensiones clásicas del estereotipo de rasgo en la población española (López-Sáez, Morales & Lisbona, 2008). El BSRI fue traducido al español con retrotraducción y en la muestra del presente trabajo la consistencia interna (alfa de Cronbach) de los 20 ítems que conforman la escala de masculinidad fue de .84 y la de los 20 ítems de la escala de Feminidad fue de .72.

Además de evaluar masculinidad y feminidad, el BSRI permite la evaluación de la tipificación social, procedimiento que Bem (1974) propuso realizar restando a las puntuaciones en feminidad las puntuaciones en masculinidad. Según dicho procedimiento, una persona está más tipificada cuanto más se aleje su puntuación de 0, indicando las puntuaciones positivas mayor puntuación en feminidad y las negativas en masculinidad. Ese procedimiento de cálculo permite conocer, como señala Bem (1974), no sólo la medida en que se puntúa en un determinado rol de género sino también la medida en que se rechaza el opuesto, muestra las personas que puntúan cerca del 0 autodescribirse tanto con características masculinas como femeninas; las que puntúan alto y positivo indican que su auto descripción incluye muchas más características femeninas que masculinas; y una puntuación alta y negativa indica que las personas en su auto descripción incluyen muchas más características masculinas que femeninas. Pero, dado que tal procedimiento resulta confuso cuando se aplica a los hombres, se

ha modificado tal procedimiento para el cálculo de la tipificación sexual de los hombres. Para lograrlo se resta a las puntuaciones en masculinidad las puntuaciones en feminidad. Así, tanto en mujeres como en hombres, una puntuación alta en tipificación sexual indica el predominio de las autoadscripciones típicas de su género.

Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979). Instrumento diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario. Consta de 4 subescalas formadas por 7 ítems que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Se ha utilizado la puntuación tipo Likert, que asigna pesos desde 0 (para la respuesta “menos de lo habitual”) hasta 3 (para “mucho más que lo habitual”). En la muestra del presente trabajo los 7 ítems que conforman la escala de síntomas somáticos tenían una consistencia interna de .83; la consistencia interna de los 7 ítems de la escala de ansiedad e insomnio era de .86; la de los 7 ítems de la escala de disfunción social era de .77; y la de los 7 ítems de la escala de depresión grave era de .88.

Inventario de Autoestima (Self-Esteem Inventory, SEQ; Rector & Roger, 1993). Instrumento diseñado para la valoración global de la autoestima que recoge varias competencias, incluidas la personal, interpersonal, familiar, de logro, atractivo físico, y la valoración del grado de incertidumbre en las mismas. En el estudio de validación de la versión española se encontró que la estructura factorial era independiente del género e incluía dos factores de primer orden que correlacionaban  $-0.47$  que se unen en un único factor de segundo orden cuya consistencia interna es .93 (Matud, Ibáñez, Marrero & Carballeira, 2003). La consistencia interna de dicho factor en la muestra de este estudio fue de .94.

Escala de apoyo social (AS; Matud, 1998). Escala diseñada para la evaluación funcional y global del apoyo social percibido. Está formada por 12 ítems que recogen información sobre la disponibilidad de personas que pueden prestar ayuda práctica y/o apoyo emocional. Muestra las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social. En los estudios de validación se encontró que en las mujeres todos los ítems se agrupaban en un único factor, cuya consistencia interna era de .90, mientras que en la muestra de hombres se diferenciaban dos factores: apoyo social emocional, formado por 7 ítems con una consistencia interna de .84; y apoyo instrumental, formado por 5 ítems cuya consistencia interna era de .78 (Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero & Carballeira, 2003). En la muestra del presente trabajo la consistencia interna del factor de apoyo social emocional fue de .84 y la del apoyo instrumental de .79.

## ***B. Procedimiento***

El pase de pruebas fue individual, auto aplicado en todos los casos, excepto en el de las personas con bajo nivel de estudios que se realizó en forma de entrevista estructurada, llevada a cabo por estudiantes de psicología entrenados previamente para ello. El acceso a la muestra fue a través de diversos centros educativos y laborales de Canarias y Cataluña, así como a en las redes sociales del equipo de investigación y del alumnado de psicología que colaboró en el pase de pruebas.

