

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS DOCTORAL

**Conformidad con el rol de género femenino, orientación sexual y salud
mental**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Elisabeth Neckenig Bramon

Directora

Marta Evelia Aparicio García

Madrid, 2018



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE

MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO,
ORIENTACIÓN SEXUAL Y SALUD MENTAL

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR

Elisabeth Neckenig Bramon

Bajo la dirección de la doctora

Marta E. Aparicio García



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO,
ORIENTACIÓN SEXUAL Y SALUD MENTAL

TESIS DOCTORAL

Autora

Elisabeth Neckenig Bramon

Madrid, 2017

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Marta E. Aparicio García, por haberme adoptado cuando me quedé huérfana de Julio. Gracias Marta, por haberme regalado la posibilidad de entrar en un campo de investigación completamente nuevo para mí. Gracias por haberme acompañado en todo mi camino adaptándote a mis circunstancias y ofreciéndome siempre todo tu apoyo. Este trabajo ha supuesto para mí una crisis; no por el esfuerzo y la dificultad que ha supuesto, sino porque durante todo este aprendizaje que he llevado a cabo, se han ido rompiendo muchos de mis esquemas del mundo... Gracias.

Al Doctor Julio Fernández Garrido. Gracias por la confianza que siempre me ofreciste reflejada, y por tu generoso tiempo.

A Bruno y a Carla. Gracias por animarme sin entender nada de lo que hago, sacrificando un tiempo que probablemente sería vuestro.

A Jose. Gracias por observar (en el amplio sentido de la palabra), los cambios que en mí se han ido produciendo a medida que cambiaba mi manera de ver el mundo.

Al Doctorando Juanjo Marcano Dasilva, por haberme llevado a iniciar un programa e doctorado, casi sin dejarme alternativa.

A la Doctora Fátima Sánchez-Beleña, a la Doctora Eva Díaz Ramiro y a la Doctora Susana Rubio Valdehita por sus consejos, los cuales han sido todos incorporados a este trabajo.

A todas las mujeres que han participado en esta investigación.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO	11
---------------------------------------	-----------

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD	13
---	-----------

1.1. Concepto de salud	13
1.2. Diferencias en salud entre hombres y mujeres	14
1.3. Determinantes de las diferencias en salud entre hombres y mujeres	20
1.4. El género como determinante de la salud y de las diferencias en salud entre mujeres y hombres	24
1.5. Perspectiva de género en la salud	28
1.6. Género. Interiorización de rol. Medida de la conformidad mediante instrumentos	30
1.7. Conformidad con el rol de género femenino y salud en la mujer.....	34

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL ..	41
---	-----------

2.1. Ansiedad, Depresión y Autoestima como indicadores de Salud Mental	41
2.2. Autoestima, Depresión y Ansiedad en mujeres	45
2.2.1. Autoestima	45
2.2.1.1. Definición de la autoestima.....	46
2.2.1.2. Tipos de autoestima: bases y componentes	48
2.2.1.3. Importancia de la autoestima: fuentes y proceso de adquisición .	52
2.2.1.4. Medida de la autoestima	55
2.2.1.5. Funciones de la autoestima y su relación con otras variables	57
2.2.1.6. Autoestima en mujeres	62
2.2.2. Depresión	65
2.2.2.1. Depresión: clasificación, evaluación y diagnóstico	66
2.2.2.2. Etiología y curso de la depresión	71
2.2.2.3. Características clínicas de la depresión: El modelo tridimensional	74
2.2.2.4. La depresión en mujeres	78
2.2.3. Ansiedad.....	84

2.2.3.1. Ansiedad: clasificación, evaluación y diagnóstico	85
2.2.3.2. Características clínicas de la ansiedad: El modelo tridimensional	90
2.2.3.3. La ansiedad en mujeres	92
2.3. Femenidad como predictor de salud mental: correlaciones entre conformidad con los roles de género femenino y la salud mental en las mujeres	99

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL 107

3.1. Concepto y evaluación de la orientación sexual	107
3.2. Etiología y curso de la orientación sexual	112
3.3. Orientación sexual y salud mental	120
3.4. Conformidad con el rol de género femenino, orientación sexual y salud mental	128

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 4. MÉTODO 135

4.1. Definición del problema y justificación de la investigación	135
4.2. Objetivos e hipótesis	136
4.3. Participantes	138
4.4. Instrumentos	141
4.4.1. Cuestionario datos demográficos	141
4.4.2. Orientación sexual	141
4.4.3. Cuestionario Tridimensional para la depresión (CTD; Jiménez-García y Miguel-Tobal, 2003)	142
4.4.4. Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptación española	143
4.4.5. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 2002)	143
4.4.6. Conformidad con las normas de género femeninas (CFNI-40)	144
4.5. Procedimiento	144
4.6. Análisis de datos	146

4.6.1. Formación de conglomerados de patrones de conformidad con el rol de género femenino, y relación estos de patrones con la orientación sexual	147
4.6.2. Patrones de orientación sexual y conformidad con el rol de género femenino como predictores de la salud mental.	148
4.6.3. Diferencias en salud mental en función del perfil de conformidad con el rol de género femenino	148
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	151
5.1. Patrones de Conformidad con el rol de género femenino y su relación con la Orientación sexual	151
5.1.1. Patrones de Conformidad con el rol de género femenino (Hipótesis 1.1)	151
5.1.2. Patrones de feminidad y Orientación sexual (Hipótesis 1.2)	156
5.2. Patrones de Orientación sexual y Conformidad con los roles de género femenino que predicen la salud mental de las mujeres	160
5.2.1. Evaluación de la Orientación sexual como predictor de salud mental (Hipótesis 2.1)	160
5.2.2. Evaluación de la Orientación sexual y del Perfil de feminidad como predictores de salud mental (Hipótesis 2.2)	162
5.2.3. El Patrón de conformidad con el rol de género femenino como predictor de Salud mental (Hipótesis 2.3)	163
5.3. Comparación de los Patrones de conformidad con el rol de género femenino en las diferentes variables de Salud mental	164
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	171
6.1. Discusión	172
6.2. Limitaciones, perspectivas y líneas futuras	194
RESUMEN EN ESPAÑOL	201
RESUMEN EN INGLÉS	203
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
ANEXOS	237

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Este trabajo se encuadra dentro de un amplio proyecto de investigación dirigido por la Dra. Marta Evelia Aparicio García en la Universidad Complutense de Madrid, el cual tiene como finalidad la elaboración de un modelo biopsicosocial de Salud en la Mujer.

El estudio se aborda desde una perspectiva de género, y tiene como finalidad conocer cómo se relacionan con la Salud Mental de las mujeres, su Conformidad con el rol de género femenino y su Orientación sexual.

El interés sobre estas cuestiones surge por dos motivos. El primero de ellos, es la falta de consenso en la evidencia aportada por investigaciones anteriores, tanto en lo que se refiere a la manera en la que la feminidad afecta a la salud, como en lo referido a la relación que guarda la Orientación sexual con la propia feminidad, así como con el bienestar de las mujeres. El segundo motivo, es la oportunidad de aportar evidencia novedosa por el hecho de conceptualizar la feminidad bajo el paradigma de Conformidad con el rol de género femenino, constructo que ofrece una perspectiva más amplia del término feminidad.

La presente investigación está estructurada en dos partes; la contextualización teórica y la investigación empírica. A su vez, la parte teórica se divide en tres capítulos, en el primero de ellos, se justifica la necesidad de analizar la salud en función del género, se introduce el concepto de Conformidad con el rol de género femenino, y se vincula esta variable a la salud mental de las mujeres.

En el capítulo segundo, se definen los constructos que serán utilizados como indicadores de bienestar (Autoestima, Depresión y Ansiedad), siguiendo una estructura en la que se presentan los principales modelos desde los que se ha estudiado cada variable y sus principales instrumentos de medida; posteriormente se justifica la idoneidad del modelo elegido para esta investigación. A continuación se plantea el estado de la cuestión acerca de la Ansiedad, la Autoestima y la Depresión en las mujeres, y por último, se expone la correlación de estas tres variables con la Conformidad con el rol de género femenino.

El tercer capítulo aborda la Orientación sexual (concepto, evaluación, etiología, curso), y en él se expone la bibliografía científica que pone en relación esta variable con la Salud mental, así como ambos constructos con la Conformidad con el rol de género femenino.

La parte empírica se distribuye también en tres partes; el método, los resultados, y la discusión y conclusiones. En el cuarto capítulo, dedicado al método, se definen en primer lugar el problema y se justifica la investigación, se plantean los objetivos e hipótesis, y a continuación se describe la muestra, los instrumentos, el procedimiento y el análisis de datos empleado para verificar cada una de las hipótesis.

En el quinto capítulo se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de datos, aportando una explicación acerca de los cuatro Patrones de Conformidad con el rol de género hallados; se plantean las relaciones encontradas en este estudio entre las variables Orientación sexual – Conformidad con el rol – Salud mental; y se exponen las correlaciones entre los cuatro Perfiles de Conformidad con el rol de género femenino y los tres indicadores de salud mental.

El capítulo sexto ofrece una discusión acerca de los resultados logrados en esta investigación, poniéndolos en relación con la evidencia previa, y planteando posibles explicaciones a los mismos. Aquí se incluyen también las limitaciones y perspectivas futuras, y se cierra con un resumen con las principales conclusiones.

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

En este capítulo se revisa la existencia de diferencias en salud entre mujeres y hombres con el objeto de justificar la importancia de realizar una aproximación a la salud desde una perspectiva de género. A este mismo efecto, se explora el origen de las disimilitudes en salud entre ambos sexos y se exponen múltiples determinantes encontrados. Existen diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales, y psicológicas que afectan a la salud y a la enfermedad de las personas, actuando en su caso como factores protectores o como factores de riesgo físico y mental.

Una vez expuestas de manera global gran parte de las causas que determinan las diferencias en salud entre hombres y mujeres, se centra la revisión teórica de este estudio en el género, que es un determinante social de la salud. Para ello se definen el término sexo biológico y el constructo género y se establecen sus diferencias. A continuación, se revisan los principales instrumentos para determinar y medir el rol de género, y se introduce por último el concepto de conformidad con el rol de género.

1.1. Concepto de salud

El actual modelo biopsicosocial sostiene que la salud y la enfermedad vienen determinadas por el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales están relacionados entre sí e interactúan de modo que un cambio en cualquiera de los niveles afectará a todos los demás (Amigo, 2012). Este modelo adopta e incorpora la definición de salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), y añade basándose generalmente en la *teoría de los sistemas*, la idea de imposibilidad de disociar los ámbitos físico, psíquico y social de las personas, y su influencia mutua. Además la OMS considera la salud como un derecho indispensable que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Aun cuando estaba vigente el modelo biomédico que sólo tenía en cuenta los aspectos biológicos, debe entenderse que la salud, la enfermedad, así como sus límites y contornos, siempre han sido constructos históricos y socialmente establecidos, y por

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

tanto, están referidos a una época, un sexo, una edad, una etnia, una cultura, etc., a pesar de que la ciencia obviara algunas de estas variables. De acuerdo con el informe de Salud y Género (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) la definición global de salud debe incluir además de lo anterior, el resto de variables que la determinan, como son el nivel de estudios, la clase social, la situación laboral y el hecho de vivir o no en pareja, al igual que los procesos vitales y las experiencias subjetivas de la persona. Para Velasco (2009) el concepto de salud integral debe incluir lo biológico, la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas de enfermar, pero además debe ir más allá del modelo biopsicosocial, ahondando en la manera en la que afectan no solo los factores psicosociales, sino también aquellos determinantes de género, para así poder plantear métodos que cambien las actitudes de vulnerabilidad de las personas. Este es el concepto de salud en el que se encuadra esta investigación y que se puede resumir con la siguiente cita:

“La salud es el resultado del proceso en el que se desenvuelve la vida humana, proceso en el que intervienen, tanto las condiciones de la biología que se materializan en el funcionamiento fisiológico del cuerpo, como todos los impactos que causan las condiciones del contexto en la interacción que las personas mantienen con su medio y además, la forma particular en que cada persona experimenta sus vivencias” (Velasco, 2005, p.63).

1.2. Diferencias en salud entre hombres y mujeres

Los problemas de salud afectan de forma diferenciada a mujeres y hombres. Puede afirmarse con carácter universal que las mujeres tienen mayor esperanza de vida (Barford, Dorling, Davey y Shaw, 2006), sin embargo, cuando se trata de salud, los datos son más dispersos y la enorme diversidad de hallazgos se complica aún más por la disparidad de criterios e indicadores de salud y enfermedad utilizados por los diferentes investigadores. Analizando determinados indicadores como son la salud percibida, la discapacidad, la falta de autonomía para realizar las actividades cotidianas, la diabetes, la artrosis, trastornos de ansiedad, o trastornos del estado de ánimo, las mujeres manifiestan mayores niveles de morbilidad (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2010). No obstante, al estudiar otros indicadores como el sobrepeso, las enfermedades coronarias o algunos tipos de cáncer como el de pulmón, los resultados se invierten (Crimmins et al.,

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

2010). Los hombres son también más veces diagnosticados de trastorno de la personalidad antisocial, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias (Robins, Helzer, Weissan, Orvaschel, Gruenberg, Burke y Reiger, 1984). Lo mismo ocurre al observar la tasa de mortalidad por causas externas; los hombres sufren más accidentes mortales y suicidios (Lasheras, Pires y Rodríguez, 2004). En 2013 fallecieron por suicidio en nuestro país 3.870 personas, de las cuales 2.911 eran hombres y 959 mujeres (INE, 2013).

En España, de acuerdo con el informe Salud y Género (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) el número de muertes prematuras y de patologías graves en hombres con una edad comprendida entre 45 y 65 años es significativamente mayor que en mujeres, beneficiándose éstas de una esperanza de vida de 6,6 años más. No obstante, en realidad esta ganancia se realiza con una merma en calidad de vida, es decir, con incapacidad, de modo que la *Esperanza de Vida Libre de Incapacidad* (EVLI) no presenta una diferencia tan pronunciada entre ambos sexos. En este mismo informe se constata una diferencia en la percepción subjetiva de la propia salud, resultando que las *mujeres maduras* (45 a 65 años) refieren mayor malestar tanto físico como mental, sufren más dolores crónicos de tipo musculoesquelético, dolores de cabeza, dolores causados por varices y dolencias de origen somático. Igualmente destacan por sufrir insomnio, trastornos de ansiedad y afectivos (*problemas de nervios y depresión*), y cansancio sin razón aparente (síndrome de fatiga crónica). Por estos motivos, consumen la mayor parte de los somníferos y tranquilizantes: el 75% de consumidores de estos psicofármacos son mujeres.

Los datos ofrecidos por la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) publicada por el INE (2016) ratifican lo anteriormente expuesto. La valoración del estado de salud percibido por los hombres es mejor que la valoración que hacen las mujeres de su propio estado de salud. Estos datos también confirman que más mujeres que hombres perciben enfermedades o problemas de salud crónicos, y que esto se da en todas las clases sociales.

Lo mismo ocurre al examinar la calidad de vida; estratificando la población en función de clase social conferida por la ocupación laboral de la persona de referencia, y comparando dentro de cada estrato diversos indicadores de salud en función del sexo, se hallan siempre resultados similares, esto es, las mujeres tienen más problemas de

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

movilidad para caminar, lavarse y vestirse, mayores dificultades para la realización de sus actividades cotidianas, más mujeres que hombres acusan dolor o malestar así como ansiedad o depresión. Estas diferencias son muy significativas y se ponen también de manifiesto en todos y cada uno de los niveles socioeconómicos. De igual modo, las tasas de dependencia funcional (para el cuidado personal, tareas domésticas y movilidad) exhibidas por las mujeres son más elevadas que las de los hombres. Otro indicador en este mismo sentido es la autonomía funcional, más frecuente en hombres (61,3%) que en mujeres (47,7%).

La última Encuesta Nacional de Salud (INE, 2016) arroja peores valores para los varones en el cómputo de algunas variables. Una de ellas es el índice de masa corporal, siendo mayores los porcentajes de hombres con sobrepeso y de mujeres con normopeso.

El número muertes por causa externa (suicidios, accidentes, homicidios, agresiones, caídas) es mayor en hombres que en mujeres (4,7% vs. 2,8%). La tasa de accidentalidad (la cual incluye accidentes de cualquier tipo, intoxicaciones y quemaduras) es mayor en hombres y aparece en todos los niveles sociales, salvo para la categoría correspondiente a profesiones asociadas a licenciatura universitaria (categoría I según la Sociedad Española de Epidemiología), en la que ocurre lo contrario, son más las mujeres accidentadas. No obstante, si se observa el dato de accidentalidad comparando únicamente por edad y sexo, se registran más accidentes masculinos tan solo hasta los 54 años, apareciendo un punto de inflexión en la siguiente franja de edad (55-64 años) a partir de la cual queda invertida la tendencia, y son las mujeres las que sufren más accidentes. Este efecto puede encontrar justificación en la segregación ocupacional y en la mayor tasa de empleo masculina. Las profesiones tradicionalmente ocupadas por los hombres implican mayor esfuerzo y riesgo físico, y precisamente a mayor riesgo y exigencia física en el trabajo, más accidentes y mayor anticipación de la edad de jubilación. Puede verse la coincidencia de esta edad (un periodo anterior a los 65 años) con la franja en la que se altera la cantidad de accidentes en función del sexo. Por último, pese la mayor tendencia de la mujer a sufrir depresión (ESEMeD, 2004; Haro et. al., 2006), la tasa de suicidio en hombres triplica la de las mujeres (INE, 2016).

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

La salud mental presenta de igual manera diferente prevalencia en función del sexo y del tipo de trastorno psicológico que se considere. Tal y como señalan Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno-Küstner, Reneses, Usall y Vázquez-Baquero (2004), está ampliamente demostrado que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas en función del sexo. Así, mientras el trastorno de personalidad antisocial, el abuso y la dependencia de alcohol y otras sustancias son con mayor frecuencia diagnosticados en hombres (Horwitz y Raskin, 1987), las mujeres presentan más casos de depresiones, de ansiedad (Arenas y Puigcerver, 2009) y de trastornos de conducta alimentaria (García-Vega, 2011). De nuevo, los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de Salud en España (INE, 2016) apoyan esto último, ya que el número de mujeres con peso insuficiente es mucho mayor que el de hombres, y la anorexia en un trastorno típicamente femenino.

Según consta en el informe del proyecto ESEMeD-España (ESEMeD, 2004; Haro et. al., 2006), en la población española la prevalencia de trastornos afectivos en mujeres prácticamente dobla la de hombres; el 18,2% de las mujeres sufrirán a lo largo de su vida uno de estos trastornos frente a una tasa del 9,5% de los hombres. El valor relativo de estas cifras replica el de otros países (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005).

La ideación suicida y los antecedentes de intento de suicidio también exhiben morbilidad diferente en mujeres y hombres. Según la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente la depresión mayor está altamente correlacionada con el suicidio en mujeres, sin embargo en varones, éste está más relacionado con un intento previo de suicidio, con el consumo de alcohol, el abuso de drogas y patologías relacionadas con la falta de control de impulsos. Existe evidencia de que la prevalencia del intento suicida es mayor en mujeres que en hombres (Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Fernández y Merino, 2001). En este mismo sentido, una investigación llevada a cabo por Calvo, Sánchez y Tejada (2003) reveló que esta morbilidad está asociada en el caso de estudiantes, además de al hecho de pertenecer al género femenino, al hecho de haber sufrido una violación, factor que por otra parte, también está asociado al mismo sexo.

En la revisión realizada por Arenas y Puigcerver (2009) sobre la manifestación sintomática y la prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad en hombres y

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

mujeres (de acuerdo con los criterios de clasificación del DSM-IV-TR), se ponen de manifiesto marcadas diferencias entre ambos sexos en cuanto a prevalencia, curso y manifestación de síntomas. Así la proporción de mujeres que presentan Trastorno de Angustia dobla la de hombres, manifestando ellas los primeros síntomas normalmente a una edad más avanzada, con carácter más severo, y más frecuentemente de naturaleza respiratoria; a diferencia de los varones los cuales suelen presentar problemas gastrointestinales y sudoración excesiva asociados a este trastorno, además de su comienzo que suele darse a una edad más joven. A nivel neurológico, también se han hallado diferencias anatómicas en el cerebro.

Según estas mismas investigadoras, la prevalencia de Agorafobia en mujeres también dobla la de hombres. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida del Trastorno de Ansiedad Generalizada son del 4% y 7% en hombres y mujeres respectivamente. En cuanto al Trastorno Obsesivo Compulsivo, se presenta con la misma frecuencia en ambos sexos, sin embargo, en la población masculina los síntomas comienzan antes y tienen distinto curso, teniendo además las compulsiones peor pronóstico en la población masculina. Por último, la prevalencia-vida de las Fobias Específicas es del 11% en mujeres y del 5% en hombres, y en el mismo sentido se expresan las cifras del Trastorno de Estrés Postraumático (10% y 5%) (Arenas et al., 2009).

En el mismo meta-análisis realizado por Arenas y colaboradores (2009) se exponen investigaciones que ponen de relieve la existencia de diferencias neuroanatómicas o estructurales, hormonales y funcionales en el cerebro de mujeres y varones asociadas a los trastornos del espectro ansioso. Estas autoras plantean además, que sobre todo en la edad reproductiva el riesgo de la mujer de padecer alguno de los trastornos de ansiedad es entre dos y tres veces mayor en mujeres que en hombres, concluyendo que estas diferencias vienen determinadas por factores de vulnerabilidad bioquímicos, hormonales y sociales.

La esquizofrenia es otro trastorno cuya epidemiología es diferente en función del sexo, muchos estudios indican que los varones son los más afectados, a edad más temprana y con peor evolución que en mujeres (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2012), si bien es cierto que estas diferencias no son tan significativas como en el caso del resto de trastornos mentales antes tratados en este apartado.

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

Un estudio llevado a cabo por Crimmins, Ki Kim y Solé-Auró (2010) que incluía 12 países de Europa (entre los que se encontraba España) y Estados Unidos puso de manifiesto que las diferencias en salud tanto física como mental, entre hombres y mujeres son bastante similares en los distintos países incluidos en la investigación.

En lo concerniente a la utilización de servicios sanitarios, en términos generales y continuando con los datos obtenidos de la última Encuesta Nacional de Salud (INE, 2016), las mujeres acuden al médico con mayor frecuencia que los hombres, independientemente de la clase social. Estas además, se someten a más hospitalizaciones, realizan una mayor utilización de los servicios de urgencias y consumen más medicamentos.

Se ha señalado que el gasto anual sanitario en atención primaria dentro del sector público es ligeramente mayor en mujeres que en hombres (Aguado, Rodríguez, Flor, Sicras, Ruíz y Prados-Torres, 2012). Este hecho se explica argumentando que a lo largo de la senectud se incrementa cada vez más con la edad la utilización de servicios sanitarios por parte de ambos sexos. El hecho de que las mujeres son más longevas, justifica un mayor gasto por parte de éstas en la última etapa de la vida. Además, su mayor gasto en edades centrales puede deberse a motivos gineco-obstétricos según estos investigadores. No obstante, en otros países no existe tal diferencia en función del sexo (Campbell, Ramsay y Green, 2001), aunque sí varía el gasto sanitario en función de otros factores como raza, edad o nivel socioeconómico. De hecho, en España, si se excluyen las hospitalizaciones en mujeres cuya causa estriba en cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio, sería mayor el número de hospitalizaciones masculinas según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE (2015).

Según lo anteriormente expuesto, queda patente que las mujeres y los hombres tienen patrones de salud y enfermedad y tasas de mortalidad diferentes. Algunos autores (Horwitz y Raskin, 1987) señalaron que las tasas generales de patologías son similares en ambos sexos, existiendo una marcada diferencia cualitativa en cuanto a trastornos específicos. Con índole más reciente, hay investigadores que afirman en términos absolutos que las mujeres tienen peor salud que los hombres (Sánchez-López, Aparicio y Dresch, 2006; Brabete y Sánchez-López, 2012) pese a que la esperanza de vida de las primeras es mayor.

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

En todo caso, es manifiesto que hombres y mujeres gozan de buena salud o enferman por causas diferentes, que son más vulnerables o cuentan con más factores de protección frente a unas patologías que frente a otras, y que las enfermedades no se manifiestan del mismo modo, ni los síntomas con la misma intensidad en ambos. Entonces, para promover medidas y políticas eficientes que preserven la salud de las poblaciones, resulta imprescindible plantearse como siguiente cuestión un análisis de las causas de las diferencias en salud entre las poblaciones femenina y masculina.

1.3. Determinantes de las diferencias en salud entre hombres y mujeres.

Desde que se comenzó a revelar a mediados de la década de los 70 la existencia de una mayor tasa de morbilidad en mujeres que en hombres durante la edad adulta (Annandale y Hunt, 1990), se ha ido desarrollando hasta la fecha un amplio cuerpo de investigación científica ocupado en atribuir las causas que originan tales diferencias. En 1997 Nathanson realizó un meta-análisis recopilando datos de Europa y América del Norte los cuales apoyaban que en todos los países desarrollados las tasas de mortalidad de los hombres eran mayores que las de las mujeres, no obstante, la gravedad de las enfermedades que la población femenina informaba, así como la utilización de servicios de salud por parte de esta, era mayor. El origen de estas diferencias ya fue entonces en gran parte atribuido a factores psicológicos y sociales (Verbrugge, 1985).

Sin embargo, tradicionalmente se han justificado las diferencias en salud entre hombres y mujeres teniendo en cuenta sólo aspectos biológicos. La anatomía, las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan sin duda un papel importante en la diferente manera de enfermar y morir de mujeres y hombres. Ya se apuntó en el apartado anterior que existen singularidades morfológicas y funcionales en el cerebro relacionadas con las diferencias en prevalencia, síntomas y curso de los trastornos de ansiedad. Las hormonas son otro ejemplo que acredita la presencia de disparidad de tipos de cáncer en hombres (próstata, testículos) y mujeres (mama). También tienen origen endocrino la osteoporosis en mujeres, o enfermedades relacionadas con el embarazo y parto. Del mismo modo, la presencia de trastornos del estado de ánimo como el síndrome premenstrual o la depresión postparto se justifican mediante la diferente endocrinología. Las diferencias metabólicas son por su lado

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

responsables, al menos en parte, de la mayor tasa de mortalidad causada por diabetes en mujeres que en hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). La mayor prevalencia de algunas enfermedades cardiovasculares en hombres también puede argumentarse en parte debida al metabolismo, ya que la acumulación de grasa en el abdomen, más frecuente en hombres que en mujeres, es un factor de riesgo de padecer este tipo de enfermedad (Amigo, 2012).

Aún con todo ello, la biología resulta absolutamente insuficiente para explicar la mayoría de las enfermedades, tanto a nivel de incidencia, como de evolución y pronóstico. El modelo biomédico no tiene en cuenta que el diagnóstico depende en parte de la información que da el paciente, y esta viene determinada por sus propios procesos psicológicos subjetivos. Tampoco tiene en cuenta cómo influyen las situaciones vitales en la salud de las personas, ni cómo el contexto social determina o modera dichas situaciones.

La OMS (1998) establece como determinantes de la salud el “*conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones*”. El modelo de Laframboise (1973) desarrollado por Lahonde (1981), que continúa siendo un referente para el establecimiento de políticas de sanidad, establece cuatro determinantes de la salud que más o menos se corresponden con los establecidos por la OMS: la biología humana, que sería parte de los factores personales que contempla la Organización Mundial de la Salud; el medio ambiente; los estilos de vida y conductas de salud, que resultan de la interacción de factores personales, sociales, políticos y ambientales; y el sistema de cuidados de salud, que queda establecido principalmente por decisiones políticas.

Si además de lo biológico, todos estos elementos influyen en el estado de bienestar completo que se asimila al concepto de salud, el siguiente paso es analizar las diferencias ambientales, políticas, sociales o de índole personal que pueden estar contribuyendo a las diferencias en morbilidad y mortalidad entre mujeres y hombres.

La Organización Mundial de la Salud entiende y contempla todos estos factores de manera interrelacionada: “*los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero,*

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2009).

En España, al observar la distribución de dinero y poder, puede comprobarse que efectivamente, de acuerdo con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Estructura Salarial (año 2014) publicada por el INE (2016) la brecha salarial es del 14%; las mujeres perciben salarios más bajos que los hombres, tanto si se mira la ganancia media anual (la femenina es el 76,74% de la masculina) como si se comparan las rentas dentro de la misma ocupación. Además, del total de trabajadores con *ganancia baja (low pay rate)* esto es, por debajo del SMI, el 63,79 son mujeres. Basta observar que en el año 2015, el porcentaje de mujeres que formaban parte de Consejos de Administración de las empresas que componen el Ibex-35, fue del 19,4%, y que los órganos superiores y altos cargos de la Administración General del Estado eran ocupados en menos de una tercera parte por mujeres (INE, 2017). Por tanto, en España, al igual que en el resto de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, aunque con diferentes tasas, la distribución de dinero y poder entre hombres y mujeres es desigual (OCDE, 2015), y estas diferencias de acuerdo a lo que entiende la OMS como determinantes sociales, necesariamente determinarán algunas diferencias en salud.

Al examinar el sistema de cuidados de salud, numerosas investigaciones denuncian por un lado, la diferencia en el acceso a los recursos (Doyal, 2001; López, Findling y Abramzón, 2006), y por otro, la existencia de sesgos de género en la investigación (entre el 70 y el 80% de los ensayos clínicos se realizan sólo sobre la población masculina) (Borrell y Malmusi, 2010; Borrell y Artazcoz, 2008). Esto hace que no se tenga en cuenta la morbilidad diferencial, lo que por tanto, provoca a su vez sesgos de género en la atención a los pacientes (Velasco, 2008).

Las diferencias ambientales se hacen evidentes sólo con tener en cuenta la segregación ocupacional horizontal (de la segregación vertical ya se ha hablado); la fuerza de trabajo femenina se concentra en pocos sectores de actividad económica, sobre todo en el sector servicios, y las ocupaciones con alto riesgo de accidentes son tradicionalmente ocupadas por hombres. Por otro lado, las tareas domésticas y el cuidado de familiares y enfermos es una tarea que recae principalmente sobre mujeres (Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Rivas, 2012), y de acuerdo con Rohlf (2003) y

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

Rohlf et al. (1997) “el reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que éste se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres”. Por su parte, la situación de estrés que provoca el cuidado de familiares, acarrea problemas para la salud de tipo físico, psicológico y psicosomático (Sánchez-López, Cuellar, Sánchez-Herrero, Aparicio, 2009).

Dentro de las variables personales que tal y como declara la OMS (1998), determinan la salud, al observar los estilos de vida, las conductas de riesgo y las conductas para la salud llevadas a cabo por parte de los individuos, también se encuentran diferencias entre hombres y mujeres. Estas diferencias ponen de relieve diferentes motivaciones cuya naturaleza, es muchos casos, es claramente de origen psicosocial.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2016), puede decirse que las mujeres son más proactivas en cuanto a prácticas preventivas en cuestiones de salud puesto que con mayor frecuencia que los hombres se vacunan contra la gripe, se toman la tensión arterial y realizan mediciones de colesterol.

Continuando con lo que concierne a comportamientos de salud, según un estudio llevado a cabo por Pavón y Moreno (2008) en estudiantes universitarios, los varones practican más actividad física y deporte que las mujeres, las cuales muestran preferencia por actividades sociales y otras aficiones personales. En cuanto a las motivaciones hacia la práctica deportiva, las mujeres sienten mayor interés por los aspectos saludables del ejercicio físico, mientras que los hombres están más interesados en el rendimiento.

En lo relativo a comportamientos de riesgo, de nuevo los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE, 2016) informan que dentro de la población masculina hay más fumadores que en la femenina (casi un 28% frente a algo más de un 20%) y que la tasa de hombres que se declara consumidor habitual de alcohol dobla la femenina (aproximadamente un 52% frente a un 25%), siendo un 21,2% de los hombres consumidores diarios de alcohol, frente al 6,7% de las mujeres que consumen a diario.

Con objeto de justificar la necesidad de abordar la investigación en Psicología de la Salud de manera diferenciada en hombres y en mujeres, se han expuesto hasta este momento, una serie de datos que avalan la existencia de diferente morbilidad y

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

mortalidad entre sexos. A continuación, se han puesto de manifiesto una serie de determinantes personales, sociales, ambientales y políticos que de acuerdo con la perspectiva de la OMS (1998) y teniendo en cuenta también el modelo de Lahonde (1981), explican estas diferencias.

La siguiente empresa en este trabajo es la búsqueda de aquello que motiva que los determinantes de la salud que van más allá de lo biológico, sean otros y no los mismos para hombres y para mujeres. Estos determinantes de origen social, que afectan a mujeres y a hombres de forma desigual y tienen como causa el sexo biológico, sin que la biología pueda justificar al menos en suficiente medida su incidencia, están relacionados con el género.

A continuación se explicará cómo el género interviene y afecta a muchos determinantes de la salud de manera desigual en hombres y mujeres. Para ello se definirán primero los conceptos de género y sexo biológico.

1.4. El género como determinante de la salud y de las diferencias en salud entre mujeres y hombres

El género puede definirse como un constructo social y culturalmente establecido, indisociable del sexo biológico ya que en función del mismo, define lo masculino y lo femenino. Siguiendo a Castañeda (2007), el género posee aspectos subjetivos como son los rasgos de personalidad, las actitudes y los valores, así como aspectos objetivos que son aquellos que se manifiestan conductualmente.

Por tanto, a diferencia del sexo, el género (o rol de género) no es una categoría estática, cambia de unas sociedades a otras y a lo largo de la historia, ya que se produce a través de las acciones de las personas, las cuales se basan en convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres (Borrell y Artazcoz, 2008). A su vez, de acuerdo con Sánchez-López (2013), toda esta construcción de expectativas, roles y relaciones basadas en el género tiene su origen en las instituciones sociales; familia, cultura, medios de comunicación, sistema educativo, leyes y poderes religiosos y políticos.

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

El sexo por su parte, se refiere a las características físicas, anatómicas y fisiológicas de los individuos. Por tanto, se trata de diferencias entre hombres y mujeres biológicamente establecidas, y no social y culturalmente construidas como ocurre con el género (Sánchez-López, 2013).

La divergencia en morbilidad y mortalidad sólo es posible de entender cuando se tienen en cuenta además de las diferencias biológicas ligadas al sexo, aquellas desigualdades de origen social (Rohlf, Borrel y Fonseca, 2000). Para otros autores el estilo de vida, la adopción de conductas de riesgo y las prácticas preventivas saludables, son los mayores determinantes de la salud y están claramente derivados del rol de género (Verbrugge, 1985). Este autor afirma que, aunque en otro orden, también son importantes factores de corte psicológico, como la percepción y evaluación de los síntomas, junto a la actitud hacia el tratamiento terapéutico. Sin duda, estos aspectos también tienen una influencia social y están claramente relacionados con el rol de género.

A pesar de no ser una misma cosa, sexo y género no pueden separarse, de hecho, interaccionan como determinantes de la salud. Un ejemplo de esto se ofrece para el caso de la cardiopatía isquémica, enfermedad impactada tanto por las diferencias biológicas como por las desigualdades sociales en todo el proceso de prevención, tratamiento y rehabilitación (Rohlf, García, Gavaldà, Medranod, Juvinyà, Baltasara et al., 2003).

Parafraseando a varios investigadores, “la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual” (Corral, Castañeda, Barzaga y Santana, 2010; Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000). Las diferencias residen en los factores biológicos inherentes a la naturaleza humana; genéticos, hereditarios, fisiológicos. Estos factores condicionan en función del sexo diferentes patrones de salud y enfermedad, y estas diferencias se mantienen muchas veces *invisibles* y por tanto quedan al margen del campo científico de la salud. Es en este punto en el que aparece la desigualdad, que se acrecienta además por todos aquellos otros factores de origen social y cultural, es decir, explicados por el género y que no son tenidos en cuenta a la hora de preservar la salud o el bienestar.

En línea con lo anterior, se denuncia la existencia de sesgos de género en el esfuerzo terapéutico (Ruíz y Verdú, 2004). “*El sesgo de género en la atención es el error debido a no considerar las diferencias debidas al sexo biológico y las diferentes*

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

formas de enfermar debidas al género, o bien, actuar a través de un estereotipo de género” (Velasco, 2009). Muchos estudios biomédicos, partiendo de la presunción errónea de igualdad entre hombres y mujeres, se realizan sobre una muestra masculina, infiriendo los resultados a toda la población. Estos sesgos se extienden a la aplicación de procedimientos terapéuticos, a la utilización hospitalaria, a la demora y espera para la asistencia sanitaria, y a la prescripción de fármacos psicotrópicos. El malestar de las mujeres está medicalizado (Ruíz et al., 2004), bien sea porque las mujeres se quejan más, bien sea porque los síntomas físicos son en demasía atribuidos a trastornos de ansiedad o depresión.

En una investigación se estudió la probabilidad de que se prescribieran restricciones de la actividad por parte de los médicos a hombres y mujeres en las mismas condiciones (Gelb, Rogers, Tarlov, McHorney y Ware, 1998). Estos investigadores hallaron que era 3,6 veces más probable la prescripción de restringir la actividad a mujeres que a hombres. Esta diferencia se explicó con dos factores; uno, las mujeres exhibían mayor conducta de enfermedad, y dos, el sesgo de género del médico (provocado en parte según estos autores por las conductas de enfermedad), sobre todo si el sanitario era hombre.

Sin embargo, en una investigación previa a la descrita en el párrafo anterior, Hibbard y Pope (1983) indagaron sobre si la orientación hacia la enfermedad era uno de los factores que explicaban la mayor utilización de los servicios médicos por parte de las mujeres. Los resultados revelaron que, si bien es cierto que las mujeres eran más propensas a percibir los síntomas que los hombres, no existe ninguna diferencia significativa en la adopción del rol de enfermo cuando se ha diagnosticado la enfermedad. Se puso además de manifiesto, que el interés y la preocupación por la salud, así como el rol responsable sobre la misma, son los dos factores asociados al rol de género, que determinan que las mujeres informen más, los síntomas que presentan, y que los hombres no lo hagan. Por tanto, la percepción de síntomas y la preocupación por la salud son dos elementos que contribuyen a la diferente tasa de utilización de servicios médicos, aunque esta diferencia sólo se da para un nivel medio de síntomas, dejando de ser estadísticamente significativas las diferencias cuando los síntomas informados aparecen en un número muy bajo o muy alto.

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

El rol de género puede explicar muchas diferencias en estilos de vida y conductas de salud (Brabete y Sánchez-López, 2001) expuestas en los apartados anteriores, ya que estas conductas reflejan en parte normas sociales y culturales (Nathanson, 1997). El género puede condicionar la diferente exposición a ciertos riesgos, por ejemplo, se ha constatado que los hombres adoptan más conductas de riesgo en la conducción de vehículos, que beben más alcohol y fuman más, también practican sexo más arriesgado, y realizan menos prácticas preventivas como no usar crema protectora para el sol (Aparicio, Sanz y Ramos, 2011; Borrell et al., 2008). El género puede asimismo condicionar la mayor proactividad de las mujeres en la prevención de salud, el reconocimiento de la enfermedad y la búsqueda de ayuda. Según Nathanson (1977) se incentiva a las mujeres a definir sus problemas en términos médicos y a buscar ayuda dentro del sistema sanitario.

Del mismo modo, el género puede explicar el impacto diferente de otros determinantes de salud. Así, se ha puesto de que la situación y el estatus laboral reducen o eliminan algunas diferencias en salud entre hombres y mujeres, y que la salud física de las mujeres está íntimamente vinculada a su salud mental (más que en los hombres) (Sánchez-López, Aparicio y Dresch, 2006; Emslie et al., 2002). De hecho, los determinantes más importantes que afectan a la salud de las mujeres son de tipo socioeconómico y psicosocial (Palomino, Grande y Linares, 2014).

Para entender la morbilidad de la mujer, se han destacado como factores sociales a tener en cuenta los patrones de socialización, los roles familiares, las obligaciones, las expectativas laborales y los tipos de ocupación (Rohlf, 2003). Todos estos elementos son para la autora generadores de situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y tienen una marcada influencia en su salud. Esta investigadora propone que esto, en gran medida, puede justificar mayor morbilidad por trastornos crónicos que se extienden en toda la vida sin producir la muerte en las mujeres.

En función de las cuestiones expuestas en este apartado, es posible afirmar que algunas diferencias en salud relacionadas con el género, bien generan inequidad en salud, bien son producto de esta (Velasco, 2009).

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

1.5. Perspectiva de género en la salud

“Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades” (OMS, 2001).

Partiendo de la complejidad de la salud, como proceso determinado por factores biológicos, sociales, ambientales y de los servicios de salud, el género tiene un importante papel por el hecho de estar relacionado con todos ellos (Rohlf et al., 2000). El enfoque de género en la salud es un fenómeno reciente, definido por el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres y poniendo el énfasis en las desigualdades que trascienden al campo de la salud de unas y otros (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, (2004). Velasco (2009) define los roles de género como “modos de vida socialmente perpetuados que imprimen vulnerabilidad de género a hombres y mujeres”. Este enfoque permite identificar los riesgos y daños particulares a hombres y mujeres para así establecer formas de control y prevención específicos (Castañeda, 2014, p. 253):

“El análisis de género en salud es la forma de estudiar el género como determinante social de la salud de las poblaciones mediante el examen de la interacción de factores biológicos y socioculturales sobre los comportamientos, riesgos, daños, acceso y control de los recursos de la salud. Es necesario considerar además, las experiencias diferenciales de mujeres y hombres de acuerdo a la edad, la clase social, el grupo étnico, la zona de residencia, la orientación sexual, entre otros aspectos. Los roles que realizan mujeres y hombres no son los mismos, el acceso al poder y los recursos son también diferentes para cada sexo; en general las formas de vivir son distintas y por tanto el proceso salud-enfermedad de los grupos de féminas y de varones no son iguales (...) El marco teórico de este tipo de investigación tiene que contemplar la igualdad de género en salud que significa que mujeres y hombres tienen oportunidades iguales para comprender los derechos de gozar buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados, así como la inequidad de género que se refiere a las diferencias injustas, innecesarias y

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

evitables entre mujeres y hombres en cuanto al estado de salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario.”.

Tal y como determina la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), el *mainstreaming* de género es el enfoque que más y mejor se aproxima al logro de la equidad en la salud, puesto que consiste en extender las estrategias y las intervenciones a todos los ámbitos que están de cualquier modo relacionados con la salud. Abarca desde el logro de la participación significativa en las instituciones y en las políticas desde un enfoque de igualdad representatividad de géneros, hasta las actuaciones más técnicas y concretas sobre cuestiones directamente relacionadas con cada objetivo específico, desde la misma perspectiva de equidad de género. Esto no implica igualdad en sentido estricto, sino intervención sobre aquellas situaciones que generan perjuicio o situación de desventaja a cualquier colectivo o grupo de personas, es decir, inequidad entendida como diferencias innecesarias, evitables e injustas (Sánchez-López, 2013).

Para lograr la equidad debe tenerse en cuenta el impacto diferencial que tiene cualquier actuación o estereotipo sobre la salud de las mujeres y de los hombres, y por tanto, si este impacto disminuirá o aumentará las desigualdades (Colomer, 2007).

La investigación en salud con enfoque de género puede estar dirigida al estudio de todos los hombres y mujeres, o puede estar constreñida a cualquier subpoblación de este universo (Castañeda, 2014). Esta investigación se llevará a cabo bajo esta perspectiva de género y se centrará en mujeres.

Hasta el momento se ha planteado cómo el sexo biológico junto con lo que la sociedad espera de cada individuo o le impone por el mero hecho de ser hombre o mujer (rol de género), influyen de manera directa e indirecta sobre la salud. Pero sería un error presuponer que las mujeres se identifican a sí mismas como “femeninas” y los hombres como “masculinos” sólo porque la sociedad y la cultura así lo establezcan. Resulta imprescindible incluir el ámbito subjetivo de la persona para un mayor conocimiento de cómo afecta el género a la salud. De esto tratan los siguientes apartados.

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

1.6. Género. Interiorización de rol. Medida de la conformidad mediante instrumentos

Desde la aceptación de que el sexo y el género determinan las diferencias en salud entre hombres y mujeres, se postuló que estos dos conceptos no necesariamente tienen que coincidir en una misma persona (Annandale y Hunt, 1990). Así, las mujeres y los hombres no necesariamente sienten conformidad con los tradicionales roles de género femeninos y masculinos respectivamente, es decir, no todas las mujeres son lo que se entiende socialmente como femeninas, ni todos los hombres son masculinos.

Tradicionalmente la masculinidad y la feminidad se consideraban los dos extremos opuestos de una dimensión bipolar y por tanto se entendían mutuamente excluyentes. La asociación positiva entre sexo y género se vinculaba a una buena salud mental mientras que la asociación negativa se consideraba una desviación (Annandale et al., 1990; Barra, 2002). A partir de los años 70 se plantea el género como bidimensional y ortogonal (Sebastián, Aguiñiga y Moreno, 1987), es decir la masculinidad y la feminidad como dimensiones independientes de manera que pueden coexistir en mayor o menor medida en cualquier persona, independientemente de su sexo.

Desde este enfoque, se desarrolló el Inventario de Rol Sexual (BSRI; Bem, 1974) que sirve como medida de percepción subjetiva del rol de género siendo su principal bondad posibilitar la medida de los distintos niveles de masculinidad y feminidad en una misma persona, pudiendo esta, en función de las puntuaciones obtenidas en las dos escalas ser masculina, femenina, andrógina o indiferenciada (Hoffman y Borders, 2001). Desde la perspectiva de salud mental, tener puntuaciones elevadas en ambos roles, esto es lo que se conoce como androginia, se considera más adaptativo pues correlaciona con mejor salud mental (Holt y Ellis, 1998).

Junto con el BSRI, el otro instrumento más utilizado para medir la masculinidad y la feminidad es el Personal Attributes Questionari (PAQ) desarrollado en 1975 por Spence, Helmreich y Strapp y en 1978 por Spence y Helmreich (Díaz-Loving, Rocha y Rivera, 2004; Barra, 2002; Helmreich, Spence y Wilhelm, 1981). Existen varios instrumentos elaborados a partir de este modelo de masculinidad y feminidad basados en la atribución de roles expresivos e instrumentales a mujeres y hombres respectivamente (Sebastián et al., 1987).

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

Una de las críticas más importantes que ha sufrido el BSRI se refiere a la validez de constructo. Si bien el inventario pretende medir los roles que juegan los hombres y las mujeres en la sociedad, lo cierto es que dentro de sus reactivos se incluyen aspectos que aluden más a rasgos de personalidad instrumentales y expresivos que a roles (Betz, 1995 citado en Lyons, 2015; Mahalik, Morray, Coonerty-Femiano, Ludlow, Slattery y Smiler, 2005). Lo mismo ocurre con el PAQ, instrumento que se apoya en características relacionadas con la personalidad, para caracterizar los roles desempeñados por hombres y mujeres (Díaz-Loving et al., 2004).

Estos dos instrumentos tienen en común la asunción teórica de que tanto la masculinidad como la feminidad constan cada una por su parte, de una única dimensión. Sin embargo, los análisis factoriales llevados a cabo por otros investigadores ponen de manifiesto que hay más de un factor tanto para la masculinidad como para la feminidad (Helmreich, Spence y Wilhelm, 1981).

Mahalik y colaboradores (2005) critican también que los instrumentos que miden la feminidad o la masculinidad dan una puntuación única, que se obtiene midiendo rasgos de personalidad socialmente considerados como femeninos o masculinos. Por otro lado, la principal crítica que recibe el CFNI (Mahalik et al., 2005) se refiere a la muestra, compuesta casi exclusivamente por mujeres heterosexuales americanas de origen caucásico.

Pese a estas diferencias, existe correlación significativa entre ambos modelos. Así, las puntuaciones altas en la escala total de CFNI, al igual que puntuaciones altas en las subescalas de amabilidad en las relaciones, interés en el cuidado de hijos, interés en las relaciones románticas y fidelidad sexual correlacionan positivamente con altas puntuaciones en la dimensión única de feminidad de la escala BSRI (Bem, 1974). Del mismo modo, correlacionan negativamente con la dimensión masculina de esta escala, puntuaciones elevadas en las subescalas modestia y fidelidad sexual, así como la puntuación total de la CFNI (Mahalik et al., 2005; Parent y Moradi, 2010).

Las investigaciones actuales consideran que los roles de género se basan en multitud de creencias culturales, las cuales afectan a las relaciones de género, a las actitudes, a las creencias, etc. Puesto que en realidad son muchos los factores que componen un constructo tan complejo como es el género, hay que considerar la

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

idiosincrasia de cada persona en su concepto subjetivo de género. Por ejemplo, para unas mujeres la feminidad puede estar relacionada con la maternidad, para otras con el cuidado estético de la apariencia física y la delgadez, para otras con el romanticismo, o con el cuidado y mantenimiento del hogar por ejemplo (Parent et al., 2010).

Mientras la escala de conformidad con las normas de género femeninas (CFNI; Mahalik et al, 2005) comprende esta multidimensionalidad, el inventario de Bem (BSRI; Bem, 1974) no lo hace. Además, son objetivos explícitos de Mahalik y colaboradores (2005) la elaboración de un instrumento que permita por un lado, una aproximación al efecto que ejercen las normas específicas sobre la mujer, y por otro, conocer cómo influye el contexto en la construcción de la feminidad. Estos son los principales motivos por los cuales esta tesis se apoya en el modelo de Mahalik para operativizar el concepto de género.

En lo relativo a multidimensionalidad de la feminidad, el CFNI ha revelado una estructura compuesta por los siguientes ocho factores: 1) factor relacionado con la amabilidad en las relaciones con otros; 2) factor relacionado con la búsqueda de la delgadez ideal; 3) factor relacionado con la modestia; 4) factor relacionado con encargarse del mantenimiento del hogar (“doméstica”); 5) factor relacionado con encargarse del cuidado de niños/as; 6) factor relacionado con el romanticismo en las relaciones; 7) factor relacionado con la fidelidad sexual y con el sexo contemplado como parte de una relación de pareja estable; y 8) factor relacionado con el empleo de recursos para mantener o mejorar el propio aspecto físico.

Mahalik y colaboradores (2003, 2005) definen la feminidad como el grado de conformidad de las mujeres con las normas de género socialmente establecidas, que están incluidas en las dimensiones anteriormente citadas, y que designan lo que se considera socialmente apropiado para las mujeres. Estas normas son además transmitidas en cada cultura y pueden ser identificadas por los miembros de cada sociedad.

El nivel de conformidad es gradual e ideográfico, cada mujer puede sentir mayor o menor aquiescencia con cada una de las entidades que forman parte del rol de género femenino. Dicho de otro modo, se entiende la feminidad como una construcción

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

personal basada en la combinación de diferentes características correspondientes a distintas entidades del rol y con una determinada graduación (Mahalik et al., 2005).

Si la feminidad viene determinada, como se ha expuesto, por el nivel de conformidad con las normas de género, la conformidad con estas normas puede definirse como la adhesión a las mismas y a los estándares socialmente establecidos (Mahalik et al., 2005). Esta adhesión se pone de manifiesto en tres esferas: a nivel comportamental, es decir, mediante la manifestación de conductas acordes con la norma; a nivel cognitivo, es decir, mediante creencias sobre la importancia y el valor de la norma; y a nivel afectivo, lo cual implica sentimientos positivos hacia la adherencia a esa norma (i.e. orgullo) y sentimientos negativos relacionados con la disconformidad (i.e. vergüenza). La conformidad con el rol de género se ha expresado también como la evaluación de los niveles de feminidad y masculinidad en el *autoconcepto* de la persona (Annandale et al, 1990).

Es conveniente aclarar que en la literatura muchas veces se habla de instrumentos para medir el “rol de género” y este uso de la terminología puede llevar a confusión. Los roles de género son en realidad el conjunto de normas sociales atribuidas a cada sexo, por tanto, su medida no procede a los efectos de esta investigación. Lo que se pretende evaluar, es cómo una persona internaliza estas normas sociales de rol de género.

Una distinción muy clara entre los ámbitos social y psicológico del género es una que define que “los roles de género son determinante sociales, son modos de vida socialmente perpetuados que imprimen vulnerabilidad de género a hombres y mujeres” y por otro lado, “los ideales de feminidad y masculinidad y sus vivencias subjetivas son determinantes psíquicos de género” (Velasco, 2009). Es este ámbito, el psicológico, el que está relacionado con la conformidad o adherencia con el rol de género, la cual es resultado del proceso de interiorización, y en esta investigación se determinará como ya se ha planteado mediante el CFNI (Mahalik et al., 2005).

En la adaptación española de esta escala (Sánchez-López, Cuellar, Dresh y Aparicio, 2009), se han salvado las críticas sufridas por Mahalik relacionadas con la composición de la muestra, haciéndola más heterogénea, y han conseguido así un instrumento de aplicabilidad en España que permite evaluar la feminidad, entendida

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

también por estas investigadoras como una dimensión psicológica susceptible de medida.

Hasta este punto se ha expuesto cómo la salud se ve afectada por determinantes biológicos (ligados al sexo), sociales y culturales (rol de género), y psicológicos (feminidad y masculinidad). Se ha propuesto también cómo evaluar la feminidad. A continuación se profundizará en la relación feminidad y salud.

1.7. Conformidad con el rol de género femenino y salud en la mujer

Hace más de dos décadas se planteó la posibilidad de que en realidad la salud no venga determinada por la combinación sexo-género, sino que sean por un lado, la masculinidad el factor asociado a la buena salud y por otro, la feminidad el factor asociado a mala salud, y que estos factores hayan estado enmascarados por el sexo, ya que lo que sí es de esperar, es que la mayoría de las mujeres y de los hombres presenten conformidad con el rol de género que les es socialmente asignado en función de su sexo biológico (Annandale et al., 1990).

Estas investigadoras sugieren que este puede ser el motivo por el cual tantas investigaciones en género y salud se centren en las diferencias entre hombres y mujeres a pesar de que está claro que género y sexo no son una misma cosa, y que el sexo es “una medida imperfecta del género” (Walters, 2004).

Se ha planteado ya en este trabajo el hecho de que la sociedad establece demandas diferentes en función del sexo. También es sabido que el aprendizaje de las normas de género comienza a una edad muy temprana (Good y Sánchez, 2010) y se extiende a lo largo del desarrollo hasta la edad adulta. Mediante este aprendizaje social las personas se ven predispuestas a asumir un rol de género masculino o femenino en función de su sexo biológico. Se ha expuesto además, que este rol marca unas pautas de comportamiento relacionadas con la salud y con la respuesta a los síntomas de enfermedad. Sin embargo, estos comportamientos y respuestas no son homogéneos en toda la población femenina. Las normas y los valores relacionados con el género son incorporados por las mujeres en sus sistemas de valores y creencias, influyendo en su propia identidad. La identidad de género es por tanto parte de la identidad de la persona, y no todas las mujeres internalizan de la misma forma las normas sociales de rol de

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

género, ni tienen la misma actitud hacia la identidad de género femenina (Becker, 2010).

Por todo lo anterior, como paso siguiente, es necesario planear la posibilidad de que sexo, género y conformidad con el rol de género no necesariamente coincidan, y que este hecho puede tener repercusiones sobre la salud que deben ser planteadas.

A continuación, se relacionarán los resultados de algunas investigaciones que ponen en relación la feminidad con la salud. Muchas de ellas se han llevado a cabo evaluando el nivel de feminidad a través de la escala BSRI puesto que ha sido la más utilizada al menos hasta que se desarrolló la CFNI. A pesar de que la presente investigación se desarrolla sobre este último modelo de feminidad, se citarán investigaciones anteriores al mismo, por su amplia disponibilidad y porque ponen de manifiesto la tesis de que la conformidad con el rol de género repercute sobre la salud con independencia del binomio sex-género de la persona. Además, dada la correlación positiva que existe entre los valores totales de feminidad medidos con ambas escalas, los resultados indicarán también la dirección de la relación conformidad con las normas de género y salud.

Antes de que se incluyera el concepto de la multidimensionalidad a la conformidad con el rol de género (Mahalik, 2003; 2005), las investigaciones que versaban sobre la relación entre esta y el bienestar psicológico se encuadraban en alguno de los siguientes tres modelos (Whitley, 1983):

a) Modelo de congruencia. Defiende que la única forma de promover el bienestar psicológico en lo relacionado con el rol de género, es mediante la exhibición de comportamientos y características psicológicas congruentes con el propio género, esto es, la tipificación sexual. Es decir, la feminidad promovería el bienestar en mujeres y la masculinidad en hombres.

b) Modelo andrógino. Se corresponde con el postulado de Bem (1974), el cual sostiene que altos niveles de feminidad y masculinidad en un mismo individuo promueven mayor autoestima porque aúnan las cualidades instrumentales y expresivas de ambos géneros, confiriendo a la persona más recursos y por tanto haciendo más adaptativas sus respuestas a las diferentes demandas del medio. Para mayor concreción, la asertividad y autonomía características de la masculinidad, y las habilidades de

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

comunicación, calidez, afectividad y cuidados emocionales y físicos a otras personas, asociados a la feminidad, correlacionan con mayor autoestima (el indicador de bienestar más utilizado en las investigaciones), independientemente del sexo. Este modelo está sólo parcialmente respaldado por la evidencia empírica, pues si bien es cierto que masculinidad y feminidad correlacionan positivamente con la autoestima, mientras la primera justifica un 27% de la varianza de la variable criterio, la segunda tan sólo justifica el 3% de la varianza (Whitley, 1983).

c) Modelo masculino. Se trata del modelo más respaldado por la evidencia empírica según los resultados del meta-análisis llevado a cabo por Whitley (1983). Este modelo pone de manifiesto que son las características masculinas positivas las asociadas a mayor autoestima, tanto en hombres como en mujeres.