## ***Resultados***

Para conocer si había diferencias en función del género en las escalas del BSRI realizamos Análisis de Varianza. El Manova en que se consideró como variables dependientes las tres escalas del BSRI mostró diferencias estadísticamente significativas,  $F(3, 770) = 62.57, p < .001$ . Los Anova mostraron diferencias estadísticamente significativas en masculinidad,  $F(1, 772) = 126.10, p < .001$ , y en feminidad,  $F(1, 772) = 28.77, p < .001$ , pero no en deseabilidad social,  $F(1, 772) = 0.28, p > .05$ . Las mujeres puntuaron más bajo en masculinidad ( $M = 84.93, DT = 14.76$ ) y más alto en feminidad ( $M = 100.99, DT = 10.41$ ) que los hombres, siendo su media en masculinidad de 96.35 y en feminidad de 96.84 ( $DT = 13.11$  y  $11.04$ , respectivamente). También encontramos diferencias estadísticamente significativas en el Manova en que el factor fue el género y las variables dependientes las cuatro escalas del GHQ-28, la autoestima y los dos factores de apoyo social,  $F(7, 736) = 7.67, p < .001$ . Los análisis univariados mostraron que las diferencias estadísticamente significativas se daban únicamente en la sintomatología somática, en la de ansiedad e insomnio y en autoestima. Aunque el porcentaje de varianza explicado es muy bajo, se observa que las mujeres tienen mayor sintomatología somática y de ansiedad e insomnio. Además, su autoestima es menor que la de los hombres (véase Tabla 2).



Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y comparaciones entre mujeres y hombres en las escalas del GHQ-28 en autoestima y apoyo social

<b>Categorías</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>F</b>	<b>Eta<sup>2</sup> parcial</b>
	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>		
Síntomas somáticos	5.16	3.94	5.97	3.77	8.26**	0.01
Ansiedad e insomnio	4.64	3.99	5.78	4.27	13.89***	0.02
Disfunción social	6.96	2.54	7.18	2.65	1.26	0.00
Depresión grave	1.30	2.46	1.59	2.92	1.95	0.00
Autoestima	93.72	16.32	87.10	18.68	26.08***	0.03
Apoyo social emocional	17.55	3.60	17.13	3.57	2.50	0.00
Apoyo social instrumental	10.94	3.16	11.29	3.01	2.29	0.00

Nota: \*\*\* p < .001

En la Tabla 3 mostramos las correlaciones, en la muestra de mujeres y en la de hombres, entre tipificación sexual, autoestima y apoyo social con las cuatro escalas del GHQ-28. Como puede observarse, aunque en la muestra de mujeres son todas estadísticamente significativas, las correlaciones entre tipificación sexual y las escalas del GHQ-28 son de escasa magnitud y de signo opuesto en mujeres y hombres. Así, mientras que la tipificación sexual femenina se asocia en alguna medida con problemas de salud mental, tendiendo a mostrar más sintomatología las mujeres más tipificadas sexualmente, los hombres más tipificados sexualmente tienen menos sintomatología depresiva y somática. También se observa que, aunque los dos factores de apoyo social correlacionan con las escalas del GHQ-28, puesto que se asocia en ambos géneros la ausencia de apoyo social con mayor sintomatología, en ningún caso el porcentaje de varianza común alcanza el 10%. La autoestima es el factor que presenta correlaciones más altas con la sintomatología de salud mental, y muestra menor sintomatología las mujeres y los hombres con mayor autoestima.

Tabla 3. Correlaciones entre roles de género, autoestima y apoyo social con sintomatología en mujeres y hombres

Sexo	Síntomas somáticos	Ansiedad e insomnio	Disfunción social	Depresión grave
<b>Hombres:</b>				
Tipificación sexual	-.13*	-.10	-.08	-.12*
Autoestima	-.29***	-.33***	-.29***	-.39***
Apoyo social emocional	-.09	-.17**	-.15**	-.28***
Apoyo social instrumental	-.12*	-.18**	-.10	-.26***
<b>Mujeres:</b>				
Tipificación sexual	.10*	.13**	.16**	.14**
Autoestima	-.31***	-.35***	-.38***	-.49***
Apoyo social emocional	-.17***	-.18***	-.15**	-.18***
Apoyo social instrumental	-.24***	-.22***	-.16**	-.21***

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Para conocer la relevancia de la autoestima y el apoyo social en la asociación entre tipificación sexual y la salud mental de mujeres y hombres, se hicieron análisis de regresión múltiple jerárquica y se consideró como variable dependiente cada una de las escalas del GHQ-28. Dichos análisis se hicieron de forma independiente para mujeres y hombres y en todos ellos se incluyó en el primer paso de la regresión la puntuación en tipificación sexual, ya que ello nos permitía conocer si contribuía de forma estadísticamente significativa a la predicción de la sintomatología mental, introduciendo en el segundo paso la autoestima y los dos factores de apoyo social.