El estudio citado al principio de este apartado, llevado a cabo por Annandale y colaboradores. (1990) se desarrolló midiendo la conformidad con el rol de género mediante la BSRI (Bem, 1974) y diferentes indicadores de salud física y mental. Uno de los indicadores de salud mental utilizado fue la escala de morbilidad psicológica GHQ-12 (Golberg, 1972). Los resultados permitieron concluir que la conformidad con el rol de género predice por sí sola, independientemente del sexo, el nivel de salud mental. Y que la androginia, al contrario de lo que teorizó Bem (1974) no está relacionada con una buena salud mental, sino que enmascara los efectos de la masculinidad, siendo esta, la única dimensión asociada a buena salud tanto en hombres como en mujeres. Otro de los indicadores utilizado en esta investigación fue la salud mental autopercebida. En este caso, tanto el sexo como la conformidad con el rol de género aparecen asociados a la salud, aunque el efecto del sexo decrece significativamente si se tienen en cuenta la feminidad y la masculinidad. Esto se explica mediante una cuestión social y no psicológica; para las mujeres es socialmente más aceptable informar que sufren depresión (Annandale et al., 1990). El número de visitas al médico, también resultó asociado a la conformidad con el rol de género femenino, y no al género femenino.

Así mismo se ha encontrado en la población adolescente que los efectos de la masculinidad y de la feminidad sobre la salud también se muestran independientes del género en algunos casos y dependiendo de la subescala de autoestima que se considere (Rose y Montemayor, 1994). Por ejemplo, la androginia predice mayores niveles de competencia escolar, competencia en relaciones de amistad, autoeficacia y autoestima

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

global en ambos sexos. No obstante, al separar los efectos de la masculinidad y de la feminidad, se observa que la masculinidad explica un porcentaje mucho mayor de la varianza de la autoestima global (la que comprende las tres subescalas). La masculinidad predice tanto en hombres como en mujeres mayores niveles de competencia escolar y de competencia en relaciones de amistad. Sin embargo, a diferencia de las investigaciones antes planteadas en este apartado, Rose y colaboradores (1994) se toparon con ciertas diferencias en función del género, de modo que la masculinidad predecía en chicas mayores niveles de autoestima global, y la feminidad predecía en chicos mayores niveles de competencia escolar, pero no a la inversa. Estos datos se encuentran en la misma línea que los hallados por Cate y Sugawara (1986).

En una investigación más reciente, los resultados obtenidos por Matud y Aguilera (2009) son congruentes con el modelo masculino y apoyan parcialmente el modelo andrógino, ya que las mujeres con altos valores en masculinidad y feminidad presentan menores niveles de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio evaluados con la escala GHQ-28 y las mujeres indiferenciadas son las que más síntomas somáticos, ansiedad y depresión presentan, entendiendo por este motivo, que la masculinidad actúa como factor protector en las mujeres. Otra variable dependiente en este estudio fue la autoestima, la cual no apareció relacionada con el género, pero sí con la conformidad con el rol de género. Así, en el factor de valoración negativa, la masculinidad está asociada a mejor autoestima. En el factor de autoconfianza, la masculinidad y la androginia predicen mayores niveles de variable criterio, siendo las personas femeninas e indiferenciadas las que menos confianza en sí mismas presentan.

Utilizando como indicadores de bienestar psicológico las dimensiones propuestas por Ryff (1989) sobre una población universitaria y sobre una población adolescente en México (Barra, 2010; 2011), los resultados de ambas investigaciones respaldan que la mayoría de las dimensiones del bienestar no están ligadas al género sino a la conformidad con el rol de género. Tan sólo el factor “relación con otras personas” está vinculado directamente al género, no sólo a la feminidad. De estos dos estudios también se deriva que tanto la masculinidad como la feminidad están positivamente relacionadas con mayor bienestar psicológico, aunque la magnitud de la primera es muy superior a la de la segunda. Empero los mayores niveles de bienestar

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

están presentes en las personas andróginas, y los menores niveles de bienestar los presentan las indiferenciadas. Por este motivo, Barra (2010; 2011) secunda en sus conclusiones el modelo andrógino de Bem (1974) argumentando la mayor adaptabilidad de los individuos con recursos expresivos e instrumentales.

La evidencia empírica relaciona también la feminidad como principal rasgo de identidad de género en pacientes con trastornos de conducta alimentaria (Behar, Barrera y Michelotti, 2002; 2001). Al tener en cuenta dimensiones concretas de la feminidad, se ha hallado una asociación entre conductas alimentarias inadecuadas y mayores niveles de conformidad con las normas de género femeninas que hacen referencia a las dimensiones delgadez, interés en las relaciones románticas y preocupación por el aspecto físico (Anastasiadou, Aparicio, Sepúlveda y Sánchez-Beleña, 2013).

Del mismo modo, se ha hallado que estas mismas dimensiones de la feminidad, es decir, el grado de conformidad con determinadas dimensiones del rol de género femenino, en concreto, la delgadez, la preocupación por el aspecto físico y la importancia de las relaciones románticas, están relacionadas con efectos negativos sobre la salud mental (Hurt et al., 2007).

Puede concluirse que la conformidad con el rol de género, con independencia del sexo biológico y de las expectativas sociales generadas en torno a éste, tiene consecuencias graves sobre la salud, entre las cuales se incluyen cáncer, enfermedades coronarias, repercusiones sobre diferentes tasas de mortalidad y trastornos mentales (Good y Sánchez, 2010; Scott, Wallander, Depaoli, Elliott, Grunbaum, Torltolero et al., 2015). La conformidad con determinadas normas de género femeninas se asocia a menor consumo de tabaco y alcohol y al mayor padecimiento de ciertas enfermedades crónicas (Sánchez-López, Cuellar-Flores y Dresh, 2012). En cuanto a la salud mental, también existe evidencia de que la conformidad con el rol de género, contribuye de manera independiente de otras variables a la explicación de la varianza del bienestar psicológico en mujeres (Saunders y Kashubeck-West, 2006).

Revisadas las diferencias en salud entre mujeres y hombres, determinadas las causas de estas diferencias, y una vez establecida la conformidad con el rol de género femenino como una de estas causas, el próximo capítulo está dedicado a una mayor

CAPÍTULO 1. GÉNERO Y SALUD

profundización en la relación dada entre feminidad y los indicadores de salud mental utilizados en esta investigación.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

En el capítulo anterior se ha descrito el concepto de feminidad o conformidad con el rol de género femenino y se ha expuesto la vinculación de este constructo a la salud en las mujeres. Este capítulo está destinado a abundar más en esta relación, pero antes de hacerlo, se justifican y definen los indicadores de salud mental elegidos para este trabajo y se presentan los estudios llevados a cabo sobre los mismos desde una perspectiva de género. Para cerrar, se expone la revisión de las investigaciones que ponen de manifiesto la existencia de correlaciones entre feminidad y salud mental en las mujeres.

2.1. Ansiedad, Depresión y Autoestima como indicadores de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud mental de la mujer (OMS, 2000), establece de manera explícita que el género es por sí solo un poderoso determinante estructural de la salud mental y que además, interacciona con otros determinantes sociales como son la educación, la familia y la ocupación. Así mismo, el género interacciona con determinantes comportamentales como son la exposición a una serie de factores de riesgo planteados en el capítulo anterior. Por tanto, puede concluirse que la salud mental se ve afectada no sólo de manera directa, sino también indirecta por el género.

La salud mental es una parte integral del concepto global de salud ofrecido por la OMS, el cual ha quedado ya definido como un “*estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*” (OMS 2001, p.1). La salud mental es entonces, atendiendo a esta definición, más que la ausencia de enfermedad, y ha sido definida como “... *un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (OMS 2001, p.1). Además, está íntimamente relacionada con la salud física y con la conducta, pudiendo interactuar estos tres ámbitos de tal forma que se intensifiquen sus efectos sobre el bienestar. Dicho de otro modo, el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes (OMS, 2004).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Desde un punto de vista social, se considera que la salud mental está basada en la capacidad del individuo, del grupo y del ambiente, de interactuar de manera que se consiga promover el bienestar subjetivo, la utilización óptima de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la consecución de metas individuales y colectivas justas, así como el logro y la preservación de la igualdad (OMS, 2000).

Es también importante destacar que la salud mental y la enfermedad pueden existir simultáneamente, no son mutuamente excluyentes (OMS, 2004). Por ello, la Organización Mundial de la Salud hace alusión por un lado, al concepto de salud en sentido positivo, manifestando que la salud mental es la base para el bienestar psicológico y para el funcionamiento efectivo de los individuos y las comunidades. Por otra parte, también considera que existe una secuencia continua entre salud mental y enfermedad mental (OMS, 2004). En este mismo sentido, se definen los constructos de salud y enfermedad mental como los polos positivo y negativo de un continuo, el cual representa un proceso dinámico de interacción del sujeto con su entorno para transformar la realidad, resolviendo los conflictos internos y con el ambiente (Oramas, Santana y Vergara, 2006). Cuando estos conflictos no se resuelven adaptativamente, surge la enfermedad o trastorno.

Este prisma salud-enfermedad, motiva que en la presente investigación se escojan como indicadores de salud en sentido positivo, un indicador de bienestar, y desde el punto de vista de *carga de enfermedad*, dos de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial.

El bienestar psicológico o salud mental positiva (Ryff y Keyes, 1995) constituye un indicador positivo de la relación adaptativa que mantiene el sujeto consigo mismo y con su entorno (Oramos et al., 2006; Ortiz y Castro, 2009). Ryff y Singer (1998) asumen que tener un propósito en la vida y mantener una buena relación con los otros contribuyen a la construcción y al mantenimiento de una buena autoestima así como al mantenimiento de sentimientos de auto-realización, dominio del entorno y crecimiento personal. A su vez, en sentido inverso, la autoestima, al igual que los tres últimos dominios, influye sobre la determinación de metas personales y sobre la relación con los demás, quedando por tanto la salud mental determinada por la inter-relación de todas estas variables. Para estos autores, del mismo modo en que una baja autoestima puede contribuir a generar sentimientos de indefensión, desesperanza y ansiedad, su presencia

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

es fundamental para la sanación de trastornos mentales. De manera más concreta, Ryff (1989) afirma que la autoestima es semejante al concepto de auto-aceptación incluido en su modelo de bienestar psicológico. Por tanto, una fuerte autoestima es imprescindible para el bienestar y la salud mental positiva (Mruk, 2006).

De un modo parecido plantean otros autores que los seis dominios (auto-aceptación, relaciones positivas con los otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) establecidos en el modelo multidimensional de bienestar psicológico propuesto por Ryff y Keyes (1995), incluyen aspectos de valoración y afectivos, y están íntimamente relacionados con el auto-concepto y por tanto, también con la autoestima tal y como se expondrá más adelante en este mismo capítulo (Orasmas et al., 2006).

No sólo a nivel teórico sino también a nivel empírico, la autoestima está relacionada con el bienestar psicológico (Cava, Musitu y Vera, 2000; Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003; Whiteley, 1983) y predice un buen funcionamiento en las relaciones con los demás y en el trabajo, y una buena salud en general (Orth y Robins, 2014). Mientras que una elevada autoestima es una característica adaptativa y saludable, la baja autoestima se asocia a indicadores de distrés psicológico como depresión, ansiedad (Rosenberg, 1965; Whiteley, 1983) o un ajuste general pobre (Whiteley, 1983). Tanto en el DSM-V (2013) como en su versión anterior aparecen numerosos trastornos psicológicos relacionados con una baja autoestima entre los cuales se encuentran la ansiedad y la depresión.

En lo referido a los determinantes comportamentales que interaccionan con el género y afectan a la salud mental, no se pueden pasar por alto la necesidad de una buena autoestima para evitar conductas perjudiciales para el propio individuo (Becker, 1992) ni el hecho de la asociación de este constructo con la búsqueda de ayuda psicológica (Morejón, García-Bóveda y Jiménez, 2004). En cualquier caso, el nivel de desarrollo positivo y el ajuste social de la persona vienen determinados por múltiples competencias, entre las cuales, la autoestima ocupa el primer lugar (Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando y Pertegal, 2010). Por este motivo, se ha elegido la autoestima como indicador de bienestar.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Desde el punto de vista de *carga de enfermedad*, el polo negativo de la salud mental, la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas constituyen el problema más grave salud pública en lo que a salud mental se refiere, afectando a una de cada tres personas. Estos trastornos predominan en las mujeres (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2010) y son además los trastornos mentales más frecuentes a los que éstas se enfrentan (OMS, 1997).

Los problemas psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión, son especialmente comunes en los contextos de atención primaria y representan altos índices de morbilidad y discapacidad (Knapp, McDaid, Mossialos, Thornicroft, 2007). Según predice la Organización Mundial de la Salud, la depresión unipolar será en 2020 la segunda causa de carga de discapacidad mundial (OMS, 2001).

La depresión es el trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia. A nivel mundial, la representa un 4,3% de la morbilidad y se encuentra entre las principales causas de discapacidad: el 11% de los años vividos con discapacidad se debe a este trastorno (OMS, 2013) y el 40,5% de los años vividos con discapacidad es debido a un trastorno del estado de ánimo (Whiteford et al., 2013). Para el 2030 se prevé que constituya la primera causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2013).

Entre las mujeres, los trastornos depresivos constituyen casi el 41,9% de los casos de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos; sobre todo durante la tercera edad, la depresión se encuentra entre los principales problemas de salud mental que sufren las mujeres (OMS, 2001) y constituye el principal componente del estrés o síndrome del ama de casa (Caballo et al., 2012). Según el estudio PREDICT, llevado a cabo por King et al. (2008), en España la prevalencia de este trastorno en mujeres es del 18,4%, y es más alta entre aquellas que se encuentran en la franja de edad comprendida entre 18 y 30 años.

En España los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia casi tan elevada como los trastornos del estado de ánimo si se tiene en consideración cualquier trastorno de ansiedad (Haro et al., 2006; Kessler et al., 2007; King et al., 2008). De hecho, en algunas investigaciones llevadas a cabo, los trastornos de ansiedad son los de mayor frecuencia en la mayoría de los países de Europa, incluyendo España (Demyttenaere et al., 2004). En mujeres se da con mayor frecuencia en edades comprendidas entre 18 y

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

24 años, seguida de la franja que incluye el rango de edad de 50 a 64 años (Haro et al., 2006). A nivel mundial, el 14,6% de los años vividos con discapacidad se debe a trastornos de ansiedad (Whiteford et al., 2013).

Además de que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos mentales más frecuentes en la población general, es llamativo el hecho de que se trata de uno de los trastornos que con mayor frecuencia mencionan las mujeres como problema al que se enfrentan y que incide casi sobre la mitad de la población femenina en algunos estudios cuando se trata de información auto-referida (Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez y Matud, 2003).

Ha quedado empíricamente contrastado que la depresión es uno de los trastornos mentales de mayor prevalencia en mujeres. También se ha constatado que la ansiedad y la autoestima son variables psicológicas directamente relacionadas con la salud mental (Sánchez-López et al., 2006; Spielberger y Reheiser, 2009) y que la autoestima está particularmente asociada con cuadros ansiosos y depresivos (así como con otros trastornos que presentan elevadas correlaciones con depresión y ansiedad como son trastornos de la conducta alimentaria, o trastornos de la personalidad) (Morejón, García-Bóveda y Jiménez, 2004). Niveles elevados de ansiedad predicen problemas emocionales asociados en muchas ocasiones a patologías de naturaleza mental que de manera conjunta, establecen un patrón de “afectividad negativa” (Sánchez-López et al., 2006), y la depresión también es un buen predictor de una baja autoestima (Morejón et al., 2004). Por otro lado, la autoestima está también vinculada a conductas saludables y preventivas (Sánchez-López et al., 2006), y existe evidencia empírica de que las personas con una mejor autoestima presentan mejor ajuste psicosocial (Cava, Musitu y Vera, 2000). Por estos motivos se han elegido estos tres constructos; por su representatividad en la población objeto de estudio, y por su bondad como indicadores de salud mental.

2.2. Autoestima, Depresión y Ansiedad en mujeres

2.2.1. Autoestima

2.2.1.1. Definición de la autoestima

La comunidad científica aún no ha logrado una definición consensuada para este constructo tan complejo a pesar de que se trata de uno de los temas más antiguos de la psicología (Mruk, 2003) introducido hace más de un siglo (Mruk, 2013). Ni siquiera existe consenso a la hora de establecer diferencias y relaciones entre autoestima y autoconcepto, por ello, es interesante matizar estos dos términos a la hora de definir cualquiera de ellos. La diferencia entre estas dos variables no es nítida, de hecho, son muchos los autores que se centran más en los aspectos comunes que en las diferencias, y entienden que éstos dos conceptos son una misma cosa a nivel empírico (Iannizzotto y de Mangione, 2011; Tomás y Oliver, 2004) dada la elevada correlación de la autoestima con las cinco dimensiones del autoconcepto (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

A nivel teórico, el autoconcepto hace referencia a la percepción que una persona tiene de sí misma, a su propia imagen, a lo que sabe o conoce sobre sí misma, mientras la autoestima es el grado de satisfacción de la persona consigo misma, el valor personal que se atribuye (Martínez, 2009). Por tanto, la autoestima constituye el componente afectivo del autoconcepto (González-Pineda, Pérez, Pumariiega y García, 1997) el cual motiva en parte la conducta del sujeto (Iannizzotto et al., 2011). Dicho de otro modo, el autoconcepto consiste en los juicios descriptivos y evaluativos acerca del *sí mismo*, expresando la autoconciencia, la propia representación personal y la propia valoración. Para otros investigadores sin embargo, la autoestima es la actitud hacia uno mismo, y las actitudes incluyen un componente cognitivo y otro afectivo, ya que representan un pensamiento sobre una cosa, con una cierta intensidad asociada, y una dirección o posicionamiento, positivo o negativo (Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg, 1995). Por todos estos motivos, existe ambigüedad conceptual y se usan en algunos casos estos términos de manera equivalente, aunque de acuerdo con Cardenal y Fierro (2003), en rigor la autoestima constituye el elemento valorativo dentro del autoconcepto y del autoconocimiento (Brown y Marshall, 2006). Así, pese a la estrecha relación, una persona puede tener un autoconcepto positivo, por ejemplo, reconocerse atractivo, inteligente y sociable y sin embargo no sentir aprecio por sí misma: tener una autoestima baja (Moreno y Díaz, 2010).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Esta diferenciación de constructos la apoyan también otros autores, quienes plantean que el auto-concepto comprende tres componentes íntimamente relacionados entre sí; un componente cognitivo (autoconciencia), un componente afectivo (autoestima) y un componente cognitivo-conductual (auto-eficacia) (Orasmas et al., 2006).

En una revisión de la literatura, Mruk (2013) encuentra que existen al menos tres corrientes teóricas, cada una con su propia definición de autoestima y su propio cuerpo de investigación. Este autor considera la primera de ellas como una evolución de la definición ofrecida por William James, quien introdujo este término. Se trata de una aproximación desde la teoría de la discrepancia, la cual describe la autoestima como función de la diferencia que existe entre el yo ideal y el real, siendo más alta la autoestima cuanto menor sea la distancia entre los ideales de una persona y la consecución de los mismos. Algunos científicos encuadrados dentro de esta corriente asimilan el término autoestima al de auto-eficacia. La principal crítica que recibe esta aproximación teórica es que sólo se contempla el componente cognitivo, trazado en términos de competencia o logro, y pasa por alto el componente afectivo de esta entidad.

Continuando con esta revisión, la segunda corriente teórica, cuyo principal representante es Rosenberg centra su interés en la evaluación del componente afectivo de la autoestima, la cual ha sido definida en términos de la actitud hacia uno mismo, como “sentimientos de valía personal” o de “ser lo suficientemente bueno” (Rosenberg, 1965). La mayoría de las investigaciones sobre autoestima llevadas a cabo se apoyan en esta aproximación y utilizan como instrumento de medida la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) (Greenberger, Dmitrieva y Farruggia, 2003; Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007; Robins, Hendin y Trzensniewski, 2001; Vazquez, Jiménez y Vázquez, 2004), conceptualizada como una escala unidimensional. La principal crítica que recibe este modelo radica en la dificultad para distinguir a través de sus instrumentos, una “auténtica autoestima” de una autoestima malsana, relacionada con narcisismo, con actitudes defensivas, con egocentrismo o con otros problemas, lo cual convertiría este constructo en un mal predictor del comportamiento (Mruk, 2013). En todo caso, conviene puntualizar que Rosenberg (1996) entiende la autoestima como un sentimiento o aprecio positivo o negativo hacia uno mismo, que se construye por medio

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

de una evaluación de las propias características. Por tanto, el componente cognitivo está implícito y es indisociable del componente afectivo, si bien es cierto que la evaluación psicológica se centra en esta última dimensión (Robins, Hendin y Trzensniewski, 2001). A esto hay que añadir que Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg (1995) advierten del hecho de que si la autoestima no ha demostrado ser un buen predictor del comportamiento, esto es debido al hecho que muchos investigadores ignoran la distinción entre autoestima global y autoestima específica, siendo esta última relevante para predecir la conducta, mientras la primera lo es para el bienestar psicológico.

La tercera corriente teórica, que es la defendida por Mruk (2013) y denominada “aproximación a los dos factores”, pretende salvar las deficiencias de las dos perspectivas anteriores definiendo la autoestima como una relación entre los componentes de “merecimiento o valía personal” y de “competencia”, que integran respectivamente las dos dimensiones, afectiva y cognitiva de este constructo. Branden, el percusor de esta corriente, definió desde una perspectiva humanista la autoestima como la disposición de una persona a sentirse competente para afrontar los retos cotidianos y a sentirse merecedora de ser feliz (Banden, 1977). Destaca como instrumento de evaluación dentro de esta corriente, el Inventario Multidimensional de Autoestima de O’Brien y Epstein (1988) (Mruk, 2006; 2013), el cual será brevemente expuesto en el apartado dedicado a instrumentos.

2.2.1.2. Tipos de autoestima: dimensiones y bases

Se han propuesto diversos modelos que tratan de tipificar la autoestima desde diferentes perspectivas (Baumeister et al., 2003; Moreno et al., 2010). Estos enfoques no son excluyentes y en muchos casos son complementarios o se solapan. Así, entre otros, Deci y Ryan (1995) centran su interés en la autoestima verdadera vs. falsa; Crocker y Wolfe (2001) estudian las contingencias de la autoestima frente a la autoestima no contingente; Kernis y Waschull (1995) se enfocan en la estabilidad de la autoestima como aspecto más crucial que el hecho de que esta sea alta o baja (Greenier, Kernis y Waschull, 1995; Kernis, Paradise, Whitaker, Wheatman y Goldan, 2000); Rosenberg y colaboradores (1995) distinguen entre autoestima global y autoestima específica; Greenwals y Farnham (2000) utilizan la asociación implícita (frente a la explícita) para medir la autoestima; Luhtanen y Crocker (1992) investigan la autoestima

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

social o colectiva frente a la autoestima personal; y Heatherton y Polivy (1991) estudian las fluctuaciones en la autoestima, creando una escala de autoestima estado (frente a la autoestima entendida como rasgo).

Para esta tesis, es relevante ahondar en primer lugar en el modelo de Rosenberg y colaboradores (1995) en el cual se tratan de sentar las bases de la relación entre autoestima global (medida con la escala de autoestima de Rosenberg, 1965) y autoestima específica, así como la relevancia de cada una de estas variables tanto para el bienestar psicológico como para predecir el comportamiento de los individuos. La autoestima global es entendida como la actitud de la persona hacia su self de manera general, en su totalidad. La autoestima específica es la actitud hacia las distintas facetas de uno mismo. El estudio que sustenta este paradigma revela que la autoestima global predice mejor que la específica los niveles de bienestar psicológico y esta última está relacionada de manera más directa con el comportamiento y con los resultados conductuales. En este sentido, existen otras investigaciones que apuntan a que es la autoestima global la que determina la reacción emocional ante los éxitos y fracasos, y la autoestima específica determina las reacciones cognitivas (Dutton y Brown, 1997), lo cual concuerda con la tesis de Rosenberg y colaboradores (1995).

Desde este modelo también se sugiere que los componentes específicos de la autoestima tienen mayores efectos sobre la autoestima global que a la inversa, y que el grado en que esto ocurre depende de lo centrales (relevantes) que sean esas dimensiones para la persona (Rosenberg et al., 1995). Esta trascendencia relativa presenta gran variabilidad interpersonal; cada persona otorga mayor importancia a unas dimensiones que a otras. Las primeras, son las denominadas *dimensiones centrales de la autoestima* (Cava et al., 2000).

Las personas se diferencian unas de otras en las contingencias que tienen que satisfacer para tener una autoestima alta, son las llamadas *contingencias de autovalía* (Crocker et al., 2003), que representan los dominios o dimensiones en las cuales las metas personales están vinculadas a la autoestima. Se trata de dominios en los cuales la autoestima es amenazada por los contratiempos y los fracasos.

Existen varios abordajes multidimensionales de este constructo los cuales proponen diferentes dominios. Por ejemplo, se ha validado en España una escala

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

compuesta por cinco dimensiones (autoestima emocional, física, familiar, social y académica/laboral) (García, Musitu, Riquelme y Riquelme, 2011), la cual es utilizada en investigaciones para predecir el funcionamiento psicosocial sobre todo en jóvenes.

El modelo de Crocker y Wolfe (2001) por su parte, se plasma en una escala con siete *contingencias de autovalía* o componentes de autoestima, las cuales evalúan siete fuentes de autoestima. Estas contingencias se corresponden con Competencia, Competitividad, Aprobación de terceras personas, Apoyo familiar, Apariencia física, Religiosidad y Virtuosidad, y se abordarán en este trabajo en el apartado de fuentes de autoestima.

Desde la teoría del bienestar (Deci y Ryan, 1995) la autoestima contingente es aquella que depende del hecho de alcanzar ciertos estándares de excelencia o de estar a la altura de las expectativas, lo cual implica que la autoestima está sometida a una evaluación continua y deriva de los resultados. Está además asociada con la motivación regulada, la cual correlaciona con la presión y el estrés y redundando por ello en un deterioro del bienestar psicológico. Por este motivo, se contrapone a la autoestima verdadera o auténtica, la cual es más estable ya que no está sometida a ese incesante proceso de autovaloración, y se relaciona con la motivación autónoma, fuente de satisfacción y bienestar emocional. Estos investigadores relacionan la autoestima contingente con comportamientos de comparación social, competitivos y narcisistas que pueden perjudicar las relaciones con los otros. Esta observación es secundada por muchos otros científicos (Crocker y Park, 2004; Baumeister et al., 2003; Bordens et al., 2008).

No obstante, hay corrientes que defienden que las diferencias entre las personas no vienen dadas en función de si su autoestima es verdadera o contingente, sino en función del distinto predominio de los dominios de contingencia de su autoestima (Crocker et al., 2003). Estas autoras entienden que para algunas personas pueden existir dominios de contingencia de autovalía diferentes a los incluidos en su escala.

De acuerdo con Bordens y colaboradores (2008) una buena solución acerca de la autenticidad y por tanto del beneficio de poseer una elevada autoestima la ofrece la distinción entre autoestima implícita y autoestima explícita. La autoestima implícita se define como la actitud hacia uno mismo “introspectivamente no identificada” o

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

erróneamente identificada y se evalúa a través de la asociación o disociación que realiza el sujeto entre sí mismo y diferentes objetos (Greenwald y Banaji, 1995). Dicho de otro modo, la autoestima implícita se refiere a una autoevaluación que se realiza a nivel inconsciente y es imposible de controlar. Esto significa que el componente emocional tiene la mayor parte del peso, siendo residual el componente cognitivo: las autoevaluaciones se realizan de manera automática, por tanto, se trata del tipo de autoestima más estable, menos sometido a fluctuaciones en función de nuestros éxitos y fracasos. La autoestima explícita es la actitud hacia uno mismo que puede ser informada por el sujeto. Puede decirse que la autoestima implícita está íntimamente relacionada con la autoestima rasgo, y la explícita con la autoestima estado (DeHart, Pelham y Tennen, 2006). Varios investigadores han contrastado que no existe correlación entre estos dos tipos de autoestima (Buhrmester, Blanton y Swann, 2011; DeHart, Pelham y Tennen, 2006), es más, Zeigler-Hill (2006) ha encontrado evidencia de que cuando existe discrepancia entre los dos tipos de autoestima, siendo la explícita elevada y la implícita baja, se presentan los niveles más elevados de narcisismo en la persona, y que cuando existe concordancia, y ambos tipos de autoestima son elevados, ésta exhibe mayor estabilidad. Lo que hace que la exposición del concepto de autoestima implícita sea relevante para esta tesis es el proceso de socialización mediante el cual ésta se adquiere: parece estar relacionado con la adquisición del rol de género femenino. Este aspecto se discutirá en el apartado Fuentes de autoestima de éste capítulo.