En la muestras de mujeres la tipificación sexual se asoció de forma estadísticamente significativa con todos los síntomas cuando se incluyó dicha variable en el primer paso de la regresión, aunque en el caso de los síntomas somáticos tal relación fue sólo marginalmente significativa ( $p = .07$ ), pero tal relación varió de forma importante cuando se incluyeron en el modelo los factores de autoestima y apoyo social (véase Tabla 4). En el modelo final, en el que se incluían todas las variables de forma simultánea, la tipificación sexual fue marginalmente significativa ( $p = .08$ ) en la predicción de la sintomatología de ansiedad e insomnio y de disfunción social. Por el contrario, en la muestra de hombres, la tipificación sexual fue sólo estadísticamente significativa al predecir la sintomatología depresiva y somática y únicamente cuando se incluyó en el primer paso del análisis de regresión (véase Tabla 5).

En el modelo final de los análisis de regresión encontramos que, en la muestra de mujeres, se explicó el 25% de varianza en sintomatología depresiva. La variable más relevante fue autoestima, seguida del apoyo social instrumental, aunque sólo fue marginalmente significativo desde el punto de vista estadístico ( $p = .07$ ). El porcentaje de varianza explicada al predecir la sintomatología de ansiedad e insomnio fue el 14% y los predictores fueron autoestima, apoyo social instrumental y tipificación sexual, si bien esta última variable fue sólo marginalmente significativa desde el punto de vista estadístico ( $p = .08$ ). Al predecir la sintomatología somática el porcentaje de varianza explicada fue del 12% y las variables predictoras fueron autoestima y apoyo social instrumental. Y el porcentaje de varianza explicada al predecir la sintomatología de disfunción social fue del 15% y los predictores fueron autoestima y tipificación sexual, si bien esta última variable fue sólo marginalmente significativa desde el punto de vista estadístico ( $p = .08$ ).

Tabla 4. Análisis de regresión jerárquica prediciendo las puntuaciones en las escalas del GHQ-28 en la muestra de mujeres.

Modelo Predictores	Depresión grave		Ansiedad e insomnio		Síntomas somáticos		Disfunción social	
	R <sup>2</sup>	Beta	R <sup>2</sup>	Beta	R <sup>2</sup>	Beta	R <sup>2</sup>	Beta
1 Tipificación sexual	.02	-.14**	.02	.13**	.01	.09	.02	.15**
2 Tipificación sexual		.06		.08		.05		.08
Autoestima		-.46***		-.29***		-.25***		-.35***
A. S. emocional		.01		.01		.04		.01
A. S. instrumental	.26	-.11	.15	-.16*	.12	-.21**	.16	-.01

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

En la muestra de hombres se encontró que, al predecir la puntuación en sintomatología depresiva, la variable más relevante era autoestima, mientras que el apoyo social instrumental era sólo marginalmente significativo desde el punto de vista estadístico ( $p = .08$ ). Al predecir el resto de síntomas la única variable estadísticamente significativa fue autoestima. Y el porcentaje total de varianza explicada fue del 11% al predecir ansiedad e insomnio, del 8% al predecir sintomatología somática, y el 7% en disfunción social.

Tabla 5. Análisis de regresión jerárquica prediciendo las puntuaciones en las escalas del GHQ-28 en la muestra de hombres.

	Depresión grave		Ansiedad e insomnio		Síntomas somáticos		Disfunción social	
	R2	Beta	R2	Beta	R2	Beta	R2	Beta
Modelo Predictores								
1 Tipificación sexual	.02	-.13*	.01	-.09	.02	-.13*	.01	-.07
2 Tipificación sexual		-.03		.01		-.04		.02
Autoestima		-.32***		-.31***		-.27***		-.27***
A. S. emocional		-.09		-.02		.05		-.07
A. S. instrumental	.19	-.12	.12	-.09	.09	-.09	.07	.01

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

### Discusión

El objetivo principal del presente estudio era analizar la asociación entre tipificación sexual y la salud mental de mujeres y hombres, analizando la relevancia de la autoestima y el apoyo social en tal relación. Encontramos que, aunque la magnitud de la asociación entre tipificación sexual y salud mental fue escasa, sí era estadísticamente significativa, al menos en las mujeres, si bien la autoestima parecía tener un papel importante en tal asociación. Los análisis correlacionales mostraron que, aunque la varianza común era muy escasa, mientras que la tipificación femenina tradicional se asociaba con mayor sintomatología somática, depresiva, de ansiedad y con disfunción social en las mujeres, la tipificación masculina parecía tener un efecto protector de la salud mental de los hombres, pues los hombres más tipificados sexualmente muestran menos sintomatología somática y depresiva. Los análisis de regresión mostraron el efecto positivo que en la salud mental tiene la autoestima, siendo en el caso de los hombres la única variable que parecía explicar la sintomatología de salud mental, si bien el apoyo social instrumental también parecía ser relevante al predecir la sintomatología depresiva, informando de menos síntomas los hombres con mayor percepción de este tipo de apoyo.

También en las mujeres la autoestima parece ser un factor central en su salud mental, informando de menos sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio y disfunción social las mujeres con mayor autoestima. El apoyo social instrumental también mostró ser relevante, asociándose con menor sintomatología somática, depresiva y de ansiedad e insomnio. La asociación entre autoestima y salud mental se ha constatado en diversos estudios, si bien se desconocen los mecanismos subyacentes. Se ha encontrado que influye en la regulación de los estados emocionales negativos (Smith & Petty, 1995) y también se ha planteado que puede influir

a través del proceso estrés-enfermedad (Rector & Roger, 1996). Y son varias las investigaciones que evidencian el efecto positivo que en la salud mental tiene el apoyo social (cfr. Cohen & Wills, 1985; Lindorff, 2000), si bien los resultados de este estudio muestran que la percepción de apoyo social instrumental parece ser más relevante que la del apoyo emocional y sus efectos parecen ser mayores en las mujeres que en los hombres.

Aunque la magnitud de la asociación era más escasa, también se observó una cierta tendencia a más sintomatología de ansiedad e insomnio y de disfunción social en las mujeres más tipificadas sexualmente. Así, el presente estudio muestra que la tipificación femenina tradicional, más que un factor saludable, parece ser un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres, resultados que coinciden con los de otros autores (Thornton & Rachel, 1992; Weissman & Klerman, 1977). En todo caso, los resultados de nuestro estudio muestran que la relevancia del seguimiento de los roles de género tradicionales en la salud mental parece ser escasa, sobre todo en los hombres. Aunque se desconoce la razón de ello, pudiera ser consecuencia de que, en el presente estudio, se ha analizado la relevancia de la tipificación sexual en la salud mental de mujeres y hombres teniendo en cuenta únicamente el género y pudiera suceder que tal asociación difiera en subgrupos de mujeres y hombres ya que, como muestran estudios recientes (cfr. Athenstaedt & Heinzle, 2008), la relevancia del género parece variar en diferentes subgrupos, tales como amas de casa, profesionales, profesores o "yuppies". En todo caso, encontramos que las mujeres puntuaban más alto en feminidad y más bajo en masculinidad que los hombres, lo que parece indicar que sigue existiendo una cierta diferenciación en tales dimensiones en función del género, resultados que coinciden con los de otros estudios realizados en la población española (cfr. López-Sáez et al., 2008).

Al comparar la sintomatología de salud mental de mujeres y hombres hemos encontrado que, aunque el porcentaje de varianza explicado era muy escaso, las mujeres tenían más ansiedad y sintomatología somática que los hombres, resultados que coinciden con los de otros autores (cfr. Emslie et al., 1999; 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Mirowsky & Ross, 1995) y con los encontrados por nuestro equipo con otras muestras de la población general (Matud, 2005). Por el contrario, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en sintomatología depresiva. Aunque se desconoce la razón de ello, quizá pueda ser como consecuencia de que las mujeres tenían un nivel de estudios algo mayor al de los hombres. Son varios los estudios que muestran que muchas de las diferencias entre mujeres y hombres disminuyen de forma importante, e incluso desaparecen, cuando se controla el nivel de estudios o éste es alto. De hecho, en estudios previos con población canaria, aunque se encontró que la sintomatología depresiva era mayor en las mujeres que en los

hombres, el tamaño del efecto era muy escaso, además, tal sintomatología es menor en las personas con mayor nivel de estudios y en las mujeres con mayor nivel profesional (Matud, 2005). Y, al igual que sucede en otros estudios, se ha encontrado que la autoestima de los hombres es superior a la de las mujeres aunque el tamaño del efecto es pequeño (cfr. Klinsten, Hyde, Showers & Buswell, 1999; Matud et al., 2003).