Por último, puesto que el género es un concepto eminentemente social, y puesto que en muchas ocasiones la orientación sexual es el objeto principal para la organización de algunos colectivos, conviene abordar la autoestima también desde este enfoque. La distinción entre autoestima personal y autoestima social hace referencia a la distinción entre identidad e identidad social, así, esta última alude a los aspectos de la persona compartidos por todos los miembros del colectivo (Moreno y Díaz, 2010). La autoestima colectiva alude a la actitud del individuo hacia el grupo al que pertenece y a cómo percibe que otros valoran a su grupo de membresía (Sánchez Santa-Bárbara, 1999), entendiendo como grupo a un conjunto de individuos que se consideran a sí mismos como miembros de una misma categoría social (Luhtanen y Crocker, 1992).

2.2.1.3. Importancia de la autoestima: Fuentes y proceso de adquisición de la autoestima

La autoestima está influida por tres tipos de fuentes de autoconocimiento; la retroalimentación social o valoración social reflejada; los resultados conductuales, es decir, las propias percepciones de los resultados de nuestra conducta; y la comparación social (Guay, Deslisle, Fernet, Julien y Senécal, 2008; Decy y Ryan, 1995; Moreno y Díaz, 2010; Schwalbe y Staples, 1991).

La retroalimentación social hace referencia a la opinión reflejada por parte de terceras personas, es decir, a las reacciones y actitudes que el individuo infiere que sobre sí realizan los otros. Desde la Teoría sociométrica (Leary y Baumeister, 2000), la cual es la concepción teórica más extrema en lo relacionado con el origen social de este constructo y ya ha sido someramente explicada en este capítulo, se plantea que la autoestima viene determinada por el componente meta-perceptivo de las interacciones sociales vividas en el pasado, y que a su vez, el nivel de autoestima influye en cómo son percibidas las siguientes interacciones sociales. Desde la Teoría de manejo del terror (Greenberg et al., 1986) la autoestima también es en última instancia una construcción de base cultural que consiste en valorar que uno está a la altura de las contingencias de auto-valía (Crocker et al., 2001), las cuales tienen su origen en la cultura y son posteriormente integradas de manera individualizada. De ahí la variabilidad interindividual en cuanto a contingencias o dimensiones centrales de la autoestima (Pyszczynski et al., 2004).

Es cierto que la autoestima surge a partir de las interacciones con los otros significativos (Bordens et al., 2008) y se adquiere a lo largo de todo un proceso a través del cual el individuo aprende a valorarse a sí mismo de manera positiva o negativa (Moreno y Díaz, 2010). Las primeras relaciones y experiencias con los otros hacen que los individuos desarrollen sentimientos básicos de confianza, seguridad y autoestima o de desconfianza, inseguridad y falta de valor (Bordens et al., 2008). Este aprendizaje que comienza en la infancia, está muy marcado por la experiencia de eventos que amenazan el sentido de seguridad y protección de los infantes, por ejemplo, sentirse abandonados, criticados o rechazados. Para evitar este aversivo, los individuos desarrollan un sistema de respuestas y creencias acerca de cómo deben ser y comportarse para poder ser consideradas personas de valor, y esto es lo que motiva a los individuos a probarse a sí

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

mismos y a los demás su valía personal (Park, Crocker y Vohs, 2005). Esta demostración se hace a través de la búsqueda de metas de auto-validación, las cuales implican poder manifestar que se poseen ciertas cualidades en los *dominios de contingencia*.

Para algunas autoras, esta búsqueda de metas de autovalidación ocurre de manera continuada, y el éxito o el fracaso redundan en fluctuaciones en la autoestima (Crocker et al., 2004). Los resultados conductuales se constituyen así como fuente de autoestima; se trata de las propias observaciones sobre los resultados de nuestra conducta (Bem, 1972), de los cuales inferimos nuestras habilidades. Se ha contrastado que el éxito y el fracaso en objetivos relacionados con los dominios de contingencias de auto-valía afectan intensamente y provocan más fluctuaciones en la autoestima que las metas no relacionadas directamente con ésta (Crocker et al., 2003).

Desde la teoría del bienestar (Deci y Ryan, 1995) este tipo de autoestima, es decir, la autoestima contingente, surge de un proceso de socialización en el cual el entorno impone unos estándares que la persona se ve obligada a cumplir para ser aceptada, dejando de lado su propia autonomía. De esta manera, la autoestima termina por volverse también contingente al cumplimiento de los patrones externamente impuestos. Sin embargo, según estos autores, no siempre ocurre así; la *autoestima verdadera* es más estable y no está sometida a un constante proceso de examen. Sin embargo, se han llevado a cabo investigaciones que revelan por un lado, la elevada improbabilidad de encontrar estudiantes con autoestima no contingente (Crocker et al., 2003), lo cual supone todo un periodo desde el comienzo del desarrollo del individuo hasta su edad adulta, y por otro, que las diferencias interindividuales en la estabilidad de la autoestima a lo largo del tiempo, se deben en parte a la interacción entre contingencias de autovalía y eventos relevantes (Cava et al., 2000; Crocker et al., 2003).

En los procesos de evaluación de los propios pensamientos y habilidades entran en juego mecanismos de comparación social (Festinger, 1954). Según el Modelo de mantenimiento de la autoevaluación de Tesser (1988) existe un proceso de comparación que se activa al observar el comportamiento de otras personas, y que afecta a cómo se siente el individuo a cerca de sí mismo. Esta comparación social se activa en mayor medida cuanto más relevante sea el área de comportamiento para nuestro propio auto-concepto, y el nivel en que afecta esa comparación a nuestra respuesta emocional es

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

mayor cuanto más significativos son los otros con los que nos comparamos. La comparación social ascendente disminuye la autoestima, mientras que la descendente la aumenta (Moreno y Díaz, 2010). Además, existen diferencias individuales en la orientación hacia la comparación social, la cual correlaciona negativamente aunque de manera débil con la autoestima, el optimismo y el bienestar subjetivo (Buunk, Belmonte, Peiro, Zurriaga y Gibbons, 2005). Por tanto, la referencia o *benchmark* de la que dispone cada individuo junto con su predisposición a la comparación social es también fuente de autoestima. Se han llevado a cabo estudios que correlacionan positivamente la clase social con la autoestima (Paez et al., 2003); el hecho de que las mujeres pertenezcan a clases sociales más desfavorecidas (OMS, 2000) es una posible justificación, al menos parcial, de que las mujeres presenten menor autoestima que los hombres (Kling, Hyde, Showers y Buswell, 1999).

Las personas funcionan mejor si su autoestima está basada en aspectos centrales y abstractos, en características singulares del self, que si está basada en aspectos más superficiales o inestables, como son los logros personales o la aprobación de terceras personas. Las contingencias de naturaleza más interna correlacionan positivamente con bienestar psicológico (Crocker et al., 2003; Deci y Ryan, 1995).

Las dimensiones del modelo de autoestima de Crocker y colaboradores (2001) pueden conectarse claramente al menos con alguna de las tres fuentes antes mencionadas. a) La Aprobación por parte de terceras personas se encuentra íntimamente relacionada con la necesidad de afiliación, y se refiere a cómo piensa la persona que los demás la evalúan, que con la visión real que estas tienen de ella. b) La Competitividad consiste en ser mejor que los demás, se trata de una fuente de autoestima basada en procesos de comparación social, y está relacionada con la necesidad psicológica de origen social de logro de metas de desempeño. c) El Apoyo familiar como fuente de autoestima se basa en el amor y el apoyo recibido de la familia. Una explicación a esta fuente de autoestima viene dada desde la teoría del apego. Cuando éste ha sido seguro, el individuo ha desarrollado esquemas mentales que le suponen digno y merecedor de ser amado y presenta mayores niveles de autoestima implícita que las personas con diferente tipo de apego (DeHart et al., 2006). e) La Apariencia física es una dimensión de la autoestima vinculada a la retroalimentación social y a procesos de comparación social: todos en general, y las mujeres en particular son en parte juzgados por su

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

aparición física, lo cual tiene como consecuencia el aprendizaje de autoevaluarse en función de la propia apariencia. En adolescentes, la actitud hacia la propia apariencia es el mejor predictor de la autoestima global. f) La autoestima deriva en parte de la dimensión de Competencia; de la propia evaluación de nuestras competencias y habilidades. Por ejemplo, para estudiantes, es probable que la competencia académica sea fuente importante de autoestima. Lo mismo ocurre en el ámbito laboral o en la realización de cualquier actividad, ya que se trata de una fuente de autoestima que deriva de la necesidad psicológica de competencia inherente al ser humano. g) la Virtuosidad consiste en la adherencia a códigos morales o éticos, que puede llevar a las personas a evaluarse como buenas, que merecen la pena por sus principios morales. h) La Religiosidad es el grado en que las personas han internalizado y manifiestan acuerdo con las creencias religiosas. El mecanismo por el que se convierte en fuente de autoestima es similar al del apoyo familiar, gozar del apoyo de Dios guarda relación con la autoestima así como con otros aspectos del bienestar psicológico. Estas dos últimas dimensiones están relacionadas con las propias observaciones conductuales.

Estos siete factores se posicionan a lo largo de un continuo en función de la externalidad o internalidad de la fuente. En el extremo más externo, aquel en el que la autoestima es más frágil y está más basada en aspectos interpersonales, se encuentra la dimensión “aprobación por parte de terceras personas” y en el extremo más intrapersonal y resiliente se sitúa la dimensión “religiosidad” (Crocker et al., 2003).

Este modelo junto con su escala de contingencias de autoestima (Crocker et al., 2003) han sido validados en España y se ha corroborado además que cuando la autoestima se basa en ámbitos más externos, como la aprobación de los demás, existe mayor relación con la sintomatología emocional de tipo depresivo y ansioso, así como mayor propensión a ver alterado el bienestar emocional con más facilidad (García-Soriano, Belloch y Castañeiras, 2010).

Las dimensiones en las que un individuo basa su autoestima pueden ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar trastornos emocionales (Crocker et al., 2003; García-Soriano et al., 2010).

2.2.1.4. Medida de la autoestima

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Al hablar de tipos de autoestima y de su importancia, se han mencionado ya algunos de los instrumentos de medida, por estar estos asociados al modelo de autoestima o a la propia definición del constructo que realizan sus autores. Con objeto de justificar la elección de la escala empleada en este trabajo, se realizará a continuación la enumeración de las principales escalas existentes, comenzando por las de naturaleza multidimensional.

El Inventario Multidimensional de Autoestima de O'Brien y Epstein (1988) (Mruk, 2006; 2013) incluye ocho dominios específicos de la autoestima, la mitad enfatizan sobre todo la dimensión afectiva y la otra mitad la dimensión cognitiva. Los dominios relacionados de manera más notable con sentimientos de valía personal son a) sentirse digno de ser amado, b) sentirse agradable, c) llevar una vida acorde con los propios principios y valores y d) la apariencia física. Aquellos dominios en los que predomina un componente más cognitivo son a) poder personal, b) competencia, c) auto-control y d) funcionamiento corporal. Esta herramienta ofrece también una medida global de la autoestima e incluye además una escala de actitudes defensivas indicadoras de una falsa autoestima.

Otra escala multidimensional de la autoestima es la de Piers y Harris (1977) (Robins, Hendin y Trzensniewski, 2001). En este instrumento se plantean seis dominios de autoestima: comportamiento, estatus intelectual y escolar, ansiedad, popularidad, aspecto corporal, cualidades físicas, felicidad y satisfacción. La bondad de la medida se debe a su uso en variados contextos para explorar relaciones de la autoestima con distintas características de personalidad. En concreto, se han logrado establecer asociaciones entre autoestima y depresión, disforia, lugar de control, satisfacción con la imagen del propio cuerpo, bienestar subjetivo, extraversión y neuroticismo, así como con rendimiento académico y niveles o dominios de aspiración (Cardenal et al., 2003).

Además de las escalas mencionadas, existe otro elevado número de instrumentos diseñados para evaluar la autoestima entre los cuales se encuentran artefactos basados en pruebas realizadas a través de situaciones experimentales, basadas o no en el juicio de un observador; pruebas pictóricas para la población infantil; calificaciones de pares; medidas de auto-discrepancia respecto del yo ideal; medidas basadas en las propias preferencias (Robins et al., 2001); o medidas basadas en los tiempos de reacción como

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

el test de asociación implícita (Implicit Association Test, IAT, Greenwald, McGhee y Schwartz, 1998).

De todos ellos, las escalas autoinformadas son las más extendidas. Tal y como se ha expuesto en este mismo apartado, unas asumen la autoestima como unidimensional, y otras contemplan la multidimensionalidad del constructo. La ventaja de las últimas estriba en la aportación de una notable mayor finura en el análisis (Cardenal et al., 2003) y las primeras presentan una enorme superioridad en cuanto a su fácil aplicación, sobre todo, por su brevedad (Morejón, García-Bóveda y Jiménez, 2004). Teniendo en cuenta el hecho de que la autoestima no es el eje central de esta tesis, se ha optado por un modelo unidimensional para realizar la presente investigación.

De las escalas de autoinforme, la más extendida universalmente (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003), la más sometida a análisis psicométricos y la más validada empíricamente, es la escala de autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965) (Robins et al., 2001). Pese a haber sido diseñada según un modelo unidimensional, existe controversia a este respecto pues hay investigadores que han hallado dos factores, uno relacionado con factores positivos (autoconfianza) y otro con factores negativos (auto-depreciación o auto-decepción) (Greenberger, Chen, Dmitrieva y Farruggia, 2003; Goldsmith, 1986). Otros autores sin embargo, han identificado un único factor (Gray-Little, Williamx y Hancock, 1997; Marsh, 1996). En cualquier caso, ha quedado sobradamente contrastado que la escala constituye una medida válida y fiable de la autoestima, y merece su popularidad (Gray-Little et al., 1997) y que su uso sea el más extendido universalmente (Schmitt y Allik, 2005), aunque no todos los ítems tienen la misma validez discriminante y podría acortarse sin que la medida de autoestima global se viera comprometida (Gray-Little et al., 1997; Robins et al., 2001). Por tanto, la EAR (Rosenberg, 1965) representa una buena medida de la autoestima global con independencia del número de factores que se observen en su estructura (Greenberger et al., 2003).

2.2.1.5. Funciones de la autoestima y su relación con otras variables

Las personas se sienten fuertemente motivadas para mantener elevado su nivel de autoestima y este es el motivo que subyace a un importante número de

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

comportamientos (Branden, 1969; Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt y Schimel, 2004). Del mismo modo, las personas están motivadas para defender su autoestima cuando sienten que ésta se ve amenazada (Baumeister et al., 2003; Decy y Ryan, 1995; Greenberg y Pyszczynski, 1985). Casi todos los individuos sienten que la autoestima es importante y no se muestran indiferentes a la hora de recibir información relacionada con ella. Esta información puede venir de diversas fuentes y puede hacer referencia a cualquier ámbito relevante para la autoestima, por ejemplo al atractivo de la persona, a lo agradable que resulta a otros, a su competencia, etc. Además, la fluctuación en los niveles de autoestima suele acompañarse de fuertes reacciones emocionales, y en muchas ocasiones, estas oscilaciones se encuentran asociadas a éxitos y fracasos personales (Baumeister et al., 2003; Crocker, Brook, Niiya y Villacorta, 2006).

La trascendencia de esta variable psicológica se manifiesta de manera universal: existen estudios transculturales que revelan que la mayoría de las personas, en los diferentes países, informan de una buena autoestima (Páez, Zubieta, Mayordomo, Jiménez y Ruíz, 2003; Schmitt y Allik, 2005) a pesar de que existen algunas diferencias. Por ejemplo, las personas asiáticas presentan en general menor autoestima que las caucásicas (Cai, Brown, Deng y Oakes, 2007) y lo contrario ocurre con las personas de origen africano en Estados Unidos, las cuales presentan una autoestima mayor que las de origen europeo (Schmitt et al., 2005).

Puede encontrarse otra prueba de la relevancia de la autoestima para las personas en las estrategias que ponen en marcha para protegerla ante posibles amenazas. Así, las personas con baja autoestima cuando se enfrentan a situaciones de desempeño complicadas, utilizan estrategias de *self-handicaping* (Arias, Martínez, Cabanach, Pérez y García, 2004) para provocar ambigüedad a la hora de atribuir los motivos de fracaso en lugar de a la falta de habilidad, a la falta de los recursos externos necesarios para poder ejecutar con éxito la tarea (Bordens y Horowitz, 2008). Además, cuando se dan situaciones de fracaso en las que éste se hace público, las personas en general buscan una evaluación más favorable de su imagen para compensar su falta de éxito (Greenberg y Pyszczynski, 1985).

La importancia que los individuos otorgan a la autoestima se ha tratado de justificar desde diferentes teorías. Crocker (2004) plantea que la autoestima sirve para regular la ansiedad, para sentirse bien en las relaciones con otras personas y para

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

conseguir la satisfacción emocional generada por el éxito tras la consecución de metas personales relacionadas con las *contingencias de autovalía*. Esta investigadora apoya su propuesta argumentando que la autoestima aumenta ante la ocurrencia de eventos positivos y que por el contrario, cuando no se pueden vencer las amenazas a las dimensiones de contingencia mediante mecanismos de defensa (como sesgos egoístas, estrategias de evitación, etc.), la autoestima disminuye ante los eventos negativos.

La autoestima como elemento de protección contra la ansiedad que genera el terror existencial a la muerte, esto es, miedo a “no significar”, es postulada desde la Teoría de manejo del terror (TMT; Greenberg, Pyszczynski y Solomon, 1986), y lo cierto es que se ha aportado evidencia empírica para su defensa (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt y Schimel, 2004). La autoestima según esta teoría es una construcción cultural, un sentido de valor personal que se obtiene compartiendo la visión del mundo junto con las normas que forman parte de éste. El cumplimiento de estas normas, las cuales forman parte de esa visión del mundo, aporta a las personas la sensación de ser válido, significativo. Desde la perspectiva de esta teoría, la autoestima ayuda a mantener un estado de afecto positivo, bienestar psicológico y adecuadas estrategias de afrontamiento porque constituye una defensa contra la ansiedad (Pyszczynski et al., 2004).

Esta teoría comparte ciertos aspectos con la Teoría sociométrica (Leary y Baumeister, 2000) (ver Pyszczynski et al., 2004), la cual contempla la autoestima como un indicador de la integración social de las personas. Es decir, la autoestima es un estado de afecto que evalúa la calidad de las relaciones que una persona mantiene con los otros, su adecuación para ser incluido y pertenecer a un grupo social. Las posibles señales que indican a un individuo que no es valorado o aceptado provocan descensos en la autoestima y motivan comportamientos encaminados a mejorar la evaluación relacional, o evitar la devaluación social o el rechazo (Leary, 1999). No se trata por tanto de un constructo que afecte de manera directa a los pensamientos, emociones o comportamientos como se plantea desde otras teorías (Leary, et al., 2000), sino de una idea basada en la necesidad psicológica de afiliación o de pertenencia. Este modelo también ha sido avalado por la evidencia empírica (Wisbuch, Sinclair, Slorinko y Eccleston, 2009).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Desde una perspectiva menos social y más personal del individuo; basándose en la Teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 1985), Deci y Ryan (1995) postulan que la autoestima puede estar afectada por estándares internos y metas personales completamente ajenos al ámbito social y a la aprobación de otros.

Tanto la teoría Sociométrica (Leary et al., 2000) como la teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985) han sido apoyadas parcialmente y de manera conjunta en una investigación (Guay, Deslisle, Fernet, Julien y Senécal, 2008) que pone en relación tres variables: los resultados conductuales, es decir, el éxito o fracaso en el desempeño de una tarea; el tipo de motivación intrínseca o extrínseca, el cual determina que la regulación de la conducta sea identificada o externa respectivamente; y la autoestima como estado. El resultado de la conducta afecta a la autoestima estado sin que medie el hecho de percibir o no aceptación social cuando los sujetos están identificadamente motivados. Si la regulación para realizar la tarea es externa (la tarea no es interesante para la persona), la percepción de aceptación social sí media de manera más significativa el efecto del éxito o del fracaso en el desempeño de la tarea sobre la autoestima. Por tanto, la autoestima está determinada tanto por variables internas como por otras de origen externo relacionadas con la necesidad de pertenencia (Guay et al., 2008).

La autoestima no es sólo trascendente desde un punto de vista subjetivo. También es sabido que las personas con mayor autoestima presentan mejor ajuste psicosocial y una conducta más adaptativa, informan de mayor bienestar (satisfacción vital, mayor afectividad positiva y menor afectividad negativa) y de menor ansiedad, depresión (Rojas-Barahona, Zegers y Föster, 2009; Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003), timidez (Páez, Zubieta, Mayordomo, Jiménez y Ruíz, 2003) y menos síntomas psicopatológicos en escalas de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo (Landazabal, Anabitarte y Fernández, 2005), lo cual pone en evidencia la relación de la autoestima elevada y salud mental positiva. Además en mujeres, una elevada autoestima actúa como factor de protección contra problemas de conducta alimentaria (Baumeister et al., 2003). Lo mismo ocurre en sentido inverso, la baja autoestima es predictor de trastornos de personalidad y de síntomas psicopatológicos; está relacionada con problemas psicósomáticos, con tendencias obsesivo-compulsivas,

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

con mayor sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide, neuroticismo, psicoticismo y conductas de retraimiento social (Landazabal et al., 2005).

Todos los trastornos psicológicos están relacionados en alguna medida con niveles bajos de autoestima (Silverstone y Salsali, 2003). Un estudio llevado a cabo sobre una amplia muestra de pacientes psiquiátricos (con dos grupos control) permitió concluir lo anteriormente declarado. Este déficit de autoestima se encuentra más relacionado con unos trastornos que con otros, así, las mayores carencias de autoestima se encuentran en pacientes que presentan de manera comórbida trastorno depresivo mayor (TDM) y distimia, seguido en este orden de distimia; distimia junto con abuso de sustancias psicoactivas; trastornos de conducta alimentaria; abuso de sustancias; TDM; TDM con ansiedad; abuso de alcohol; TDM con abuso de alcohol; abuso de alcohol y otras sustancias; trastornos psicóticos; desórdenes en el ajuste psicológico; trastornos por control de impulsos; trastornos de ansiedad; alteraciones de la conducta; y trastorno bipolar. Los dos grupos control presentaban niveles de autoestima más elevados (Silverston et al., 2003).

Autoestima e inteligencia emocional correlacionan también en relación con el bienestar psicológico. Los individuos con elevados niveles de autoestima son más conscientes de sus propias emociones que aquellos que tienen una autoestima baja (Bordens et al., 2008) y una elevada inteligencia emocional es útil para el propio control, para mantener relaciones positivas con otras personas, para una mayor riqueza cognitiva y creatividad y para tener mejor salud en general (Salovey y Mayer, 1990).

A pesar de que han quedado probadas las relaciones entre autoestima, salud mental y trastornos psicológicos, aún se discuten las relaciones causales, de modo que unos autores defienden que bajos niveles de autoestima hacen a las personas más vulnerables a sufrir ciertos trastornos, otros argumentan que son los trastornos los que merman la autoestima, y una tercera corriente propone la existencia de un círculo vicioso (Rizwan y Ahmad, 2015; Silverston y Salsali, 2003).

Hay autores que cuestionan algunas de las bondades de tener elevada puntuación en autoestima, si bien es cierto que la relevancia de esta no se discute. Desde el punto de vista cognitivo, las personas con mejor autoestima tienden a presentar un sesgo más egoísta, atribuyendo los éxitos a causas internas y los fracasos a causas externas (Páez et

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

al., 2003). Por su parte, Baumeister y colaboradores (2003) advierten que alimentar la autoestima de manera indiscriminada puede provocar en las personas narcisismo, con sus consecuencias más desastrosas como el empleo de conductas agresivas. Mruk (2006) también establece relaciones entre elevados niveles de “autoestima defensiva” y narcisismo. En jóvenes, puede provocar que éstos sean más proclives a experimentar cosas nuevas como el tabaco, alcohol o drogas (Baumeister et al., 2003).

La relación de la autoestima con estados de ánimo depresivos ha sido estudiada de manera muy profusa, y aunque existe una clara relación entre ambas variables (Iannizzotto y Mangione, 2011), para algunos autores no existe evidencia de que la primera sea un predictor robusto de la segunda (Roberts y Monroe, 1994). Así mismo, se han investigado los efectos directos e indirectos de la autoestima sobre el ánimo depresivo; partiendo de un modelo que comprende siete factores o tipos específicos de autoestima (emocional, social, intelectual, corporal, familiar, amistad y autoconfianza), se estudian los efectos de cada una de estas dimensiones sobre el bienestar psicosocial, tanto de manera aislada como en interacción con la ocurrencia de eventos vitales estresantes (Herrero, 1994 citado en Cava, Musitu y Vera, 2000). Como indicador del bienestar psicosocial se utiliza el ánimo depresivo. Las principales conclusiones obtenidas son que la autoestima intelectual, corporal, amistad y familiar afectan de modo directo al ánimo depresivo, y esto ocurre con independencia de la presencia o no de estresores. Por su parte, la autoestima emocional, la autoconfianza y la autoestima social aunque tienen un moderado efecto aislado sobre la variable dependiente, sí tienen un marcado efecto indirecto sobre la misma ya que amortiguan los efectos negativos de los estresores sobre el ánimo depresivo. Es decir, proveen de una mejor capacidad para afrontar los eventos estresantes, sin embargo, en ausencia de los mismos, estas tres dimensiones tienen un efecto muy pequeño sobre el bienestar psicosocial (Cava et al., 2000).

2.2.1.6. Autoestima en mujeres

Las mujeres presentan niveles de autoestima global ligeramente inferiores a la media poblacional: diferentes investigaciones han evidenciado que los hombres puntúan significativamente más alto en medidas generales de autoestima que las mujeres (Kling,

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

et al., 1999), aunque las diferencias son pequeñas. Una explicación a esta diferencia se encuentra en los ámbitos de autoestima específica a los que concede más importancia.

Las disimilitudes en los dominios centrales de la autoestima, que pueden observarse en función del género, la raza y otras variables psicosociales sugieren que las experiencias relacionadas con la identidad social perfilan las contingencias en las que se basa la autoestima (Crocker, et al., 2003; Reid, 2004; Schwalbe y Staples, 1991).

La autoestima está relacionada con ciertos mandatos culturales que establecen lo que es apropiado en función del género y, en el caso de las mujeres, se da un proceso de culturización que pone mayor énfasis en la interdependencia, la afiliación y las buenas relaciones con los otros. La adherencia a estas normas sociales influye en los propios sentimientos de adecuación, merecimiento y valía personal, y por tanto, en la autoestima (Josephs, Markus y Tafarodi, 1992). Una prueba de cómo la socialización afecta a la configuración de la autoestima la aportan Pelham, Koole, Hardin, Seah y DeHart (2005) al demostrar que la autoestima implícita y la explícita correlacionan positivamente más en mujeres que en hombres, y que ello se debe a que éstas han sido más culturizadas para escuchar sus sentimientos e intuiciones, por tanto, los aspectos de su autoestima susceptibles de ser verbalizados son más congruentes con aquellos aspectos que existen a nivel inconsciente.

Las mujeres conceden sobre todo importancia a las dimensiones Aprobación de los demás, Apoyo familiar, Competencia académica o laboral y Apariencia física (Crocker et al., 2003; García-Soriano et al., 2010; Sanchez y Crocker, 2005). El elemento diferencial con el resto de la población (esto es, la población masculina) estriba en la relevancia que tiene para las mujeres la retroalimentación social (Schwalbe et al., 1991): éstas conceden más peso que los hombres a los dominios de Aprobación por parte de terceras personas y Apariencia física. La Aprobación de los demás es un ámbito cuya satisfacción no depende de uno mismo; antes se ha planteado que es la fuente más externa de autoestima y por tanto la más frágil, y que es el área más claramente relacionada con el bienestar emocional, en concreto, las personas que basan su autoestima en lo que los demás piensen de ellas son más vulnerables a presentar cuadros ansiosos y depresivos (Crocker et al., 2003; García-Soriano, 2010). Esto explica al menos en parte las altas tasas de prevalencia de estos trastornos en mujeres.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Tal y como se expuso anteriormente, la autoestima corporal afecta de modo directo, es decir, con independencia de la presencia o no de eventos estresantes, al estado de ánimo depresivo (Herrero et al., 1994). Se ha relacionado que en general, la autoestima basada en dimensiones que suponen aspectos superficiales o inestables del self, como es también el caso de la Apariencia física, correlacionan con bajos niveles de autoestima, con mayores niveles de neuroticismo, de narcisismo y de otras características patológicas de la personalidad (Crocker et al., 2003).

La Teoría de la objetivación (Fredickson y Roberts, 1997) motiva la influencia del género en el hecho de que las mujeres basen en parte su autoestima en la apariencia física. Las mujeres de origen caucásico viven en una cultura que las objetiviza. Esta cultura socializa a la mujer para adoptar la perspectiva de un observador externo sobre su yo físico. La exteriorización de esta perspectiva puede provocar que las mujeres basen más su autoestima en dominios que dependen de la retroalimentación social, de la aprobación de los demás y de su apariencia física (Park, et al., 2005) y lo hagan menos, sobre todo cuanto más jóvenes son, en fuentes más internas como son la religiosidad o la virtuosidad (Crocker, Stein y Luhtanen, 2004) que correlacionan positivamente con el bienestar emocional.

No se puede pasar por alto que la objetivación genera a la mujer vergüenza de su propio cuerpo, tal y como se ha demostrado experimentalmente, y que este hecho se relaciona con la presencia de trastornos de la conducta alimentaria (Fredickson, Roberts, Noll y Quinn, 1998), los cuales son considerados trastornos típicamente femeninos.

Las mujeres con sobrepeso (cuando éste no es debido a problemas hormonales) presentan una autoestima más baja que el resto (Miller y Downey, 1999). Es más, esto sólo ocurre cuando son conscientes de su sobrepeso y reciben por ello retroalimentación negativa por parte de su entorno; no ocurre cuando reciben señales de aprobación por parte de otros en relación a su aspecto corporal (Weisbuch, Sinclair, Skorinko y Eccleston, 2009), ni tampoco ocurre en mujeres afroamericanas cuyos cánones de belleza no se rigen tanto por la delgadez perfecta como lo hacen los cánones de las mujeres caucásicas (Molloy y Herzberger, 1998). Esto demuestra de nuevo la importancia de la Aprobación por parte de otros como fuente de autoestima para la población femenina, y respalda por otro lado la Teoría sociométrica (Leary y Baumeister, 2000) ya expuesta.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

De acuerdo con el hecho de que la valoración del self es producto de la interacción con los otros significativos, algunos investigadores observan que diferentes contextos se asocian a distintas evaluaciones, así, en función del rol que ejerce la persona, se otorga mayor o menor importancia a una u otra dimensión de la autoestima (Herrero, et al., 1995). Por ejemplo, se ha comprobado que la principal fuente de valoración personal de las amas de casa sin trabajo remunerado es la autoestima familiar (Musitu, Herrero y Lila, 1994, mencionados en Herrero et al., 1995), ya que gran parte de su identidad deriva de su rol de madre y esposa (Cava et al., 2000). Sin embargo, las mujeres casadas con trabajo remunerado basan su autoestima en los ámbitos familiar, laboral y social. No se encontraron diferencias en los niveles de autoestima entre ambos grupos, sin embargo, ante situaciones que amenazan la valoración personal, las mujeres con trabajo remunerado presentan más recursos para afrontar la situación. Esto es debido a que su autoestima no depende de un solo ámbito (Herrero, et al., 1995).

Otros autores justifican la menor autoestima de las mujeres en los roles de menor estatus que éstas ostentan, y que sirven como indicadores de éxito y poder social, así como en el estereotipo femenino estigmatizado, relacionado con una menor autoestima social (Páez et al., 2003). Por tanto, puede concluirse que existen causas externas como las que se acaban de mencionar, y otras de naturaleza más interna, pero que en buena medida tienen un origen social y están relacionadas con aquellas contingencias de la autoestima más típicamente femeninas, y que ambas determinan que las mujeres tengan una autoestima algo inferior a la media.

2.2.2. Depresión

La depresión constituye uno de los problemas más incapacitantes y que mayor sufrimiento ocasiona en las personas que lo padecen, así como en la sociedad en su conjunto (Carrobles, 2012). En la introducción de este capítulo ya se han expuesto su elevada prevalencia, sobre todo en mujeres, y las alarmantes previsiones futuras llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001 y OMS, 2013).

Clínicamente se caracteriza a nivel sintomatológico por un estado de ánimo decaído, afectado por una gran tristeza o desinterés por casi todo lo que rodea al individuo. A nivel sindrómico, implica además una serie de síntomas concomitantes

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

como son cambios de apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, de libido, inactividad, y otras manifestaciones de un descenso de la actividad física y psicofisiológica (Carrobes, 2012; Vázquez, et al., 2005).

2.2.2.1. Depresión: clasificación, evaluación y diagnóstico

Tal y como se acaba de señalar, el estado de ánimo deprimido es uno de los estados de malestar psicológico más frecuente en los seres humanos, sin embargo, estar triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión, ya que como tal, se encuentra en muchos cuadros psicopatológicos y otras condiciones médicas (Vázquez y Sanz, 2008). Por tanto, para diagnosticar la depresión clínica debe considerarse ésta como un síndrome y no como un único síntoma.

Para la evaluación y diagnóstico del trastorno, los dos principales sistemas de clasificación internacional son el DSM-V (APA, 2013) y la CIE-10 (OMS, 1992). El DSM-V establece como tipos de depresión el Trastorno de depresión mayor; el Trastorno depresivo persistente (distimia); el Trastorno disfórico premenstrual; Trastornos depresivos inducidos por sustancias, medicamentos, o debidos a otras afecciones médicas; Otro trastorno depresivo especificado; y Trastorno depresivo no especificado. En todos los casos, sólo se considera que existe trastorno cuando los síntomas generan malestar significativo para la persona, viéndose afectada algún área importante (familiar, laboral o escolar, social, etc.).

Como síntomas, dentro del Trastorno depresivo mayor se encuentran a) El estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso). b) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación. c) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días). d) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. e) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

enlentecimiento. f) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. g) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante), casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo). h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación de otras personas. i) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Para el diagnóstico de un Trastorno de depresión mayor es necesaria la presencia de al menos de cinco de los anteriores síntomas durante un período de 2 semanas. Además, uno de los síntomas debe consistir o bien en un estado de ánimo depresivo, o bien en la pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer. Este conjunto de síntomas debe significar un cambio respecto a la actividad previa. Los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica y las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, deben excluirse de este diagnóstico.

El Trastorno depresivo persistente (que agrupa los antes llamados distimia y trastorno depresivo mayor crónico) exhibe un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Además, durante la depresión se presentan dos o más de los siguientes síntomas: a) Poco apetito o sobrealimentación. b) Insomnio o hipersomnía. c) Poca energía o fatiga. d) Baja autoestima. e) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. f) Sentimientos de desesperanza.

El trastorno disfórico premenstrual se da cuando en la mayoría de los ciclos menstruales están presentes durante la semana antes del inicio de la menstruación al menos cinco de los siguientes síntomas a) Labilidad afectiva intensa (por ejemplo, cambios de humor, tristeza o llanto repentino, o aumento de la sensibilidad al rechazo). b) Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales c) Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimientos de desesperanza o ideas de autodesprecio. d) Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta. e) Disminución del interés por las actividades habituales (por ejemplo, trabajo, escuela, amigos, aficiones). f) Dificultad subjetiva de concentración. g) Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía. h) Cambio importante del apetito,

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. i) Hipersomnias o insomnio. j) Sensación de estar agobiada o sin control. k) Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso. De todos estos síntomas, al menos uno de ellos debe ser de los incluidos desde el criterio e) en adelante. Estos síntomas deben empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y minimizarse o desaparecer en la semana de después de la menstruación.

Por su parte, la CIE-10 contempla episodios depresivos leves, moderados, o graves, en función del número de síntomas presentados, requiriéndose sólo dos para el diagnóstico de un episodio leve. Pero sobre todo, lo que determina la gravedad de la depresión, es la capacidad o falta de ésta para continuar con las actividades cotidianas: la incapacitación que generan los síntomas, más que el número de los mismos es lo más relevante para determinar la gravedad del episodio depresivo. Los síntomas establecidos por esta clasificación diagnóstica son a) El estado de ánimo, la energía, y la actividad se encuentran disminuidos. b) Pérdida de interés y de capacidad para el disfrute. c) Pérdida de concentración. d) Cansancio excesivo. e) Perturbaciones del sueño. f) Despertar dos horas antes de la hora habitual. g) Alteraciones del apetito. h) Pérdida de peso. i) Pérdida de la libido. j) Disminución de la autoestima y la confianza en uno mismo. k) Ideas de culpa o inutilidad. l) Estado de ánimo bajo. m) Estado depresivo peor en la mañana.

Como puede observarse, la CIE-10 no establece diferencia entre el trastorno depresivo mayor y el persistente (antes distímico) como hace el DSM-V; la CIE-10 considera una sintomatología común para ambos trastornos, incluyendo incluso síntomas que DSM-V contempla como específicos de una sintomatología depresiva catatónica o melancólica (por ejemplo, despertar dos horas antes, sentirse peor por la mañana, etc.). Para la OMS, ambos trastornos sólo se diferenciarían en la gravedad y en la cronicidad, según se extrae de lo anterior y de la definición de la distimia. La distimia consiste según CIE-10 en una depresión crónica del estado de ánimo, que dura al menos varios años, que no es lo suficientemente grave, o los episodios individuales no son suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico de trastorno depresivo leve, moderado o grave recurrente.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Atendiendo a este tipo de clasificaciones diagnósticas, para realizar un diagnóstico categorial, los instrumentos más utilizados son las entrevistas estructuradas. Si por el contrario, se trata de evaluar la magnitud del trastorno, los instrumentos idóneos son las escalas y cuestionarios (Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto-Moreno, 2005).

En un compendio de escalas para la evaluación de la depresión llevado a cabo por Vázquez y Jiménez (2000), se relacionan como principales entrevistas estructuradas para la detección de trastornos depresivos. A) SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Spitzer y Edincott, 1978). B) SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1998). C) DIS: Diagnostic Interview Schedule (Robins y Helzer, 1991). D) CIDI: Composite International Diagnostic Interview (OMS, 1993).

En cuanto a la evaluación dimensional de los trastornos depresivos, los principales instrumentos utilizados, que dan una medida de la gravedad del trastorno y de la respuesta al tratamiento son los que se relacionan a continuación (Vázquez et al., 2000). A) ATQ: Automatic Thoughts Questionnaire (Holon y Kendal, 1980). Se trata de un cuestionario de autoevaluación de 30 ítems cuya frecuencia durante la última semana se valora en una escala de 1 a 5. Evalúa pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión. Su duración es de 10 minutos y se aplica a población adulta. Tiene utilidad como indicador del cambio terapéutico, sobre todo en combinación con la versión de pensamientos positivos. B) BDI: Beck Depression Inventory. Consiste en un autoinforme de 21 ítems que reflejan contenido cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que reflejan la gravedad del síntoma en una escala de 0 a 3. Se aplica a población adulta, de forma individual o colectiva, y dura unos 10-15 minutos. Ofrece una dimensión cuantitativa de la presencia y gravedad de síntomas depresivos. Es también útil para evaluar el progreso terapéutico y a menudo se utiliza en investigación para la selección de sujetos. Las distintas versiones de esta escala reflejan bien los síntomas del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor. C) CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression. Es una escala autoaplicada de 20 ítems de frecuencia valorados de 0 a 3, centrada sobre todo en la evaluación del estado de ánimo, aunque también en menor medida cognitivos, fisiológicos y conductuales. Se aplica a población adulta en general. Su duración es de

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

unos 10-15 minutos. Los ítems son representativos de los síntomas reflejados en DSM-IV y CIE-10, sobre todo del trastorno distímico. D) CRS: Carroll Rating Scale for Depression (Carroll, Flinbert, Esmouse, Rawson y Greden, 1981). Escala de autoaplicación que evalúa síntomas somáticos y conductuales. Cuantifica la sintomatología de pacientes depresivos a través de 40 ítems de respuesta dicotómica diseñados de forma paralela a la escala Hamilton. Se aplica a población adulta y su duración es de unos 10 minutos. Además de cuantificar la sintomatología, determina el grado de depresión aportando pautas para la idoneidad del tratamiento. E) DAS: Dysfunctional Attitude Scale (Weissman, A., Beck, A., 1978). Escala de autoevaluación basada en el modelo cognitivo de Beck. Evalúa pensamientos distorsionados a través de 40 ítems en cada forma paralela, en una escala Likert de 1 a 7. Su duración es de 20-25 minutos y se aplica a población adulta. Se utiliza para medir el cambio terapéutico en formas de depresión que incluyen ese tipo de creencias. F) HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983). Escala de autoevaluación de depresión y ansiedad a través de 14 ítems con cuatro afirmaciones cada uno, de entre las que se debe elegir una. Los 7 ítems que evalúan la depresión se limitan a síntomas de anhedonia. Su duración es de 5 minutos, se aplica en población adulta. No permite una evaluación precisa de este trastorno, pero es apropiada como instrumento inicial en contextos hospitalarios. G) HDRS: Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960, 1967). Escala heteroaplicada. Evalúa síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad a través de 21 ítems valorados en una escala Likert. Su duración es de unos 30 minutos. Se utiliza en población adulta, principalmente para evaluar la gravedad de la depresión y la evolución tras diferentes tratamientos (incluyendo farmacológicos). I) MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale (Montgomery y Asberg, 1979). Escala heteroaplicada de evaluación de síntomas de estado de ánimo, ansiedad, somáticos y de anhedonia, a través de 10 ítems en una escala de 7 puntos. Se aplica en población adulta y su duración es de 30 minutos incluyendo la entrevista clínica que debe efectuarse con carácter previo. Ha sido diseñada especialmente para la detección de cambios y respuestas a tratamientos. Especialmente útil cuando existen enfermedades físicas concomitantes cuyos síntomas pueden confundirse con la sintomatología somática de la depresión. J) ZSDS: Zung Self Rating Depression Scale. Escala autoaplicada de 20 ítems de duración en una escala de 0 a 3 que evalúa síntomas relacionados con el estado de ánimo, cognoscitivos y somáticos. Se aplica en población adulta, su duración es de

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

10-15 minutos. Es sensible a cambios y sencilla de aplicar, por lo que aporta información clínica valiosa.

2.2.2.2. Etiología y curso de la depresión

Los diferentes modelos que intentan dar cuenta del trastorno depresivo son complejos y multifactoriales. En este trabajo se hará una revisión muy somera de las principales perspectivas desde las que se ha abordado esta cuestión. Los diferentes modelos propuestos pueden englobarse dentro de las Teorías psicodinámicas, de las Teorías biológicas, de las Teorías psicológicas y de las Teorías interpersonales de la depresión (Sanz y Vázquez, 2008).

Las primeras señalan como aspecto clave del trastorno la baja autoestima. Las teorías más recientes dentro de esta corriente atribuyen la depresión en la edad adulta a factores de vulnerabilidad derivados del sentimiento de pérdida de un ser querido, ocurrido durante las primeras etapas del desarrollo. Por ejemplo para Bowlby, el otro significativo sería alguna de las figuras de apego (Bowlby, 1998). Estas pérdidas tempranas hacen que la autovaloración dependa excesivamente de otros (Vázquez et al., 2008) y esto, tal y como se ha expuesto en el apartado dedicado a la autoestima, hace que ésta sea más frágil.

Las Teorías biológicas se basan en el modelo biomédico de la salud. Según Carrobles (2012) las principales Teorías son endocrinas y de neurotransmisión. Dentro de las Teorías endocrinas se han propuesto dos modelos centrados uno en el eje adrenal y el otro en el eje tiroideo. Según la hipótesis adrenal, la hiperactividad está relacionada con niveles elevados de síntomas depresivos a través de la excesiva secreción de hormonas glucocorticoides o corticoides por parte de la corteza de la glándula suprarrenal, especialmente cortisol. La secreción excesiva de corticoides de forma continuada está asociada a trastornos depresivos, especialmente de tipo melancólico. Según la hipótesis basada en el eje tiroideo, el hipertiroidismo y el hipotiroidismo están muy relacionados con estados depresivos y maníacos. También se han encontrado alteraciones en el patrón de secreción de la hormona del crecimiento. En cuanto a las Teorías de la neurotransmisión, entre los neurotransmisores, los principalmente implicados en la depresión son las catecolaminas y las indolaminas, que han dado lugar

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

a dos teorías. La hipótesis catecolaminérgica se apoya en que los déficits funcionales en la actividad de los neurotransmisores catecolaminérgicos, dopamina y noradrenalina están asociados a los estados deprimidos. La Hipótesis serotoninérgica se basa en que los déficits en los niveles de la indolamina (serotonina y melatonina) también presentes en los estados depresivos, aunque su papel se centra más en incrementar la vulnerabilidad a padecer la depresión. El Modelo diátesis-estrés es el que con mayor apoyo empírico cuenta (Pinel, 2007). Este sostiene que algunas personas heredan la predisposición genética (diátesis) a desarrollar éste trastorno, aunque esta herencia, por sí misma no es suficiente para desencadenar la depresión. Sólo si las personas son expuestas en etapas tempranas de su vida al estrés, sus sistemas se sensibilizan especialmente, lo que hace que en etapas posteriores de su vida, respondan en exceso ante acontecimientos negativos.

Dentro del paradigma conductual, las teorías de la depresión se basan en los principios básicos del aprendizaje por condicionamiento operante o instrumental. La mayoría de los autores se enfocan en una reducción de la frecuencia de las conductas como principal síntoma. Esta reducción es consecuencia de falta de reforzadores, de la no contingencia, o de la pérdida de efecto de los mismos (Pérez y García, 2011). Dentro de ésta perspectiva, las principales teorías y modelos han sido aportados por Fester (Teoría conductual de la depresión), Lewinsohn (Teoría de la autofocalización), Rehm (Teoría del autocontrol) y Nezu (Modelo de solución de problemas) (Pérez et al., 2011). Por ejemplo para Lewinsohn, la reducción o pérdida de reforzadores puede producirse bien por cambios o factores ambientales sobrevenidos (pérdida de trabajo, de salud, de un ser querido...), bien por factores personales, como falta de recursos o habilidades para afrontar problemas sociales, laborales u otros.

Los modelos o teorías cognitivas de la depresión aportadas por Beck, Ellis y Seligman entre otros muchos autores (Carrobles, 2012), se enfocan en cómo los individuos ven e interpretan los acontecimientos que les ocurren. Destaca dentro de ésta corriente la teoría de Beck, para quien la depresión se caracteriza por un procesamiento distorsionado de la información. Esta teoría alude a la devaluación del propio individuo, a la consideración negativa que éste tiene del mundo que le rodea, la cual se traduce en desinterés o desmotivación hacia su entorno y en una proyección hacia el futuro igualmente desesperanzada y negativa, que no contempla la posibilidad de que

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

las cosas puedan mejorar y ser diferentes en el futuro. Esta forma anómala de pensar es lo que lleva al sujeto a la depresión: a partir de la alteración incipiente del estado de ánimo producida inicialmente por el suceso depresógeno, surge en un estado depresivo por la amplificación del acontecimiento y de los síntomas del sujeto (Beck, 1979). Por tanto, estas distorsiones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro (*triada cognitiva*) mantienen y exacerbaban los síntomas depresivos. Otra importante explicación del trastorno dentro de la corriente cognitiva es la Teoría de la indefensión aprendida (Seligman, 1975) la cual postula la experiencia de aversivos por parte del individuo cuya evitación o escape son vividos como ajenos al propio control, y ello es debido a estilos atribucionales depresógenos, los cuales se caracterizan por la atribución de sucesos negativos a características internas y estables del individuo. La indefensión o el desamparo se aprende aunque esto ocurre de forma natural cuando el individuo espera el acontecimiento de eventos negativos y no emite conductas que puedan prevenir su ocurrencia (Seligman, 1975). Los síntomas concomitantes son baja autoestima, pasividad o pérdida de apetito (Reeve, 2009).

Las teorías interpersonales parten de enfoques psicodinámicos, conductuales o cognitivos, con la particularidad de que el énfasis reside en la importancia de factores interpersonales, tanto sociales como familiares. Por ejemplo, Coyne (1976) resalta el papel de las experiencias de apego tempranas en la conformación de factores de vulnerabilidad ante la depresión. Los estilos de afrontamiento que dependen según ésta perspectiva de las habilidades interpersonales aprendidas, determinan la vulnerabilidad de los individuos, y las respuestas de los otros significativos determinarán la gravedad y duración del trastorno (Sanz y Vázquez, 2008).

Esta tesis se apoya en el Modelo tridimensional de la depresión basado en la Teoría tridimensional de las emociones (Lang, 1968; 1988). Son numerosos los autores describen la depresión, entendiendo la tristeza y otros constructos afines, como una emoción (Jimenez, 2004). Desde este paradigma, se entiende la depresión como una emoción que llega a convertirse en un estado patológico tras una serie de cambios en su intensidad, frecuencia y duración. La Teoría tridimensional de la depresión contempla éste trastorno como una emoción que se manifiesta en los tres sistemas de respuesta; el sistema cognitivo-subjetivo, el sistema fisiológico-somático y el sistema motor-observable (Jiménez, 2004). Esta propuesta, en realidad “... *más que un modelo*

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

etiológico es un modelo descriptivo de cómo se manifiesta el fenómeno una vez originado, sin explicar cómo se llega hasta éste, pero que sin embargo, integra las diferentes manifestaciones del mismo intentando explicar las relaciones que entre ellos se producen” (Jiménez, 2004, pp. 160). Este modelo se expone con mayor detalle en el siguiente apartado.

En cuanto a la evolución de la depresión a lo largo de la historia de los individuos, existen muchos datos epidemiológicos que respaldan que este trastorno tiene un curso espontáneo y variable, aunque no tanto así para cada sujeto (Vázquez et al., 2005). La duración media de los episodios es de cuatro a cinco meses, sólo entre un 10 y un 20% de los pacientes presentan episodios que duran más de dos años. No existen diferencias por género en cuanto a duración de los episodios. Como ya se ha dicho, la diferencia en cuanto a tasas prevalencia mantiene una relación mujeres-varones de 2:1. También existen diferencias en la edad de comienzo; las mujeres comienzan antes (Vázquez et al., 2005; Vázquez et al., 2008). En cuanto a la recurrencia, el 75% de las personas sufrirá recaídas. De esta tasa, el 40% de los casos presentará tres o más episodios depresivos. El 35% de los pacientes que presentan un nuevo episodio, lo hará dentro de los dos siguientes años, y el 60% lo hará antes de que pasen 12 años desde el anterior. El patrón individual es bastante estable, los episodios sucesivos según los datos epidemiológicos y clínicos parecen cada vez más autónomos y menos ligados a factores estresantes (Kendler, Thornton y Gardner, 2000), lo cual se ha interpretado como un fenómeno de sensibilización o *kindling*. Otros datos relevantes son, que los primeros episodios suelen tener una duración menor, que los episodios previos aumentan la probabilidad de los sucesivos, y que las depresiones secundarias (consecuencia de otro trastorno físico o mental) tienen peor pronóstico que las primarias (Vázquez et al., 2008). Esto en cuanto a la depresión de la población general. En el apartado dedicado a la depresión en mujeres se profundizará más en el curso de este trastorno en la población diana.

2.2.2.3. Características clínicas de la depresión: El modelo tridimensional

En el apartado anterior se introdujo la Teoría tridimensional de la depresión, la cual entiende este trastorno como una emoción que se manifiesta en tres sistemas de

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

respuesta; el sistema cognitivo-subjetivo, el sistema fisiológico-somático y el sistema motor-observable (Jiménez, 2004). Las emociones comprenden un conjunto de reacciones corporales, subjetivas y conductuales las cuales se desencadenan ante situaciones que son relevantes para las personas (Cano-Vindel y Tobal, 2003). Experimentar una emoción implica una alteración en el estado de afecto y una serie de reacciones somáticas debidas a la activación de diferentes sistemas fisiológicos como el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso somático, el sistema endocrino o el sistema inmune (Pinel, 2006). Las expresiones emocionales son universales y tienen un valor adaptativo relacionado con la socialización (Reeve, 2009).

De acuerdo con este modelo, las respuestas de estos tres sistemas ante una situación estimular pueden presentar correlaciones bajas. Por este motivo se considera que los sistemas subjetivo, somático y conductual son relativamente independientes. Esta independencia se manifiesta a través de al menos tres fenómenos; el fraccionamiento direccional, la desincronía y la discordancia. El fraccionamiento direccional o fraccionamiento de respuesta alude a la escasa covariación entre los tres sistemas de respuesta ante una misma reacción emocional. La desincronía hace referencia a que la respuesta en los tres sistemas no ocurre necesariamente al mismo tiempo. La discordancia entre sistemas de respuesta es el término utilizado para referirse a que las respuestas dentro de cada uno de los tres sistemas, es decir, intrasistema, suelen presentar correlaciones más altas que las respuestas intersistema (Cano-Vindel et al., 2003).

No obstante, diferentes investigaciones señalan como explicación a la baja interdependencia de los tres sistemas de respuesta una serie de variables entre las que se encuentra la intensidad de la activación emocional, el nivel de demanda y las estrategias de autorregulación emocional puestas en funcionamiento por el individuo (Martínez-Montegudo, Inglés, Cano-Vindel y García-Fernández, 2012). De este modo, cuanto más ansiedad genera una situación en un individuo, menor probabilidad de discordancia entre sistemas porque mayor es la probabilidad de que los tres alcancen valores altos. En cuanto al nivel de demanda, un individuo puede controlar con mayor eficacia el sistema de respuesta motor que cualquiera de los otros dos, lo cual puede contribuir al desequilibrio entre los tres niveles de respuesta. Por último, en lo relacionado con las estrategias de control emocional empleadas, se ha comprobado que tanto la reevaluación

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

cognitiva como la supresión de la expresión voluntaria de la emoción ayudan a disminuir la respuesta emocional, sin embargo, la supresión de la expresión provoca un aumento de la activación fisiológica (Martínez-Monteaudo et al., 2012).

Estos factores característicos del Modelo de los tres sistemas de respuesta emocional, junto con el hecho de que en cada sujeto presenta un patrón de respuesta emocional diferente en el que predomina alguno de los tres sistemas (subjetivo, somático o comportamental), hacen que sea necesaria la evaluación de cada uno de los sistemas de forma separada (Cano-Vindel et al., 2003; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1989).

Por éstos motivos la presente tesis se basa en el Modelo tridimensional de la depresión cuyo instrumento de medida validado en España es el Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD; Jiménez y Miguel-Tobal, 2003).

En la sección dedicada a la evaluación y diagnóstico de la depresión ha quedado abordado este constructo desde unas perspectivas más bien categoriales y nomotéticas, a continuación se centrará el punto de vista en la práctica clínica.

El cuadro que presenta una persona deprimida en cuanto a evolución y síntomas puede ser muy variado, aunque puede reducirse a cinco grandes núcleos el conjunto signos y síntomas que cualquier persona con un cuadro depresivo pueda presentar (Vázquez y Sanz, 2008). Los síntomas anímicos más habituales son tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, siendo la tristeza el más representativo de la depresión. Otros síntomas anímicos que también se presentan en personas con este trastorno aunque con menor frecuencia son la irritabilidad, el nerviosismo o la sensación de vacío. Este tipo de síntomas unidos a una disminución de emociones positivas (anhedonia) es lo más característico de la depresión (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). En segundo lugar, los síntomas motivacionales y conductuales están relacionados con la inhibición conductual, que en su forma más grave aparece como retardo psicomotor. Suelen estar conectados además a pensamientos negativos como falta de control, falta de sentido o indefensión. Los síntomas cognitivos se refieren al deterioro en el rendimiento cognoscitivo (memoria, atención y concentración). Entre los síntomas físicos se encuentran los problemas de sueño, la fatiga, la falta de apetito y las alteraciones en la función sexual, además de otras molestias corporales más difusas

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

como el dolor de cabeza, estreñimiento y otras. Por último, los síntomas interpersonales se observan en el deterioro de las relaciones con los demás.

Otra agrupación de los diferentes tipos de síntomas que se pueden presentar en la depresión la ofrecen Vázquez et al. (2005) en cinco niveles o categorías diferentes a las anteriores. A nivel conductual, aparecen síntomas como falta de autocuidado y aseo personal; agitación o retardo psicomotor; llanto; agresividad; conductas de evitación ante contactos interpersonales o tareas cotidianas; disminución de conductas de comunicación o verbalizaciones constantes sobre los propios síntomas; a nivel corporal, postura decaída, abatida, hombros caídos, voz apagada, rostro inexpresivo; en la esfera interpersonal, aislamiento, pasividad, búsqueda de validación externa, reducción de actividades, etc. A nivel cognitivo se dan pensamientos automáticos negativos; creencias disfuncionales; cambios en el locus de control; sentimientos de culpa; sesgos atencionales, en especial autofocalización; sesgos de memoria; rumiaciones; dificultades de concentración, de toma de decisiones, de habilidades para solucionar problemas; e ideación suicida. A nivel psicofisiológico se manifiestan alteraciones del sueño, del apetito, disminución del deseo sexual y molestias físicas. Por último, a nivel emocional y motivacional aparecen emociones negativas como tristeza, desamparo, desesperanza, rencor, autodesprecio, culpa, frustración, fracaso, vacío, vergüenza, irritación, aburrimiento o efecto embotado; anhedonia; ausencia de reactividad ante refuerzos positivos; abulia y anergia.