Aunque este estudio tiene una serie de limitaciones, tales como ser un estudio transversal, por lo que sólo puede hablarse de asociación y no de causación entre las variables; y que la muestra no es aleatoria, aporta evidencia empírica de que el seguimiento de los estereotipos tradicionales de género se asocia negativamente con la salud mental de las mujeres. Por tanto, dado que en la sociedad siguen prevaleciendo tales creencias, será necesario seguir analizando la relevancia que los roles sociales asignados a mujeres y hombres tienen en su salud mental y en su bienestar ya que, al menos en el caso de las mujeres, no parecen favorecerla. Y quizá ello sea una causa relevante de la mayor morbilidad psiquiátrica menor de las mujeres y de la desigualdad social que entre mujeres y hombres aún persiste en la mayoría de las sociedades.

### *Referencias*

- Athenstaedt, U., Heinzle, C. & Lerchbaumer, G. (2008). Gender subgroup self-categorization and gender role self-concept. *Sex Roles, 58*, 266-278.
- Barry, D. T. & Beitel, M. (2006). Sex role ideology among East Asian immigrants in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 512-517.
- Bassoff, E. S. & Glass, G. V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. *The Counseling Psychologist, 10*, 105-112.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 155-162.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review, 88*, 354-364.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender*. New Haven: Yale University Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*, 1385-1401.
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender. An international review. *American Psychologist, 52*, 25-31.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry, 57*, 21-27.
- Egan, S. K. & Perry, D. G. (2001) Gender identity. A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology, 37*, 451-463.

- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M. & Stansfeld, S. (2002). Gender differences in mental health: evidence from three organizations. *Social Science & Medicine*, 54, 621-624.
- Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S. (1999). Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53, 465-475.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Good, G. E., Sherron, N. B. & Dillon, M. G. (2000). Masculine gender role stressors and men's health. En R. M. Eisler y M. Hersen (Eds.), *Handbook of gender, culture and health* (pp. 63-81). Mahwah: LEA.
- Holt, C. L. & Ellis, J. B. (1998). Assessing the current validity of the Bem Sex-Role Inventory. *Sex Roles*, 39, 929-941.
- Huselid, R. F. & Cooper, M. L. (1994). Gender roles as mediators of sex differences in expressions of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 495-603.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klinsten, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J. & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.
- Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-155.
- Lefkowitz, E. S. & Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health. A belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 87, 95-101.
- Lengua, L. J. & Stormshak, J. J. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of doping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43, 787-820.
- Lindorff, M. (2000). It is better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology Health & Medicine*, 5, 271-286.
- López-Sáez, M., Morales, J. F. & Lisbona, A. (2008). Evolution of gender stereotypes in Spain: Traits and roles. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 609-617.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Informe del proyecto de investigación. Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395-403.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R. & Carballeira, M. (2003). Structural differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-1929.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Marrero, R. & Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 51-78.
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Nolen-Hoeksema, S. & Keita, G. P. (2003). Women and depression: Introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 89-90.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Why gender and health?* Encontrado el día 3 de enero de 2004 en <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Gender in Mental Health Research*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Oswald, P. A. (2004). An examination of the current usefulness of the Bem Sex-Role Inventory. *Psychological Reports, 94*, 1331-1336.
- Rector, N. A. & Roger, D. (1993, julio). Self-concept and emotion-control. *Presentación en el 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Congress of Psychology*. Helsinki, Finland.
- Rector, N. A. & Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: a prospective examination. *Personality & Individual Differences, 21*, 663-674.
- Sánchez, D. T. & Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being: the role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly, 29*, 63-77.
- Smith, S. M. & Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition. The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 1092-1107.
- Sweeting, H. & West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science & Medicine, 56*, 31-39.
- Thomas, D. A. & Reznikoff, M. (1984). Sex role orientation, personality structure, and adjustment in women. *Journal of Personality Assessment, 48*, 28-36.
- Thornton, B. & Rachel, L. (1992). Gender typing, importance of multiples roles, and mental health consequences for women. *Sex Roles, 27*, 307-317.
- Van Well, S. Kolf, A. M. & Oei, N. Y. (2007). Direct and indirect assessment of gender role identification. *Sex Roles, 56*, 617-628.
- Weissman, M. M. & Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry, 34*, 98-111.
- Whitley, B. E. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 765-778.
- Yu, L. & Xie, D. (2008). The relationship between desirable and undesirable gender role traits, and their implications for psychological well-being in Chinese culture. *Personality and Individual Differences, 44*, 1517-1527.
- Zeldow, P. B., Daugherty, S. R. & Clark, D. (1987). Masculinity, femininity, and psychosocial adjustment in medical students: A 2-year follow-up. *Journal of Personality Assessment, 51*, 3-14.

Recibido, 4 de abril de 2009

Revisión recibida, 5 de junio de 2009

Aceptado, 17 de junio de 2009