Los tres sistemas del Modelo tridimensional de la depresión engloban todas las posibles categorías propuestas por los diferentes autores, las cuales han sido anteriormente expuestas. Existen además numerosas investigaciones empíricas que prueban la existencia de procesos y respuestas que caracterizan a la depresión y pueden ser englobados en este triple sistema de respuesta (Jiménez, 2004). Por ejemplo, respuestas como el estado de ánimo negativo, o los sesgos en la memoria manifestados por un mayor recuerdo de eventos negativos (Baddeley, 1999) son entre otras respuestas cognitivas-subjetivas. Dentro del sistema de respuesta fisiológico-somático aparecen reacciones como el aumento de la tasa cardíaca y de la tensión muscular en la región superciliar del músculo frontal (Gehricke y Shapiro, 2000), o una disminución del nivel de resistencia de la piel (José, Miranda, Anias Calderón y Cardona, 1990). Entre los comportamientos motores-observables, la depresión puede provocar retardo psicomotor

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

y del habla, y expresiones faciales características de la tristeza (Cacioppo, Uchino, Crites, Snyder-Smith, Smith, Berntson y Lang, 1992) o conductas de evitación (Jiménez, 2004).

Existe un listado exhaustivo elaborado por Jimenez y Tobal (2000) y revisado por Jiménez (2004) que incluye la práctica totalidad de los síntomas depresivos incluidos en las clasificaciones propuestas por diferentes autores. Estos síntomas están clasificados según el triple sistema de respuesta emocional en el que se basa la teoría Tridimensional de la depresión.

2.2.2.4. La depresión en mujeres

La prevalencia vida del Trastorno depresivo mayor en las mujeres es del 21,3% y esta ratio se replica en diferentes países y grupos étnicos. Se ha constatado también en diferentes estudios que la prevalencia comienza a hacerse mayor que la de la media poblacional a partir del inicio de la adolescencia y que se mantiene hasta la madurez (Noble, 2005; Nolen-Hoedsema y Gigus, 1994; Piccinelli y Wilkinson, 2000). Las tasas comienzan a elevarse por encima de la media entre los 13 y 14 años, se acentúan mucho entre los 15 y los 18 años, y se mantienen elevadas hasta los 55 años, edad a partir de la cual parece que comienza a disminuir la frecuencia de este trastorno en mujeres (Solar, 2005). El hecho de sufrir episodios más tempranos aumenta el riesgo de recaídas posteriores (Kendler et al., 2000; Nolen-Hoeksema, Girus y Seligman, 1992; Piccinelli et al., 2000), lo cual justifica en parte el alto riesgo de las mujeres a sufrir este trastorno.

No obstante, según el Instituto Nacional de la Salud Mental, la depresión en las mujeres está mal diagnosticada entre un 30 y un 50% de los casos. El 70% de los antidepresivos prescritos los consumen mujeres (NIMH, 2009), atendiendo a un diagnóstico y a un seguimiento inadecuados, lo cual pone en riesgo su salud (McGrath, Keita, Strickland y Russo, 1990). Las investigaciones actuales se basan en los modelos de diátesis-estrés y están centradas en identificar las diferencias biológicas ligadas al sexo y en determinar los factores psicosociales que median o moderan el riesgo de sufrir depresión, causado por las influencias biológicas (APA, 2000; 2002). La justificación de la alta predisposición de las mujeres a adolecer este trastorno se basa en la hipótesis de que es la interacción de dos tipos de factores, por un lado, factores de la maduración

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

biológica que comienza en la pubertad, y por otro, factores sociales relacionados con los roles de género, lo que determina la especial vulnerabilidad de la población femenina a los distintos trastornos depresivos.

Se considera por tanto que el alto riesgo que tiene las mujeres de sufrir algún tipo de depresión tiene su origen en factores de tipo biológico, psicológico y social (APA, 2002; NIMH, 2009). Dentro de los factores biológicos, los investigadores han atendido a los de tipo genético, a los hormonales y a los basados en modelos animales (APA, 2002).

En cualquier caso, ligada o no al sexo, la herencia juega un papel en el desarrollo de éste trastorno (Nestler, Barrot, DiLeone, Fisch, Gold y Monteggia, 2002; Kendler, Gardner y Prescott, 2014). Algunos autores sostienen que no existe suficiente evidencia empírica que apoye una vulnerabilidad a sufrir depresión que esté determinada genéticamente y además ligada al sexo (Piccinelli et al., 2000), otros expertos como sí encuentran una vulnerabilidad genética específicamente en la mujer (Noble, 2005), y un tercer grupo de autores plantea en este sentido una solución de compromiso proponiendo que es posible que los factores genéticos influyan de manera indirecta en las elevadas tasas de depresión que presentan las mujeres: el temperamento neurótico o ansioso, relacionado con trastornos depresivos, se da más frecuentemente en mujeres que en el resto de la población (Solar, 2005).

Las hormonas sexuales es probable que jueguen un papel importante en la depresión de las mujeres, y en los cambios en el estado de ánimo. La presencia de síntomas y síndromes depresivos que aparecen relacionados con los ciclos menstruales, con los embarazos, durante el postparto (Fermoselle, 2005) y con la menopausia, respaldan esta hipótesis (APA, 2002; NIMH, 2009). La inclusión del trastorno disfórico premenstrual en el DSM-V (APA, 2013) se apoya en el hecho de que aproximadamente un 75% de las mujeres sufren alteraciones del estado de ánimo vinculadas al ciclo menstrual originadas al parecer por cambios bioquímicos en el sistema nervioso y en el endocrino, al menos en los niveles de serotonina y de varias hormonas gonadales (APA, 2000; 2002). Las hipótesis de diferencias basadas en modelos animales se apoyan en las distintas reacciones de machos y hembras expuestas a estímulos estresantes. En concreto, la exposición a eventos agudos estresantes mejoraba el aprendizaje por condicionamiento en ratas macho y lo dificultaba en hembras (Wood y Shors, 1998).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Además, estos investigadores demostraron que la mayor dificultad para el aprendizaje dependía de la presencia de hormonas sexuales femeninas.

Desde una perspectiva biológica y psicosocial se argumenta que el curso de la depresión en las mujeres, desde la adolescencia hasta la edad adulta, tiene cierta explicación en la necesidad de afiliación de estas, la cual se acentúa tras la adolescencia, y está en parte influida por la secreción de oxitocina (Cyranowski, Frank y Shear, 2000). Esta necesidad generaría vulnerabilidad a la depresión derivada de factores interpersonales, ya que el apoyo social es una variable importante para las mujeres (Kendler y Gardner, 2013).

La American Psychiatric Association (APA, 2002) agrupa las variables psicológicas y sociales que inciden sobre las mujeres en el riesgo de padecer algún trastorno depresivo en dos categorías; por un lado variables psicosociales relacionadas con la vivencia de acontecimientos estresantes y de traumas, y por otro las relacionadas con las relaciones interpersonales y los estilos cognitivos.

Más del 80% de los casos de depresión están precedidos por acontecimientos negativos graves (APA, 2002) lo cual demuestra consistentemente la relación causal entre estas dos variables. Los eventos estresantes aumentan la probabilidad de sufrir una depresión especialmente en mujeres (Kendler et al., 1999; López y Medina, 2007). Según se ha constatado, las mujeres son tres veces más propensas que los hombres a sufrir una depresión en respuesta a un evento estresante, y son en especial vulnerables a pérdidas de relaciones interpersonales importantes (como la muerte de un familiar o de una amistad), a un cambio de residencia, a enfermedades graves o a violaciones (Maciejewski, Prigerson y Mazure, 2001). En otro estudio se halló que las mujeres son especialmente sensibles a estresores relacionados con problemas domésticos, de convivencia con el vecindario, a la pérdida de confianza y a la enfermedad de personas pertenecientes a su red social incluyendo la distal (Kendler, Thorton y Prescott, 2001).

Se discute el hecho de que la vulnerabilidad de las mujeres a factores específicos, no implica que éstas estén sometidas a más eventos adversos que el resto de la población y en este sentido, algunos autores sostienen que no existe suficiente evidencia empírica de ello (Piccinelli y Wilkinson, 2000). Sin embargo otros, defienden que la población femenina está sometida a un mayor número de estresores que la

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

población masculina (Elliott, 2001; Hankin y Abramson, 2001). En cualquier caso, no cabe duda de que las mujeres tienen un riesgo mucho mayor por ejemplo, de sufrir abusos sexuales durante la infancia y la adultez y violencia por parte de su pareja (APA, 2002; OMS, 2000) y que son especialmente sensibles a los efectos depresógenos de estos sucesos (Piccinelli et al., 2000).

El efecto del *kindling* (un proceso mediante el cual la sensibilización a estresores aumenta al aumentar el número de exposiciones) se evidenció en la población femenina gracias a un estudio longitudinal, en el cual no sólo se demuestra la relación causal entre los eventos estresantes y la depresión, sino que además queda probado que el efecto es mayor cuanto mayor es el número de episodios depresivos previos. Pero esta relación sólo se mantiene hasta alcanzar el número de nueve episodios; a partir de este umbral, el individuo deja de estar sensibilizado. La existencia del fenómeno de sensibilización a los eventos estresantes está mediada por la gravedad del evento y por la predisposición genética de la persona (Kendler, Thornton y Gardner, 2000).

Las relaciones interpersonales y los estilos cognitivos son la otra fuente de naturaleza psicosocial de vulnerabilidad a los trastornos depresivos (APA, 2002). Por su vinculación, se abordan también dentro de este bloque algunas características más estables de la personalidad que se han demostrado relevantes en el desencadenamiento de este tipo de trastorno.

Las mujeres presentan tasas de neuroticismo relativamente elevadas, en comparación con la media poblacional (Kendler y Gardner, 2013; Soler, 2005). El neuroticismo es un rasgo de la personalidad que actúa como factor de vulnerabilidad en respuesta a eventos vitales negativos (Piccinelli, 2000). Además, predice baja autoestima, trastornos de ansiedad, depresión y bajo apoyo social. A su vez, el bajo apoyo social predice también respuestas depresivas en las mujeres (Kendler et al., 2013).

Las rumiaciones son un estilo cognitivo que se ha relacionado con el riesgo a la depresión y se da de manera especialmente frecuente en mujeres (Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001). Las personas que tienen pensamientos rumiativos en respuesta a los síntomas depresivos, presentan síntomas más severos, logran que estos se cronifiquen y que el estado de afecto negativo se prolongue durante más tiempo. Además, la

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

probabilidad de que se involucren en estrategias de afrontamiento activas para la solución de problemas disminuye, alimentando así la sensación de pérdida de control o indefensión (Nolen-Hoeksema, 2000).

La *comuni3n incondicional* (“unmitigated communion”) (Helgeson y Fritz, 1998) es un foco hacia los dem1s y una anulaci3n del propio yo. Est1 relacionada con la necesidad de aprobaci3n por parte de terceras personas, implica basar la autoestima en la opini3n de otros, est1 asociada a una visi3n negativa del s3 mismo, a la autodepreciaci3n y a vivir enfocada los problemas de los otros en detrimento de las necesidades propias. Se trata de un estilo de respuesta caracter3stico sobre todo algunas mujeres, que est1 relacionado con el diestr3s y la depresi3n.

Una baja autoestima, un locus de control externo, malas estrategias de afrontamiento, falta de habilidades en la soluci3n de problemas son factores de vulnerabilidad personal a los trastornos depresivos. Se ha planteado que la autoestima de las mujeres es algo m1s baja que la media, tambi3n se ha puesto de manifiesto que los roles tradicionales femeninos no preparan a la mujer para ser aut3noma e independiente sino lo contrario (Curto, 2008), esto unido su necesidad de afiliaci3n y de aprobaci3n por parte de terceras personas implica una p3rdida de control y una sensaci3n de indefensi3n relacionada con s3ntomas depresivos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Los riesgos basados en variables sociodemogr1ficas y los datos recogidos en diferentes pa3ses y grupos culturales indican que los roles sociales y las influencias culturales contribuyen a la preponderancia de las elevadas tasas de depresi3n en mujeres (Piccinelli et al., 2000). Se trata de una serie de factores de riesgo como son los problemas econ3micos, pertenecer a un bajo estatus social, el desempleo o la falta de formaci3n, los cuales se encuentran m1s presentes en mujeres que en el resto de la poblaci3n (McGrath et al, 1990). Las mujeres inmigrantes, las que sufren alg3n tipo de discriminaci3n, por ejemplo por cuestiones raciales o de orientaci3n sexual, y las que tienen trabajos m1s estresantes est1n en mayor riesgo de sufrir una depresi3n. Otros factores que aumentan el riesgo de padecer este trastorno son estar casada o divorciada, un reparto no equitativo de las tareas dom3sticas, y tener hijos de corta edad, siendo mayor el riesgo cuanto mayor es el n3mero de hijos (Matud, Guerrero y Mat3as, 2005). Es probable que la causa de lo anterior sean las demandas espec3ficas relacionadas con

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

los roles de género impuestos por el matrimonio (Piccinelli et al., 2000). El apoyo empírico a esta hipótesis se encuentra en el hecho de que en sociedades en las que no existen marcadas desigualdades de género, así como en aquellas en las que se valoran socialmente los roles tradicionales femeninos (en las sociedades modernas el rol tradicional además de ser frustrante, está devaluado), no se agudiza tanto la vulnerabilidad (Piccinelli, 2000).

Las mujeres sin trabajo remunerado son más propensas a la depresión que aquellas que tienen empleo (López y Medina, 2002). El empleo es un factor protector contra la depresión porque mejora la situación económica, los recursos, disminuye el aburrimiento, incrementa los contactos con otras personas y mejora la autoestima y el sentido de logro (Curto, 2008). De acuerdo con Barnett, Marshall y Singer (1992), los múltiples roles mantienen a la mujer activa, con ocupaciones diversas, con los privilegios asociados a cada rol (Matud, 2008) y sin tiempo para pensamientos de tipo rumiativo, los cuales predicen la cronicidad de la depresión y de la ansiedad (Nolen-Hoeksma, 2000).

No obstante, las mujeres sufren mayor discriminación en el mercado laboral así como desigualdades económicas (APA, 2000) (este aspecto se ha justificado en el capítulo primero con datos macroeconómicos y otra bibliografía). Sus roles muchas veces entran en conflicto y se da una sobrecarga porque asumen la mayor parte de la carga en el reparto de tareas domésticas y familiares, todo lo cual, hace que se reduzca el efecto positivo del empleo sobre el bienestar (Matud, 2008; Piccinelli et al., 2000).

Existe otra variable relacionada con el rol de género femenino que tiene importantes implicaciones sobre el trastorno depresivo, se trata de la objetivación del propio cuerpo, ya tratada en el apartado dedicado a la autoestima. En relación con la depresión, se ha encontrado que las chicas adolescentes informan mayores niveles de objetivación que los chicos, de vergüenza por su propio aspecto, de rumiaciones y de depresión (Grabe, Hyde y Lindberg, 2007). Los autores de dicha investigación han elaborado además, un modelo que establece una relación causal directa entre la objetivación de la mujer y la depresión, con la vergüenza sobre el aspecto físico y las rumiaciones como variables mediadoras en el proceso.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Desde la infancia se contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión. Durante el proceso de socialización, los estereotipos de género ocasionan tal impacto en construcción de la identidad de género de las niñas, que les puede llevar a presentar mayor preocupación por las evaluaciones sobre sí mismas y en consecuencia, a tener peores expectativas de éxito futuras, a realizar más atribuciones causales desadaptativas acerca de sus éxitos y fracasos y a poner en práctica peores estrategias de afrontamiento (Ruble, Greulich, Pomerantz y Gochberg, 1993).

Puede concluirse que haber sufrido algún tipo de trastorno del espectro ansioso-depresivo en la infancia o en la adolescencia, estar sometida a estresores o el hecho de haber estado sometida en etapas tempranas a eventos estresantes o traumáticos, la presencia de ciertos estilos cognitivos característicos de muchas mujeres, y los roles sociales y culturales, son variables que afectan en especial al género femenino y generan vulnerabilidad a la depresión.

2.2.3. Ansiedad

La ansiedad es un constructo que ocupa un lugar importante en la investigación llevada a cabo dentro de las diferentes corrientes teóricas que se ocupan de la Psicología de la personalidad y de la Psicopatología (Lawyer y Smitherman, 2004). Su interés en la literatura psicológica se debe según algunos investigadores, a su consideración como respuesta emocional paradigmática de la que se sirve la investigación en el ámbito de las emociones (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Su estudio se ha llevado a cabo desde numerosos enfoques teóricos, lo cual ha hecho difícil su definición y operativización (Navlet, 2012).

Actualmente la perspectiva más extendida en investigación y terapia es la aproximación al Triple sistema de respuesta propuesto por Lang (1968) ya planteado en la sección dedicada a depresión. De acuerdo con este modelo, la ansiedad se conceptualiza como un fenómeno complejo y multifacético que comporta, al igual que ocurre con la tristeza y con el resto de las emociones, los sistemas de respuesta cognitivo, fisiológico y comportamental.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

2.2.3.1. Ansiedad: clasificación, evaluación y diagnóstico

Los trastornos de ansiedad se originan por un desajuste en la frecuencia, en la intensidad o en la duración de la reacción emocional hasta niveles en los que se produce una alteración psicopatológica. Esta patología puede manifestarse bien de forma persistente y continua, bien en forma de crisis episódicas bruscas, en función del tipo de situación que la origine (Miguel-Tobal et al., 2002).

La Asociación Americana de Psiquiatría afirma que todos los Trastornos de ansiedad comparten características del miedo y de la ansiedad, así como alteraciones conductuales relacionadas con los mismos. El DSM-V (APA, 2013) define el miedo como la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o percibida, y la ansiedad como la anticipación de una amenaza futura. Algunos de los síntomas del miedo y la ansiedad se superponen, mientras que otros difieren, al menos en su intensidad, por ejemplo, el miedo está más asociado a estados de mayor activación del sistema nervioso autónomo que preparan al organismo para las respuestas de lucha o huida, y en la ansiedad se manifiestan normalmente más otros síntomas como la tensión muscular, la hipervigilancia o comportamientos de evitación (APA, 2013). En el DSM-V se establecen como Trastornos de ansiedad el Trastorno de ansiedad por separación; Mutismo selectivo; Fobia específica; Trastorno de ansiedad social; Trastorno de pánico; Agorafobia; Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos; Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica; Otro trastorno de ansiedad especificado; Otro trastorno de ansiedad no especificado. Los trastornos de ansiedad se pueden presentar con o sin ataques de pánico, sin que estos se consideren en sí mismos un trastorno. La CIE-10 (OMS, 1992) por su parte establece la clasificación de este tipo de patología en Trastornos de ansiedad fóbica; Agorafobia; Fobias sociales; Fobias específicas; Otros trastornos de ansiedad fóbica; Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación; Trastorno de pánico; Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno mixto ansioso-depresivo; Otro trastorno mixto de ansiedad; Otros trastornos de ansiedad especificados; Trastorno de ansiedad sin especificación.

El Trastorno de ansiedad por separación consiste en un miedo o ansiedad excesiva causada por la separación de las personas por las que se siente apego. Se pone de manifiesto mediante malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

separación, ansiedad por la posible pérdida de las figuras de apego, o por que éstas puedan sufrir un daño o la muerte, preocupación excesiva por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación, evitación o miedo a la hora de llevar a cabo actividades que supongan la separación física de las figuras de apego.

El Mutismo selectivo se caracteriza por un fracaso constante a la hora de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe la expectativa de hacerlo, sin que ello se deba a falta conocimiento del lenguaje ni a otro trastorno de la comunicación, y siempre y cuando la alteración interfiere en los logros educativos, laborales o sociales de la persona.

La Fobia específica es un miedo o ansiedad desproporcionado por un objeto o situación específica, la cual suele desencadenar la reacción emocional de manera casi inmediata, y suele provocar conductas de evitación, o se resiste activamente manteniéndose la respuesta emocional de manera intensa. Además, el miedo o ansiedad es desproporcionado en relación al peligro real que plantea el estímulo.

El Trastorno de ansiedad social o Fobia social se da en situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a un posible examen por parte de terceras personas, y teme ser valorado negativamente o rechazado, o mostrar síntomas de ansiedad. Por tanto suele manifestar conductas de evitación de las situaciones sociales.

El Trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico imprevistos y recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso durante el cual se pueden producir palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de dificultad para respirar, dolor en el tórax, náuseas, o molestias abdominales, mareo o aturdimiento, hormigueos, miedo a perder el control o volverse loco, o miedo a morir. Son necesarios al menos cuatro síntomas de los anteriores para diagnosticar un ataque de pánico.

La Agorafobia consiste en un miedo o ansiedad intensa ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo. Estas situaciones se temen o evitan debido a la idea de tener dificultades a la hora escapar o no disponer de ayuda si aparecen síntomas incapacitantes o embarazosos.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

El Trastorno de ansiedad generalizada radica en la anticipación aprensiva en relación a diversos sucesos. La preocupación es difícil de controlar, persistente durante al menos seis meses y se acompaña de síntomas como inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño. Deben darse al menos tres de los anteriores síntomas además de la preocupación.

En el Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos aparecen síntomas de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos de alguna droga, sustancia tóxica o fármaco. Del mismo modo el Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica.

Otro trastorno de ansiedad especificado ocurre cuando alguno de los trastornos anteriores no puede diagnosticarse porque incumple alguno de los criterios, y en el diagnóstico se opta por especificar estos aspectos. Por último, Otro trastorno de ansiedad no especificado se dictamina cuando se da lo anterior pero no se señalan ni el trastorno ni los criterios ausentes para que se pudiera diagnosticar el mismo.

Puesto que la ansiedad se manifiesta mediante síntomas en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, conductual y fisiológico) y no existe correlación significativa entre los mismos, existen sistemas de medida para cada uno de los tres niveles, así como para varios niveles en un mismo instrumento. Estas herramientas de medida pueden constituirse en forma de observación de la conducta, autoinformes, y registros psicofisiológicos (Espada, 1995). Su aplicación es complementaria ya que el concepto de los tres sistemas aporta información que permite comprender las diferentes respuestas emocionales que presenta cada individuo ante diferentes estímulos en los tres sistemas de respuesta (Lawyer y Smitherman, 2004).

En una revisión de instrumentos llevada a cabo por Echeburúa (1996), dentro de las entrevistas estructuradas se destacan como entrevista general la *Structural clinical interview for DSM-III-R, SCID* (Sitzer, Williams y Gibson, 1987) más utilizada para evaluar especialmente el trastorno de pánico y la agorafobia, y en menor medida la fobia social y las fobias específicas. Como entrevista de cuadros clínicos específicos, el *Anxiety disorders interview Schedule, ADIS-R* (DiNardo y Barlow, 1988) es una

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

entrevista estructurada diseñada para la evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad, con datos de fiabilidad satisfactorios.

Los inventarios y cuestionarios son herramientas de autoinforme muy utilizados para determinar la intensidad de los síntomas y cuantificar los cambios habidos tras una intervención. Existen instrumentos específicos para cada cuadro clínico, así, para evaluar Fobias específicas destaca el *Inventario de temores, FSS-III* (Wolpe y Lang, 1964) que mide el rasgo de malestar causado por diferentes situaciones y el *Cuestionario de miedos, FQ* (Marks y Mathews, 1979), una de las medidas de autoinforme más utilizadas como escala de evitación. La Agorafobia se evalúa mediante el *Inventario de movilidad, MI* (Chambless y cols., 1985) mediante el que se obtienen tres medidas; evitación a solas, evitación en compañía y frecuencia de pánicos. El *Cuestionario de sensaciones psicofisiológicas, BSQ* y *Cuestionario de cogniciones agorafóbicas, ACQ* (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984) constituyen dos medidas que conjuntas, evalúan el miedo a sufrir ataques de pánico en pacientes agorafóbicos. El *Inventario de agorafobia, IA* (Echeburúa y cols., 1992) está estructurado en dos partes; la primera evalúa respuestas motoras, psicofisiológicas subjetivas y cognitivas, y la segunda parte evalúa la variabilidad de respuestas en función de la situación ansiógena. Este instrumento destaca por la posibilidad que ofrece de realizar un análisis funcional de la conducta y por su especificidad situacional.

La Fobia social se mide con la *Escala de ansiedad y evitación social, SAD* (Watson y Friend, 1969), una de las más utilizadas y con la *Escala de miedo a la evaluación negativa, FNE* (Watson y Friend, 1969). Ambas han recibido bastantes críticas en cuanto a su validez discriminante y a la falta de matices de sus ítems. El *Inventario de ansiedad y fobia social, SPAI* (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) mide dimensiones motoras, psicofisiológicas y cognitivas de la ansiedad social.

El Trastorno de ansiedad generalizada cuenta para su evaluación con el *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) diseñado para medir una dimensión estable de la personalidad (ansiedad rasgo) y para detectar conductas de ansiedad en la situación actual (ansiedad estado). La *Escala de evaluación de la ansiedad, HARS* (Hamilton, 1959) es utilizada en muchos estudios clínicos, debe ser heteroaplicada para evaluar la conducta del paciente durante la entrevista, además de una serie de variables como humor ansioso, tensión, miedos,

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

insomnio, síntomas gastrointestinales, síntomas génito-urinarios, etc. Esta escala permite aislar dos factores específicos, a) la ansiedad psíquica y b) la ansiedad somática. La *Escala de ansiedad y depresión en el hospital, HAD* (Zigmond y Snaith, 1983) tiene por objetivo detectar estos trastornos en un medio hospitalario no psiquiátrico, ambulatorio o de atención primaria, así como determinar la gravedad de los mismos. El *Inventario de ansiedad de Beck, BAI* (Beck, Epstein, Browns y Steer, 1988) evalúa la intensidad de la ansiedad clínica en pacientes psiquiátricos, permitiendo aislar dos factores, a) síntomas físicos de ansiedad y b) ansiedad subjetiva y pánico. El *Inventario de preocupación, PSWQ* (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) pone el énfasis en los aspectos cognitivos del trastorno, es decir, en las preocupaciones excesivas o no realistas percibidas como incontrolables, de acuerdo con el principal criterio del DSM-V (APA, 2013). Se trata de un instrumento de autoinforme muy específico y con buena validez discriminante.

Los registros psicofisiológicos tienen por objeto la medida de la actividad fisiológica que subyace a la actividad psicológica en determinadas situaciones. Este registro pasa por varias fases, comenzando por la detección de la señal que proviene del organismo, seguida de la transformación de la misma en señales eléctricas para su posterior ampliación, registro, conversión en medidas interpretables y análisis (Navlet, 2012). El tipo de actividad a medir puede ser muscular, eléctrica, neural, metabólica, flujo sanguíneo, o campos magnéticos, y los tipos de registro obtenidos son electromiografía, electrocardiograma, pupilometría, electroencefalograma, tomografía axial computerizada, tomografía por emisión de positrones, pletismógrafo y resonancia magnética son los principales instrumentos de medida de la actividad fisiológica (Del Barrio, 2003). Todas estas técnicas de evaluación son objetivas, pero tienen como inconveniente su elevado coste.

Esta tesis hará uso del *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Se trata de un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado en España y traducido y adaptado a distintas poblaciones de distintos países (USA, Alemania, Holanda, Bélgica, Francia, Italia, Suecia, Finlandia, Polonia, Portugal, Brasil, Argentina, Cuba y otros países latinos) (Cano-Vindel et al., 2002). Su principal ventaja consiste en que evalúa por separado los tres sistemas de respuesta planteados por Lang (1968) ya expuestos, atendiendo de esta manera a la

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

discordancia que presentan los mismos. Además ofrece una medida del nivel general de ansiedad (ansiedad rasgo), así como de cuatro áreas situacionales específicas de ansiedad (ansiedad de evaluación, interpersonal, situaciones fóbicas, situaciones de la vida cotidiana), controlando de este modo los patrones individuales de activación de la ansiedad cuya importancia se ha expuesto dentro de este capítulo en el apartado dedicado a la explicación del modelo Tridimensional de la ansiedad. Por último, según sus autores, la estructura factorial es sólida con los modelos teóricos en los que se basa, y posee una elevada consistencia interna, fiabilidad test-retest, así como validez discriminante (Cano-Vindel et al., 2002).

2.2.3.2. Características clínicas de la ansiedad: El modelo tridimensional.

En función de la escuela, se ha puesto el énfasis en establecer las fronteras diferenciales de la ansiedad con otros términos, o en sus distintas acepciones (angustia, temor, miedo, amenaza, estrés, frustración, tensión, arousal) (Largo, 1995). Desde el estudio de la ansiedad como reacción emocional, interesa distinguirla del miedo. Algunos autores entienden estos términos como sinónimos (Casado Morales, 2002), otros sostienen que existe evidencia empírica suficiente para diferenciar estos conceptos (Craske, Rauch, Ursano, Prenoveau, Pine y Zinbarg, 2009). En este trabajo, siguiendo las definiciones ofrecidas por Barlow (2002), se entiende el miedo como una respuesta de alarma ante un peligro que está ocurriendo o es inminente, percibido por el sujeto, y que puede ser real o no. La ansiedad es un estado de ánimo asociado a la preparación del organismo para afrontar posibles eventos negativos futuros. Puede decirse que la diferencia radica en la especificidad del reactivo, que en el caso de la ansiedad, es menor.

Atendiendo al modelo del Triple sistema de respuesta, Miguel Tobal (1990, pg. 310) define la ansiedad como *“una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como*

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones”

La ansiedad también es estudiada como rasgo de personalidad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). En este sentido, el énfasis está en el estudio de las diferencias interindividuales en la predisposición a experimentar estados o reacciones de ansiedad, las cuales interfieren con la conducta adaptativa. Debido a las diferencias individuales en el rasgo de ansiedad ligadas a distintas situaciones, ante cada una de las cuales cada persona puede presentar un distinto perfil de rasgos específicos de ansiedad, este constructo se considera multidimensional y multifacético (Cano-Vindel et al., 1999). De acuerdo con este autor, se destacan como facetas imprescindibles en el estudio de la ansiedad,

a) Su naturaleza emocional, por tanto, de escaso control voluntario, manifestada en los niveles cognitivo-subjetivo (mediante malestar), fisiológico (mediante activación) y motor-expresivo (mediante inquietud), sin que estos tres sistemas de respuesta necesariamente correlacionen entre sí (Cano-Vindel et al., 2003; Miguel-Tobal et al., 1989).

b) Se trata de una reacción que surge ante una situación o ante una representación interna, considerada como potencialmente ansiógena porque pone en riesgo la autoestima, las relaciones interpersonales, la seguridad, etc. Al parecer, para cada individuo, dada una situación, existe a un patrón de respuesta asociado que se manifiesta en los tres niveles. Además, en función de cómo se haya producido el aprendizaje (experiencia directa, aprendizaje vicario, transmisión de la información) se da una mayor activación en alguno de los sistemas de respuesta. Por ejemplo, la experiencia directa de la respuesta de miedo ante un estímulo determinado, produce mayor activación del sistema fisiológico ante ese peligro potencial (Rodríguez-Saavedra y Cano-Vindel, 1995)

c) A nivel cognitivo se experimenta un estado de malestar o distrés psicológico que puede incluir autovaloraciones negativas que afectan a la autoestima, a los niveles de autoeficacia y a los niveles de competencia (Salanova, Bresó y Schaufeli,

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

2005); sentimientos de tensión; aprensión; preocupación o anticipación de eventos negativos; así como la sensación de pérdida de control. Esta emoción puede generar también déficits en la memoria o en la capacidad de concentración.

d) A nivel fisiológico, se dan una serie de reacciones encaminadas a preparar al organismo el ataque o la huida (Lang, Bradley y Cuthbert, 1998). Estas respuestas involuntarias se dan en el sistema nervioso autónomo simpático y en el sistema nervioso somático, cuyos estados normales se ven de algún modo alterados. Se acelera la respiración pasando de ser diafragmática o abdominal a ser pectoral, se acelera el ritmo cardíaco, aumenta la tensión sanguínea, se contraen los capilares, se produce un sudor frío, se acelera o finaliza el proceso digestivo, se tensan los músculos, y se secretan endorfinas (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002; Pinel, 2006).

e) En cuanto a respuestas del sistema motor, es posible observar hiperactividad, parálisis, movimientos repetitivos, torpes y desorganizados, tartamudeo u otras dificultades de comunicación, así como conductas de evitación de la situación ansiógena (Miguel-Tobal et al., 2002). Otras conductas observables consecuencia de las respuestas fisiológica y cognitiva pueden ser llanto, expresiones faciales de miedo, consumo de alcohol u otras sustancias, comer compulsivamente, etc. (Cano-Vindel et al., 1999).

Cuando estas reacciones se sostienen en el tiempo y la ansiedad pierde su valor de respuesta adaptativa, pueden cronificarse los desórdenes fisiológicos y convertirse en trastornos de naturaleza psicossomática (Cano-Vindel et al., 1999).

2.2.3.3. La ansiedad en mujeres

Los trastornos de ansiedad tomados en su conjunto suponen la psicopatología más frecuente en la población (Barlow, 2002; Baxter et al., 2013; Haro et al., 2006;). Al igual que ocurre con la depresión, su prevalencia en mujeres es muy superior a la de la media poblacional (Barlow, 2002; Haro et al., 2006; Matud, Díaz, Aguilera, Rodríguez y Matud, 2003). Esta diferencia comienza a la edad de seis años, momento en el cual las niñas tienen el doble de probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad que los niños. Se continúa a lo largo de la adolescencia, etapa en la que las niñas manifiestan un elevado número de preocupaciones y mayores tasas de ansiedad por separación que el resto de la población, y tienen seis veces mayor probabilidad de presentar un Trastorno de ansiedad

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

generalizada. A la edad adulta, el mayor riesgo se da para el Trastorno de pánico y Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada y algunas Fobias específicas (McLean y Anderson, 2009). Así mismo, existen diferencias en el tipo de sintomatología, la cronicidad y la comorbilidad con otras patologías que presentan las mujeres dentro de cada trastorno (McLean et al., 2009).

La ansiedad está en parte, genéticamente dispuesta. En un estudio llevado a cabo por Kendler, Myers y Neale (2000) sobre una muestra de mujeres gemelas (471 parejas monocigóticas y 323 parejas heterocigóticas) acerca de los determinantes de la salud mental en la población femenina. Los resultados pusieron de manifiesto la clara influencia que tiene sobre la ansiedad el componente genético, el cual está formado por dos factores según la propuesta de estos investigadores. Elevados niveles del primer factor predisponen a las personas a sentirse bien consigo mismas, a mantener buenas y cálidas relaciones con otras personas y a presentar niveles bajos de ansiedad. La presencia del segundo factor genético hace a los individuos propensos al abuso de sustancias y a presentar niveles altos de ansiedad y depresión. No obstante, estos dos factores no explican toda la varianza del componente genético en la ansiedad. En este mismo estudio se observó que el entorno familiar influye sobre la salud mental, sobre todo determina en buena medida el funcionamiento interpersonal y al apoyo social, y estas dos variables están relacionadas con la ansiedad (Almagiá, 2014; Feldman, Goncalves, Chacon-Puignau, Zaragoza, Bagés y De Pablo, 2008; Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002). Por último, en el análisis de cómo afectan el resto de factores ambientales a la salud mental de la mujer se observó de nuevo una estructura de dos factores; la presencia del primero está asociada a bajos niveles de ansiedad y de síntomas físicos, y al mantenimiento de relaciones no conflictivas con los otros. La presencia de elevados niveles del segundo factor dispone a que los individuos refieran un buen apoyo social, altos niveles de autoestima y poca sintomatología física.

Por tanto, al igual que la depresión, la ansiedad en la mujer está relacionada con factores genéticos y psicosociales: en la etiología de la ansiedad influyen factores biológicos, características de la personalidad, factores cognitivos, aspectos ambientales y el acontecimiento de eventos vitales estresantes (McLean et al., 2009).

Existen investigaciones que ponen en relación factores biológicos y características o rasgos de la personalidad como mediadores de trastornos de ansiedad.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

La elevada correlación entre el Neuroticismo y el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es debida principalmente a los mismos componentes genéticos (Jardine, Martin, Henderson y Rao, 1984). Sin embargo, los factores ambientales que desencadenan altos niveles de neuroticismo o de ansiedad generalizada no son los mismos (Hettema, Prescott y Kendler, 2004). Además, la correlación entre neuroticismo y TAG debida al componente genético es algo mayor en hombres que en mujeres. Por este motivo, Hettema et al., (2004) argumentan que los resultados de su investigación no apoyan que, el hecho de que las mujeres presenten el doble de riesgo que los hombres de sufrir ansiedad sea debido a que éstas presentan mayores niveles de neuroticismo. No obstante, en una investigación anterior realizada sobre una muestra de 21.222 personas, se encontró que el componente hereditario del neuroticismo es algo mayor en mujeres que en la población masculina (Lake, Eaves, Maes, Heath y Martin, 2000), lo cual sí justificaría en parte la mayor vulnerabilidad de éstas al TAG.

Se ha constatado que una serie de características más estables de la personalidad como son la tendencia a sentir afectividad negativa, la cual correlaciona de manera directa con la ansiedad (Norton, Sexton, Walker y Ron Norton, 2005; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006), y la ansiedad rasgo, tienen una especial presencia en las mujeres. Se ha comprobado que el estado de afecto negativo se hace notar en las niñas a partir de los dos años de edad, momento que coincide con el desarrollo del rol de género en su proceso de socialización, por este motivo se ha propuesto que las diferencias en el proceso de socialización juegan un papel muy importante en la ansiedad que presentan las mujeres (McLean et al., 2009). El concepto de ansiedad rasgo guarda bastantes semejanzas con el de afectividad negativa (Barlow, 2002), en las mujeres se comprobado que se manifiesta en mayor medida a nivel emocional y en concreto a través del sistema de respuesta cognitivo, pero no del fisiológico (Kelly, Tyrka, Anderson, Price y Carpenter, 2008).

Entre las variables personales y sociales más relevantes para la ansiedad de la mujer, se han encontrado una serie de elementos que caracterizan a las mujeres con bajos niveles de ansiedad y que las diferencian de aquellas que presentan elevados niveles de este constructo. Entre estos factores se encuentran tener una alta autoestima, menor impulsividad, menor necesidad de control, menor hostilidad, menor irritabilidad y menos competitividad (Matud, Avero, López, Marrero y Carballeira, 2001).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Una serie de variables de naturaleza cognitiva, con presencia en la población femenina, hace a esta más susceptible a padecer ansiedad (McLean et al., 2009). Las creencias de control personal y la autoeficacia son importantes motivadores de la conducta (Reeve, 2009) y las mujeres presentan menores niveles de estas variables (Kaiseler, Polman y Nicholls, 2012; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson 1999), lo cual es debido al parecer, en parte, a la educación recibida durante la infancia: cuando las madres y profesoras son poco responsivas a las expresiones emocionales, pueden estar potenciando sentimientos de incontrolabilidad en las niñas, aumentando así su riesgo a la ansiedad. Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que las niñas que presentan mayores niveles de ansiedad ante situaciones estresantes, son aquellas cuya madre o figura cuidadora se muestra más controladora ante las situaciones de resolución de problemas, es decir, la sobreprotección correlaciona con mayor nivel de ansiedad en la persona a la que se trata de proteger. En todo caso, el feedback materno en respuesta a las situaciones de estrés que sufren las niñas, está condicionado por el rol de género, y afecta a su salud mental (Cox, Mezulis y Hyde, 2010).

Otras variables cognitivas relacionadas con la ansiedad cuya presencia se ha manifestado de manera también más importante en la población femenina son las preocupaciones y las rumiaciones (Nolen-Hoeksema et al., 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001). Tal y como se ha planteado en el apartado dedicado a la depresión en mujeres, estas son más propensas a rumiar cuando se encuentran en un estado de ánimo depresivo, lo cual prolonga el cuadro y desencadena síntomas de ansiedad.

Las estrategias de evitación (cognitiva o conductual) son un elemento crucial en el mantenimiento de la ansiedad (Barlow, 2002) puesto que al impedirse la exposición al estímulo ansiógeno, no se puede producir la desensibilización al mismo, al contrario, se refuerza el aprendizaje porque tras la evitación de la situación aversiva, disminuyen temporalmente los niveles de ansiedad. En la socialización de los niños y de las niñas se potencian los comportamientos de enfrentamiento de unos y se toleran más los de evitación de otras, lo cual puede propiciar que las mujeres presenten altas tasas de fobias específicas, menores niveles de autoeficacia y mayor sentimiento de incontrolabilidad (McLean et al., 2009).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

Los factores sociodemográficos tienen un claro peso en la ansiedad en la mujer (Zafra, Toro y Garrido, 2008). Correlacionan negativamente con la ansiedad, el apoyo social percibido (Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002), la satisfacción con el rol laboral y un menor número de problemas y dificultades diarias (Matud et al., 2001). La edad, la situación laboral, el nivel educativo y la práctica regular de actividad física son variables moderadoras de la ansiedad, así, Zafra et al. (2008) han obtenido un perfil de vulnerabilidad a manifestar mayores niveles de ansiedad consistente en una mujer sedentaria, mayor de 54 años o con una edad comprendida entre 18 y 24, con bajo nivel de estudios (enseñanza secundaria o inferior), o estudiante, ama de casa o trabajadora por cuenta ajena y sin hijos. Al hilo de lo anterior, se ha observado que existe mayor participación de las mujeres en cuanto a la distribución de responsabilidades en el hogar, y que aquellas que informan de mayor carga, son las que mayores niveles de ansiedad y depresión presentan, así como menor autoestima (Blanco y Feldman, 2000). El distrés en la mujer tiene una especial asociación a la realización de tareas domésticas y a la falta de realización de actividades placenteras (Matud, Bethencourt e Ibáñez, 2014).

En cuanto al debate acerca de las bondades y los riesgos de la multiplicidad de roles ya comentado en el epígrafe dedicado a la depresión en la mujer, muchas investigaciones señalan que los efectos de combinar múltiples roles dependen tanto de las condiciones objetivas en las que se desempeñen los mismos, como de la percepción subjetiva de su calidad (Ortiz, 2004). De modo que las condiciones laborales, el tipo de educación, la edad de los hijos, el apoyo de la pareja y el nivel educativo entre otros factores, se convierten en fuentes de satisfacción y de estrés, además, los roles interactúan entre sí potenciando o interfiriendo en los efectos que cada uno pueda tener sobre la ansiedad (Matud, 2008; Ortiz, 2004).

Empero no todos los estudios apoyan este tipo de evidencia basada en el desempeño de roles. Existe una corriente que defiende que son en realidad las creencias tradicionales acerca del rol femenino, las generadoras de ansiedad, con independencia del rol social de la mujer (ama de casa o trabajadora por cuenta ajena) (Pérez y Serra, 1997).

Muchas investigaciones han puesto el énfasis en los acontecimientos vitales estresantes sufridos por las mujeres, en la interpretación que éstas hacen de los mismos

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

y en las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica como elementos cruciales en la especial vulnerabilidad que presenta este género a padecer ansiedad (Matud, 2004; McLean et al., 2009; Nurullah, 2010).

Los resultados en cuanto al número de estresores experimentados por la población femenina son contradictorios (Matud et al., 2003). Mientras unos estudios arrojan resultados que permiten defender que las mujeres se enfrentan a más eventos estresantes y que estos vienen dados en parte por el rol social femenino (Alemeida y Kessler, 1998; Nolen-Hoeksema et al., 1999; Nurullah, 2010), otros no encuentran evidencia suficiente para respaldar esta hipótesis (Piccinelli et al., 2000). Un estudio llevado a cabo por Matud (2004) reveló que no hay diferencia en el número de acontecimientos vitales estresantes vividos por las mujeres y por el resto de la población, pero sí en la mayor importancia que las mujeres les otorgan y en la interpretación más negativa que hacen de los mismos, además de tener menor percepción de control sobre los acontecimientos.

Sin embargo, sí existe bastante acuerdo en cuanto a la especial sensibilidad de la mujer ante determinado tipo de estresores relacionados con problemas domésticos, problemas de convivencia con el vecindario, con la pérdida de confianza, con la enfermedad de personas pertenecientes a su red social incluyendo la distal (Kendler et al., 2001), y con cuestiones relacionadas con la salud y con la familia (Matud, 2003; 2004).

Las estrategias de afrontamiento empleadas a la hora de enfrentar eventos vitales estresantes, es decir, de responder al estrés, tienen un importante papel en el desarrollo de la ansiedad. El género es un moderador en la evaluación del estrés y en las estrategias de afrontamiento empleadas (Kaiseler et al., 2012), y según investigaciones, las mujeres presentan mayor sensibilidad ante la amenaza potencial, por lo que despliegan un elevado número de estrategias de afrontamiento, y emplean de manera preferente aquellas enfocadas a la emoción (más que estrategias enfocadas al problema), recurren más a verbalizaciones positivas y buscan más apoyo social que el resto de la población (Kaiseler et al., 2012; Tamres, Janicki y Helgerson, 2002). No obstante, muchos estudios defienden que las estrategias de afrontamiento empleadas están al menos en parte determinadas por el rol de género (Rosario, Shinn, Morch y Huckabee, 1988) y que por tanto, no puede concluirse que la ansiedad venga dada por dichas

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

estrategias. En todo caso, se ha hallado que las mujeres con menores niveles de ansiedad son aquellas que hacen menor utilización de la emocionalidad como estilo de afrontamiento del estrés (Matud et al., 2001; Matud, 2004).

Recapitulando, de lo anterior puede concluirse que los roles sociales son relevantes en el estrés experimentado por las mujeres (Matud et al., 2003; McLean et al., 2009) puesto que condicionan de manera directa el tipo de eventos a los que deberán enfrentarse, incluyendo el rol que ocuparán en la sociedad, y de manera indirecta, las estrategias y los recursos personales con los que los afrontan (Nurullah, 2010). Por ejemplo, las mujeres son más veces víctima de todo tipo de violencia, lo que las convierte en vulnerables a sufrir trastornos de ansiedad entre otros problemas de salud mental (APA, 2002). También se dedican más que el resto de la población al cuidado de personas dependientes (Cuéllar-Flores y Sánchez-López, 2012), lo cual correlaciona con una elevada sobrecarga percibida, menor apoyo social que las mujeres que no se dedican al cuidado de otros, y mayores niveles de ansiedad entre otro tipo variables de malestar psicológico (Arbide, Sánchez-López y Aparicio-García, 2011; Manso-Martínez, Sánchez-López y Cuellar-Flores, 2013). Se ha señalado en varias ocasiones en este estudio que el trabajo de ama de casa también está tradicionalmente asociado al rol femenino.

Además, tal y como se planteó unas líneas más arriba, las mujeres son socializadas desde la infancia según unos patrones de comportamiento que se asocian al riesgo de sufrir trastornos de ansiedad (Ollendick, King y Murriss, 2002), y como resultado de su proceso de socialización también son más propensas a utilizar cierto tipo de estrategias de afrontamiento menos eficaces, esto es la búsqueda de apoyo de otras personas y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Ptacek, Smith y Zanas, 1992), y por tanto menos útiles a la hora de disminuir la ansiedad.

Hasta el momento se han tratado múltiples variables de naturaleza biológica, ambiental y psicológica que afectan a la autoestima, la depresión y la ansiedad de las mujeres. En el próximo apartado, se abordará el modo en el que la conformidad con los roles de género femenino afecta a su salud mental.

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

2.3. Feminidad como predictor de salud mental: correlaciones entre conformidad con los roles de género femenino y la salud mental en las mujeres

Un número considerable de investigaciones apoyan que la conformidad con el rol tradicional femenino está asociada a menor autoestima, menor satisfacción con la vida y mayores niveles de ansiedad y depresión (Broderick y Korteland, 2002; Kleinplatz, McCarrey y Kateb, 1992), que la socialización en valores masculinos predice negativamente las rumiaciones, el neuroticismo y la depresión en mujeres (Wupperan y Neumann, 2006), y por tanto, la masculinidad actúa como elemento protector de la salud mental.

En efecto, de los posibles roles de género, al parecer la masculinidad es el mejor predictor de la salud psicológica (Annandale et al., 1990; Matud et al., 2009): en las mujeres, la masculinidad se asocia con una menor valoración negativa de sí mismas y mayor autoconfianza, y con una menor sintomatología depresiva y ansiosa (Long, 1989). Además, se ha constatado que el efecto de la masculinidad de las mujeres en su ajuste psicológico es mayor que el efecto de la feminidad (Matud et al., 2009).

En este mismo sentido, se ha sostenido que el bienestar psicológico y el distrés están relacionados con la masculinidad, pero no con el género ni con la feminidad (Nezu y Nezu, 1987). El resultado de un estudio llevado a cabo por estos investigadores sobre una muestra de 211 estudiantes universitarios reveló que en las mujeres (también en los hombres) se da una asociación fuerte entre masculinidad y bajos niveles de depresión, de ansiedad rasgo y de ansiedad estado. Por otro lado, en cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés, la presencia de elevados niveles de masculinidad predice una mejor valoración de la propia competencia en la resolución de problemas, una mayor utilización de estrategias enfocadas al problema en lugar de estrategias enfocadas a la emoción, y más recursos psicológicos para el empleo de estrategias de afrontamiento en lugar de estrategias de evitación. Ni el sexo ni la feminidad están relacionados, según la hipótesis de Nezu y colaboradores (1987), con las estrategias de afrontamiento y de solución de problemas. Tampoco el distrés (mayor en mujeres) está asociado ni al sexo femenino ni a la feminidad, lo que parece indicar según estos investigadores, que es el empleo de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento y de solución de problemas lo que media el nivel de distrés que presentan las mujeres, ya que las estrategias de afrontamiento enfocadas en los problemas son las menos empleadas

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

por éstas (Matud, 2004; Ptacek et al., 1992), y sin embargo son las que valoran como más eficaces (Ptacek et al., 1992).

Se ha aportado evidencia de que la relación negativa entre ansiedad y masculinidad está relacionada con la socialización en función de las expectativas relacionadas con el rol de género cuyo comienzo se manifiesta desde la infancia (Ginsburg y Silverman, 2000). Sobre una muestra clínica infantil con diferentes trastornos de ansiedad, se cruzaron las medidas de masculinidad y de feminidad de los sujetos con la intensidad de los temores, obteniendo como resultado que existe una relación negativa entre masculinidad e intensidad de los niveles generales de temor, así como temores específicos al fracaso, a la crítica, a lo desconocido y fobias médicas. Tampoco se halló en esta investigación relación entre feminidad y temor, lo que sugiere que la orientación de rol de género, en especial la masculinidad, influye en el desarrollo y/o en el mantenimiento de la ansiedad en las niñas (y en los niños) (Ginsburg et al., 2000).

Analizando fobias específicas a insectos, Stoyanova y Hope (2012) han encontrado que en las mujeres, la masculinidad está asociada negativamente a la ansiedad anticipatoria, sin que se puedan observar relaciones entre la feminidad y esta fobia, sin embargo, al contrario que en la mayoría de los estudios llevados a cabo, estas investigadoras no han encontrado ningún nexo entre conformidad con el rol de género y las estrategias de evitación puestas en marcha. En otro estudio sobre pacientes agorafóbicas se observó que los niveles de masculinidad están por debajo de la norma que presenta una muestra no clínica, y que la masculinidad sí correlaciona inversamente con las estrategias de evitación (Chambless y Mason, 1986).

Otros investigadores encuentran que además de una asociación negativa entre masculinidad y ansiedad, sí existe una correlación positiva entre feminidad y ansiedad (Gallacher y Klieger, 1995; Palapattu, Kingery y Ginsburg, 2006; Stoppard y Paisley, 1987). Palapattu y colaboradores (2006) plantean además que la autoestima modera esta última relación.

Con población infantil no clínica, también hay estudios que ponen en relación feminidad y ansiedad. Muris, Meesters y Knoops (2005) además de encontrar una correlación positiva entre ambas variables, han hallado que la preferencia por juguetes y

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

actividades típicas de niñas están asociada positivamente a miedos y a ansiedad, y que la masculinidad y la preferencia por juegos considerados típicamente de niños correlacionan negativamente con estas emociones.

La conformidad con el rol de género femenino tradicional también se ha relacionado de manera directa y positiva con la depresión en varias investigaciones (Elpern y Karp, 1984; Tinsley, Sullivan-Guest y McGuire, 1984), mientras que en otras, sólo se encuentran relaciones negativas entre masculinidad y depresión sin que aparezca este trastorno asociado a la feminidad (Barrett y White, 2002; Cheng, 1999; Nezu et al., 1987).

La autoestima es el indicador de salud que mayor relación guarda con la conformidad con el rol de género (Matud y Aguilera, 2009), y son las mujeres más masculinas las que mayores niveles de autoestima presentan. Algunos investigadores sólo han hallado relación entre masculinidad y autoestima, sin que la feminidad aparezca asociada a este indicador de bienestar, o bien la asociación encontrada es muy débil (Allgood-Merten y Stockard, 1991; Bassoff y Glass, 1982; Matud et al., 2009; Mullis y McKinley, 1989; Whitley, 1983). Por ejemplo, Allgood-Merten y colaboradores (1991) encontraron en su estudio que solamente los rasgos tradicionalmente considerados masculinos y relacionados con la autoeficacia eran predictores de autoestima, mientras aquellos otros típicamente femeninos que tenían que ver con la expresividad y con las relaciones con otros apenas predecían la variable criterio. En otras investigaciones sí se ha encontrado asociación entre feminidad y autoestima (Good y Sanchez, 2010; Sanchez y Crocker, 2005), aunque no tan robusta como la anterior, y con componentes concretos del constructo relacionados con la autoestima comunal (Orlofsky y O'Heron, 1978).

Se han propuesto diferentes explicaciones a estos resultados que apoyan empíricamente el modelo masculino de bienestar psicológico. Prácticamente todas las interpretaciones están relacionadas con sesgos en la definición operacional de los roles de género, con sesgos en los indicadores de bienestar elegidos, o con sesgos culturales en la valoración de la masculinidad (Burnett, Anderson y Heppener, 1995). La última de estas tres propuestas argumenta que los rasgos asociados a la masculinidad, en determinadas culturas están mejor valorados que aquellas características consideradas femeninas. Esta hipótesis se confirmó en un estudio llevado a cabo por Burnett y

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

colaboradores (1995): independientemente de su género, las personas valoran mejor los rasgos masculinos (independencia, competitividad, orientación de logro y asertividad) que los rasgos considerados femeninos (sensibilidad, expresividad emocional y relaciones satisfactorias con los otros). Los resultados del estudio confirmaron que existe correlación entre masculinidad y autoestima, que no existe relación significativa entre feminidad y autoestima, que las mujeres en general sienten presión social y presión por parte de sus parejas para manifestar rasgos masculinos, y que aquellas menos masculinas y que más presión sienten son las que menores niveles de autoestima presentan. Por tanto, son las características individuales en relación con las demandas sociales las que predicen la autoestima; a mayor disonancia menor autoestima y viceversa (Burnett et al., 1995).

Este modelo explicativo, parece en parte congruente con los resultados obtenidos en una investigación sobre una muestra de enfermeras, en la que se encontró que ni la feminidad ni la masculinidad tienen una relación directa con la depresión, y que la relación entre feminidad y depresión está mediada por la autoestima y por el locus de control (Lu y Wu, 1998). En las enfermeras, la feminidad estaba asociada a una buena autoestima, a un locus de control interno y a bajos niveles de depresión. Las investigadoras justifican estos resultados argumentando que los rasgos típicamente femeninos relacionados con los cuidados de otras personas se ajustan bien a las expectativas sociales de este tipo de trabajo.

Basándose en las expectativas sociales y culturales, y en las contingencias de la autoestima ya expuestas en este trabajo, Sanchez y colaboradores (2005) han elaborado un modelo explicativo sobre cómo la *inversión en los ideales de género* tiene consecuencias sobre la salud mental, estando esta relación mediada por las contingencias de autoestima. De acuerdo con estas investigadoras, la sociedad penaliza la transgresión de los roles de género, y este comportamiento punitivo puede llevar a las mujeres a sentir que es importante parecerse al ideal de género socialmente establecido para la mujer, esto es, *invertir en los ideales de género*. Tanto la presión que surge de las demandas del self o de los otros (padres, pareja, miembros del grupo, etc.) como la *inversión en ideales*, implican presión porque hacen referencia a demandas, ya sean impuestas externamente o autoimpuestas, para acercarse a dichos ideales (Sanchez et al., 2005).

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

No todas las mujeres otorgan la misma importancia a la adhesión a los estereotipos de género o lo que es lo mismo, no sienten la misma presión para manifestar conformidad con los roles de género. Para Sanchez y colaboradores (2005), la inversión en los ideales de género por parte de las mujeres, implica que éstas basen su autoestima en fuentes externas, que son aquellas relacionadas con la aprobación de otros, lo cual, según se expuso en el apartado dedicado a las fuentes de autoestima, promueve una autoestima frágil y vulnerabilidad a la depresión.

Las mujeres que invierten en ideales, sienten que el apoyo social que van a recibir depende de su comportamiento, es decir, sienten que el apoyo social está condicionado a un comportamiento acorde con determinados estándares sociales. En resumen, las mujeres que se autoimponen presión para ser femeninas presentan menor autoestima ya que ésta es contingente en los dominios más externos (aprobación por parte de otras personas, apariencia, competitividad y competencia académica o laboral), lo cual tiene implicaciones negativas sobre la salud mental tal y como ya se ha planteado. La inversión en ideales de género femenino es predictor de autoestima negativa (Egan y Perry, 2001; Sanchez et al., 2005), y esto puede afirmarse en las diferentes razas (caucásica, asiática y africana) (Sanchez et al., 2005).

Sobre una muestra de preadolescentes, también se ha podido comprobar que sentir presión para la conformidad con el rol de género femenino perjudica el bienestar psicológico (Egan et al., 2001). De acuerdo con estos investigadores, las niñas sienten mayor necesidad de afiliación y han internalizado más las sanciones sociales por no cumplir con las expectativas o el apoyo social condicionado a su cumplimiento. Además, esta alta presión para la conformidad que sienten las niñas puede desalentarlas de desarrollar habilidades instrumentales consideradas típicamente masculinas y estrategias de afrontamiento eficaces. De ahí la asociación entre feminidad y peor ajuste psicológico.

No obstante, también mediante evidencia empírica ha quedado relacionada positivamente la conformidad con las normas de género femeninas y la autoestima (Grimmell y Stern, 1992; Sanchez et al., 2005; Witt y Wood, 2010), habiéndose observado que a igual puntuación global en conformidad con el rol de género, distintos niveles de autoestima. Good y colaboradores (2010) proponen una explicación a estos resultados contradictorios desde la Teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000),

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

según la cual en muchas ocasiones, las normas sociales se llegan a interiorizar quedando incorporadas como valores personales, y en este caso, la motivación para emitir comportamientos consistentes con la tipificación sexual es autónoma. En este caso, no sería la presión social la que regulara externamente la conducta, sino que el locus percibido de causalidad sería interno, por tanto se trataría de un tipo de motivación intrínseca, con una conducta autodeterminada. En este caso, la feminidad nace de la propia valoración personal de la identidad de género, y esta valoración personal predice un tipo de motivación autónoma. Cuando el comportamiento consistente con las normas de género está motivado de manera autónoma, correlaciona positivamente con la autoestima (Good et al., 2010).

Por tanto, ni sentir que es importante adherirse a las normas de género femeninas (*invertir*) ni la valoración de la propia identidad de género tienen relación directa con la autoestima; esta relación está mediada por el tipo de motivación subyacente para la feminidad (Good et al., 2010; Witt et al., 2010). En este sentido, ya se había postulado la congruencia o el grado de ajuste entre los ideales de feminidad que tiene cada mujer y sus propias características representativas de rasgos considerados femeninos, es mejor indicador de bienestar psicológico que la feminidad por sí sola (Grimmell et al., 1992).

Una investigación reciente ha confirmado esta hipótesis; los mayores niveles de bienestar psicológico se relacionan con comportamientos autónomamente motivados (es decir, no son fruto de una presión social externa) y congruentes con los propios ideales de rol de género femenino (Lyons, 2015). En la investigación llevada a cabo por esta autora, el tipo de motivación y la opinión acerca del género al que se pertenece se evalúan a través de la Womanist Identity Attitudes Scale (WIAS; Helms, 1990) y son constructos íntimamente relacionados, de hecho, a través de la WIAS se obtiene información sobre si la motivación para la conformidad es extrínseca o intrínseca, correspondiéndose las primeras fases del desarrollo del ideal de rol femenino con motivación externa y la última fase con motivación autónoma. Estos estadios de desarrollo predicen los niveles de autoestima, y el último estadio, en el cual la motivación es intrínseca, predice una elevada autoestima.

En el capítulo primero de esta tesis se ha expuesto la existencia de estudios que relacionan las distintas subescalas de conformidad con el rol de género femenino de Mahalik (2003; 2005) con distintos parámetros de salud. Por ejemplo, Hurt y

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

colaboradores (2007) demostraron que el grado de conformidad con la delgadez, la preocupación por el aspecto físico y la importancia otorgada a las relaciones románticas tienen efectos negativos sobre la autoestima, sobre la objetivación del propio cuerpo, sobre la conducta alimentaria y sobre la depresión. También se ha hallado relación entre altos niveles de conformidad en estas tres subescalas y la presencia de Trastornos de la conducta alimentaria en la población femenina (Anastasiadou et al., 2013; Mahalik, 2005).

Merced a una de las investigaciones más relevantes en la vinculación de la feminidad definida desde el modelo de Mahalik (2003; 2005) y la salud mental se han encontrado patrones concretos de conformidad con las normas de género (esto es, interrelación de determinadas subescalas), asociados a variables de salud mental (Lyons, 2015).

De acuerdo con los resultados obtenidos por esta investigadora, a mayor conformidad con el rol de género femenino, mayor nivel de autoestima, si bien el nivel de conformidad no predice el nivel de autoestima, el patrón o perfil de conformidad sí lo hace, apareciendo una combinación de ítems concretos como mayores contribuyentes a una elevada autoestima. Así, un nivel de conformidad muy elevado en la escalas doméstica, elevados niveles de conformidad en las escalas amabilidad y fidelidad sexual; niveles ligeramente por debajo de la media en las escalas de inversión en apariencia física y en cuidado de hijos; bajos niveles de romanticismo e inversión en delgadez; y muy bajos niveles de modestia, representan la combinación de puntuaciones en las ocho subescalas que mayores niveles de autoestima predice. De estos ocho roles, los más significativos a la hora de influir sobre la autoestima son amabilidad, fidelidad sexual, modestia, doméstica, romanticismo y delgadez, de manera que una mujer que responde a este patrón de conformidad, da mucha importancia a mantener el hogar bien organizado, se preocupa por mantener buenas relaciones con los demás, cree en una relación íntima monógama, no evita llamar la atención sobre sus cualidades positivas, no da importancia al romanticismo en las relaciones ni trata de conseguir un cuerpo idealmente delgado.

Algo parecido ocurre en los patrones de conformidad con el rol de género femenino en cuanto a que predicen los niveles de bienestar psicológico. El nivel de conformidad global no predice por sí solo el bienestar, pero sí existe un patrón que lo

CAPÍTULO 2. CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

hace, el cual está representado por valores muy elevados en amabilidad, fidelidad sexual y doméstica; puntuaciones elevadas en apariencia física y cuidado de hijos; bajas en romanticismo; y muy bajas en delgadez y modestia. La influencia más significativa la ejercen las normas relacionadas con la amabilidad, la fidelidad sexual, la delgadez y la modestia. Así, una persona que se ajusta a este patrón sería una mujer que no se abstiene de llamar la atención sobre sus talentos o habilidades, da importancia al mantenimiento del hogar, cultiva sus relaciones con los y las demás siendo amable y prestando su apoyo, normalmente prefiere una relación íntima monógama y no se preocupa por estar delgada ni por tener una relación romántica (Lyons, 2015).

Por último, en la investigación que se ha venido revisando en los párrafos anteriores, también se ha encontrado un patrón de conformidad con las distintas normas de género predictor de distrés, sin que tampoco en este caso el nivel global de conformidad lo sea. El patrón que mejor salud mental general predice, está compuesto por muy bajos niveles de romanticismo, modestia y delgadez; muy alta puntuación en la escala de fidelidad sexual y de apariencia física; y alta puntuación en las escalas de cuidado de hijos, amabilidad y mantenimiento del hogar. Las normas que en mayor medida influyen sobre el nivel de distrés son el romanticismo, la modestia, la delgadez y la fidelidad sexual, de modo que una mujer con bajos niveles de distrés invierte muy poco en relaciones románticas, en mantener un cuerpo delgado y en desviar la atención de sus habilidades, y otorga muchísima importancia a la fidelidad sexual (Lyons, 2015).

Estos patrones aparecen aún sin tener en cuenta el tipo de motivación para la conformidad con el rol de género ni la visión personal de la feminidad y de las propias ideas del rol de una misma como mujer. Por tanto, puede afirmarse que existen determinados perfiles de conformidad con el rol de género femenino que predicen diferentes indicadores de bienestar psicológico.

Esta tesis va encaminada al establecimiento de perfiles de conformidad con el rol de género femenino, que vinculados a los diferentes tipos de orientación sexual, predigan el bienestar psicológico en la mujer. El próximo capítulo tiene como objetivo introducir el concepto de orientación sexual, y poner en común las tres variables objeto de esta investigación.

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, FEMINIDAD Y SALUD MENTAL

La orientación sexual hace referencia al patrón de atracción de naturaleza emocional, romántica o sexual que siente una persona hacia otras personas de su mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos (APA, 2012). Forma parte de la identidad de las personas (APA, 2012) ya que la identidad sexual es el propio sentido del yo como ser sexual, que encaja en alguna de las categorías creadas culturalmente (Peplau y Garnets, 2000), dando cuenta del patrón de atracción, fantasías y comportamiento sexual. Dicho de otro modo, la atracción responde a un patrón más o menos estable en el tiempo, el cual incluye una serie de conductas relacionadas o asociadas, las cuales se pueden manifestar a nivel cognitivo, emocional y/o motor, y este patrón de atracción se constituye en un elemento común de identidad que asigna a las personas su propia pertenencia a una comunidad o grupo, bien en respuesta a una serie de etiquetas socialmente establecidas, bien debido a la propia necesidad de afiliación de los individuos. Además y por el mismo motivo, la orientación sexual es una parte de la propia imagen, concomitante con la propia identidad (Aparicio, 2013).

3.1. Concepto y evaluación de la orientación sexual

Tradicionalmente, la orientación sexual se ha tipificado en tres condiciones; heterosexual, homosexual y bisexual, sin embargo, existen otras tipologías consideradas minoritarias por su menor frecuencia, con las que algunas personas identifican su orientación sexual (Galupo, Davis, Gryniewicz y Mitchell, 2014). Entre estas últimas se encuentra la asexualidad, que consiste en la falta de orientación sexual; la pansexualidad, que implica una atracción hacia cualquier tipo de persona sin importar su orientación ni su identidad sexual; y la demisexualidad, basada en sentir atracción únicamente por la persona de la que se está enamorado (Aparicio 2013). No obstante, la realidad no siempre se ajusta a alguna de estas definiciones, sino que puede adoptar innumerables posiciones ajenas a esta limitada clasificación, en función de las dimensiones que se tengan en cuenta a la hora de categorizar este constructo. Esta tesis se centrará únicamente en las más comunes, es decir, en aquellas que con mayor frecuencia informa la población.

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

La orientación sexual se ha considerado un proceso dinámico y multi-variable (Klein, Sepekoff y Wolf, 1985), que no puede ser comprendido atendiendo exclusivamente al criterio de atracción, ya que ésta es sólo una dimensión autónoma incluida junto a otras, dentro del complejo constructo de la orientación sexual (Fernández, Quiroga y Rodríguez, 2006). Además, las tres categorías (homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad) no dan cuenta de toda la información relacionada con la orientación sexual (socialización, fantasías, comportamientos, etc.). Debido a esta complejidad y con la intención de lograr una mayor aproximación a la disparidad de actitudes, emociones y conductas de la sexualidad humana, Klein y colaboradores (1985) crearon y validaron un método de evaluación con forma de retícula (The Klein Sexual Orientation Grid, KSOG) compuesto por siete dimensiones, cada una de las cuales hace referencia al pasado, al presente y a la proyección de una situación ideal. De este modo, se logra indagar sobre la fluidez y la multidimensionalidad del constructo de manera individualizada. A continuación se detallan las siete variables halladas por estos investigadores que conforman la orientación sexual de una persona.

a) Atracción sexual. Hace referencia a la dirección de los intereses eróticos hacia otras personas; al patrón de excitación física y/o al interés emocional romántico o sexual, el cual puede involucrar fantasías, imaginación y sueños de contenido sexual o erótico (González, Martínez, Leyton y Bardí, 2004).

Un estudio acerca de la dimensionalidad de la atracción sexual (Fernández et al., 2006), llevado a cabo mediante el instrumento elaborado por estos investigadores (Cuestionario de Atracción Sexual, CAS) pone de manifiesto la existencia de dos conglomerados (atracción hacia mujeres y atracción hacia varones) que dan lugar a dos factores correlacionados negativamente (atracción hacia uno u otro sexo), o a un factor bipolar (atracción hacia ambos sexos o hacia ningún sexo) lo cual apoya tanto la bidimensionalidad de la atracción sexual como la existencia de los dos conglomerados de acuerdo con la definición ofrecida por la APA (2012).

b) Comportamiento sexual. Es la manera en la que se expresa la sexualidad; responde únicamente a la cuestión de con quién se mantienen relaciones sexuales, por tanto, no tiene por qué coincidir con la orientación sexual. Puede ocurrir que personas heterosexuales mantengan relaciones con personas de su mismo sexo y que disfruten de las mismas, bien con un objetivo exploratorio, bien por falta de disponibilidad de

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

personas del sexo opuesto, bien por otros motivos. Es posible que personas homosexuales practiquen sexo, placentero o no, con personas del sexo contrario, bien porque se desee mantener la homosexualidad oculta, bien porque aún no se conoce la propia orientación, bien por imposición social (ILGA, 2007). También puede darse que personas bisexuales sólo mantengan relaciones sexuales con personas de un único sexo (Klein, 2014).

c) Fantasías sexuales. Son otro elemento que aporta información acerca de la orientación sexual, aunque no la determina. Las fantasías pueden aparecer durante la masturbación, en ensoñaciones diurnas, pueden formar parte de la vida real o responder exclusivamente a la imaginación (Klein, 2014).

d) Preferencia emocional. Consiste en un sentimiento de afinidad, podría decirse que de preferencia a la hora de enamorarse de personas de uno u otro sexo; la preferencia emocional se da por el sexo que una persona siente que le gusta y ama. Esta dimensión suele influir mucho, si no, determinar la conducta sexual (Klein, 2014).

e) Preferencia social. Consiste en el interés por socializarse con personas del mismo o de otro sexo.

f) Identidad sexual. Es la identificación con una orientación sexual. Esta variable se refiere a la manera en la que una persona se define a sí misma en lo que a orientación sexual se refiere. Forma parte del auto-concepto y por tanto, determina en buena medida cognición y conducta, ya que está íntimamente relacionada con la valoración que la persona realiza de sí misma de acuerdo con las teorías planteadas en el capítulo anterior, apartado dedicado a la autoestima. Según Klein (2014) es posible que la orientación con la que se auto-identifica una persona se aleje de su ideal. La identificación con la propia orientación es posible que se establezca en la adolescencia o en la etapa adulta, mientras que la orientación lo hiciera en la infancia. Por este motivo, la identificación puede estar precedida en algunos casos de una etapa de confusión o negación (González et al., 2004). Por tanto, no es extraño que una persona no se identifique a sí misma por ejemplo, como homosexual hasta la adolescencia o adultez.

g) Estilo de vida heterosexual o gay. Se trata de una variable parecida a la preferencia social, pero en lugar de atender al sexo de las personas con las que al individuo le gusta mantener relaciones sociales, en este caso se tiene en cuenta la

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

orientación sexual de esas personas. Así, puede haber personas homosexuales a las que sólo les gusta pasar su tiempo y relacionarse con otras personas homosexuales, o que sólo habitan mundos heterosexuales, puede haber del mismo modo personas heterosexuales que no se relacionan con otro colectivo, etc.

Posteriormente, en 1998 Keppel y Hamilton añadieron a la KSOG (Klein et al., 1985) la variable “Identidad política” (Galupo et al., 2014).

Cada uno de estos dominios se puntúa en una escala bipolar (homosexualidad – heterosexualidad, con bisexualidad en el centro) de uno a siete.

A partir de los resultados de una serie de investigaciones longitudinales retrospectivas se observó que los individuos tienen una noción bastante clara de su orientación sexual, siendo las personas bisexuales las que más dificultades tienen para autodefinirse (más que las homosexuales y que las heterosexuales) (Klein, 1999). Las razones que este autor atribuye a este efecto son varias: en primer lugar, las personas bisexuales tienen que convivir con el mito de que la bisexualidad no existe; han sido definidos como neuróticos y tachados de indecisos o incapaces de enamorarse de verdad y de mantener una relación monógama; y por último, en algunas ocasiones, siendo homosexuales temen etiquetarse como tales y prefieren la etiqueta de bisexualidad.

Un aspecto importante relacionado con la bisexualidad, observado también en estas investigaciones, es el hecho de que esta orientación ni es un punto intermedio entre heterosexualidad y homosexualidad (por este motivo Klein rechaza la concepción bidimensional de la orientación propuesta por otros autores, la cual se disertará un poco más adelante), ni es un patrón que se asemeje a ninguno de los tipos de orientación monosexual, ni tampoco existen descripciones simples para el patrón de atracción bisexual (Klein, 1999). En unas ocasiones las personas bisexuales responden a un patrón más parecido al homosexual y en otras a uno más heterosexual, pudiendo identificarse, para simplificar mucho, la bi-heterosexualidad, la bi-bisexualidad y la bi-homosexualidad (Weinrich y Klein, 2002).

Otro de los instrumentos más extendidos es la escala de clasificación Heterosexual-Homosexual conocida como escala Kinsey (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948) (Galupo et al., 2014). Esta escala fue concebida desde la comprensión, por primera vez en el terreno científico, de la multidimensionalidad y fluidez de la

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

orientación sexual (Fernández et al., 2006). Se trata de una medida de autoinforme basada únicamente en los comportamientos y en los deseos sexuales del individuo. La puntuación está comprendida en un rango de cero a seis. Puntúan cero los individuos que se identifican a sí mismos como heterosexuales y cuyo comportamiento y deseo sexual se dirigen estrictamente hacia personas del sexo opuesto. Entre uno y cinco se posicionan las personas que se identifican a sí mismas según diferentes niveles de actividad y de deseo hacia cualquiera de los sexos, y seis es la puntuación asignada a quienes se consideran puramente homosexuales. Esta escala también contempla la asexualidad.

Recientemente, mediante un análisis de clusters de la KSGO (Klein et al., 1985) realizado en población no clínica, en la muestra de mujeres se han evidenciado cuatro grupos en función de la orientación sexual (en hombres aparecen cinco), dos de ellos dentro de la bisexualidad: se trata de mujeres bi-lesbianas y bi-heterosexuales (no aparece ningún grupo que se corresponda con un patrón bi-bisexual) (Weinrich, Klein, McCutchan, Grant y HNRC Group, 2014).

En el estudio antes mencionado, las mujeres heterosexuales responden a un patrón muy similar en cuanto a la naturaleza de la atracción sexual, del comportamiento sexual y de su identidad sexual en los tres dominios (pasado, presente y situación ideal). Sin embargo, las diferencias intra-grupo son mayores en las otras dimensiones a pesar de que la mayoría manifiesta preferencia por socializarse con personas de ambos sexos, sus fantasías son mayoritariamente heterosexuales, su estilo de vida heterosexual y su preferencia emocional está dirigida hacia los hombres. El hecho de que las desviaciones estándar sean altas en estos cuatro dominios sugiere que la mayoría de las mujeres tienen una alta capacidad de respuesta bisexual u homosexual, que no son tan categóricamente heterosexuales (Weinrich et al., 2014).

Continuando con los resultados del análisis cluster de la KSGO (Weinrich et al., 2014), el grupo de mujeres lesbianas presenta poca variabilidad en cuanto a fantasías sexuales, atracción sexual e identificación con una orientación sexual en el dominio presente. La variabilidad en el resto de dominios es bastante alta en este grupo. Tanto en el pasado como en la situación ideal, las respuestas son dispersas en lo referido a atracción, fantasías, identidad sexual, preferencia emocional y social, estilo de vida y comportamiento.

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

Los dos clusters de mujeres bisexuales presentan en general puntuaciones intermedias entre el subgrupo de mujeres heterosexuales y el de lesbianas, en cada una de las siete variables de la KSOG (Klein et al., 1985). Sin embargo, también ambos clusters presentan la mayor variabilidad intersujeto, es decir, las mujeres bisexuales tienen preferencias mucho más variadas que las homosexuales y que las heterosexuales. En el cluster de bi-lesbianas estas diferencias son especialmente notorias en la variable de comportamientos sexuales presentes y pasados, y sin embargo, la variabilidad en cuanto a fantasías sexuales es muy baja en el dominio presente. El cluster de mujeres bi-heterosexuales presenta en general menor variabilidad intragrupo que el anterior, pero más que los grupos de lesbianas y heterosexuales; destaca por ser bastante uniforme en cuanto a preferencia emocional (igual hacia ambos sexos).

El presente trabajo se centrará en mujeres que se identifican a sí mismas dentro de una de las tres categorías más frecuentes (homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad) a pesar de que estas tres tipologías de orientación sexual no responden a la complejidad del concepto: existen minorías que al no identificarse como homosexuales ni como heterosexuales, se tipifican dentro de la bisexualidad cuando por un lado, existen otras formas de plurisexualidad con las que algunas personas se identifican más, por ejemplo, pansexualidad, queer (Rust, 2001), casi heterosexual, bicuriosa o poliamorosa (Thompson y Morgan, 2008), y por otro lado, existen múltiples formas de bisexualidad y su categorización es compleja (Galupo, 2004). De la presente investigación se han excluido todas las minorías que no se identifican a sí mismas dentro de ninguno de los tres grupos más comunes en la población. El estudio se ha acotado bajo este criterio porque la mayoría de los individuos se posicionan a sí mismos en una de las tres categorías citadas (Klein, 1999). No se ha aplicado ningún instrumento de evaluación puesto que la medida autoinformada de la orientación sexual es suficiente para los objetivos de esta investigación, ya que éstos, no consisten en ahondar en este constructo sino en ponerlo en relación con variables de salud mental y conformidad con el rol de género.

3.2. Etiología y curso de la orientación sexual

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

Existen diferentes teorías que tratan de explicar cómo se configura y modela la orientación sexual sin que hasta el momento exista consenso en la comunidad científica, ya que no se ha encontrado ningún un factor ni ninguna combinación de factores que determine la orientación sexual de las personas (APA, 2008). Actualmente la mayoría de los científicos están de acuerdo en la existencia de múltiples causas de tipo ambiental (social y cultural), cognitivo y biológico (hormonal y genético) que interaccionan entre sí de manera única en cada individuo haciendo que éste adquiera una identidad heterosexual, homosexual, o que presente alguna forma de bisexualidad (Worthington, Savoy, Dillon y Vernaglia, 2002). Lo cierto es que la mayoría de las personas sienten muy poco o ninguna posibilidad de elección o de control sobre su orientación, y que ésta se conforma en la mayoría de los casos al principio de la adolescencia con carácter previo a la experiencia sexual (APA, 2008). No obstante, en algunas personas este aspecto queda definido más temprano, en la infancia, y en otras no se establece hasta la adultez. Además, en muchos casos cambia notablemente a lo largo del desarrollo vital (Klein et al., 1985).

Los principales hallazgos que apoyan la importancia del componente biológico en la etiología de la orientación sexual están relacionados con la anatomía cerebral, con los niveles de ciertas hormonas durante el periodo prenatal y con la estructura genética.

El tamaño de una parte del hipotálamo y el tamaño del brazo largo del cromosoma X marcan diferencias en la orientación sexual masculina. En 1991 se publicaron los resultados de varios estudios llevados a cabo, los cuales ponían de manifiesto la existencia de diferencias estructurales en uno de los núcleos de la zona anterior del hipotálamo, que tiene como función participar en la regulación de la conducta sexual masculina. Esta zona resultó tener un tamaño en hombres heterosexuales que dobla el tamaño que presentan tanto los hombres homosexuales como las mujeres, lo cual parece probar que al menos en hombres la orientación sexual tiene un componente biológico importante (LeVay, 1991). En otra investigación efectuada sobre familias con hijos e hijas homosexuales y heterosexuales, se encontró relación entre el tamaño del brazo largo del cromosoma X y la orientación sexual en hombres, pero no en mujeres (Hu, Patatucci, Patterson, Fulker, Cherny... y Hamer, 1995).

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

En las mujeres no se ha encontrado en este sentido ninguna diferencia que pueda estar relacionada con la orientación sexual (Peplau y Garnets, 2000; Peplau, Spalding, Conley y Veniegas, 1999).

Tampoco ha quedado lo suficientemente probada la relación entre la orientación sexual y determinados niveles de hormonas sexuales durante la edad adulta, de hecho, las terapias hormonales que se pusieron en práctica para “corregir” la homosexualidad no han funcionado (Byne y Parsons, 1993). En cuanto a la hipótesis que trata de justificar la homosexualidad femenina en función de una sobre-exposición a testosterona durante el periodo prenatal (Berenbaum y Snyder, 1995; Green, 1982), no existe evidencia que la respalde (Byne et al., 1993; de Rooij, Painter, Swaab y Roseboom, 2009; Peplau et al., 1999), ya que por un lado, se han constatado múltiples casos de elevada exposición a hormonas masculinas durante ese periodo en mujeres que son heterosexuales y por otro lado, no hay estudios que hayan encontrado diferencias en la estructura cerebral de las mujeres lesbianas y de las heterosexuales parecidas al dimorfismo sexual del cerebro que se da entre hombres y mujeres (Peplau et al., 2000; Peplau et al., 1999). No obstante, sí se ha aportado evidencia indirecta para el apoyo de esta teoría: la diferencia entre el tamaño de los dedos índice y anular en los hombres es menor que la diferencia de tamaño que presentan las mujeres entre estos dos dedos (Brown, Finn, Cooke y Breedlove, 2002). Estos investigadores han encontrado que las mujeres homosexuales que se identifican a sí mismas más como “marimachos” que como femeninas presentan una diferencia de longitud menor que las lesbianas que se identifican como femeninas. Por ello concluyen que la exposición a andrógenos podría influir en la orientación homosexual sólo en algunas mujeres.

El componente hereditario de la homosexualidad cuenta con cierto respaldo empírico tanto en la población masculina como en la femenina. Bailey y Pillard (1991) llevaron a cabo estudios sobre la homosexualidad en hermanos, encontrando que se da concurrencia en la orientación homosexual en el 52% de los gemelos monocigóticos y en el 22% de los gemelos bivitelinos, mientras que cuando se trata de hermanos adoptados sólo coincide la homosexualidad en el 11% de los casos. En otros estudios acerca de la heredabilidad de los factores que influyen en la orientación sexual de las mujeres, los cuales se llevaron a cabo sobre una muestra de mujeres lesbianas con hermanas, se encontró que de las mujeres lesbianas que eran gemelas univitelinas, en el

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

48% de los casos coincidía esta orientación sexual; en hermanas gemelas dicigóticas en el 16% de los casos ambas eran lesbianas y en el 84% sólo lo era una; cuando se trata de hermanas adoptadas sólo coincide que ambas son homosexuales en el 6% de los casos mientras que en el 94% de las ocasiones sólo lo es una (Bailey, Pillard, Neale y Agyei, 1993). Estos datos permiten afirmar que existe un componente genético que predispone a la orientación sexual (Bailey y Pillard, 1995), si bien no puede decirse que la determine (Byne et al., 1993; Whitehead y Whitehead, 1999).

La orientación sexual, además de estar influida por factores genéticos, está afectada por factores ambientales de tipo familiar. Los resultados de otro estudio, además de afirmar que existen variables genéticas que influyen en la orientación sexual, afirman que también lo hacen otros factores familiares (los cuales no quedan identificados en dicho estudio) (Kendler, Thornton, Gilman y Kessler, 2000).

En lo referido a factores ambientales que influyen sobre la orientación sexual, se ha contrastado que las mujeres adolescentes cuya madre es lesbiana, tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y de identificarse a sí mismas como bisexuales (Gartrell, Bos y Goldberg, 2011). Es posible que este hecho esté relacionado con el ambiente no restrictivo en el que se educan estas adolescentes (este aspecto será discutido más adelante).

La cultura por su parte, no sólo influye en cómo se concibe y configura la orientación sexual en la sociedad, en las identidades sexuales que se reconocen y en la actitud de aceptación o rechazo a las minorías sexuales (Peplau et al., 2000), sino también en la opinión de las personas acerca de su propia orientación y de la de los otros, sobre lo que es posible y lo que no, y además, marca el modo en el que se investiga este constructo (Bem, 1996), así como los criterios de educación sexual para adolescentes (Bilodeau y Renn, 2005). Un claro ejemplo de esto es el hecho de que se haya investigado ampliamente cómo se configura la homosexualidad o más recientemente la bisexualidad, dando por hecho que la heterosexualidad forma parte del desarrollo natural de la persona y relegando el estudio del desarrollo de la identidad heterosexual (Worthington et al., 2002; Morgan y Thompson, 2011).

Desde esta perspectiva, se desarrollaron a partir de los años 70 una serie de modelos que describían el desarrollo de la orientación e identidad sexual de las personas

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

no heterosexuales, normalmente como un proceso que comenzaba en la adolescencia, algo antes o algo más tarde, con sentimientos de atracción hacia personas del mismo sexo y discurría a través de una serie de estados en los que el individuo iba resolviendo conflictos relacionados con su identidad sexual (Bilodeau, 2005; Diamond, 2007). En muchos de estos modelos, en la primera etapa se da algún mecanismo de negación de los sentimientos homosexuales, y posteriormente, a medida que se van aceptando los sentimientos no-heterosexuales, el individuo comienza a integrar su identidad homosexual (Bilodeau et al., 2005; Coleman, 1982; Martin, 1991; Rosario, Schrimshaw y Hunter, 2004). Es lo que se conoce como “salir del closet” (APA, 2008) o “salir del armario” (ILGA, 2007).

Sin embargo, la enorme diversidad dentro de las diferentes tipologías de orientación sexual en cuanto a orientación, comportamiento e identidad sexuales (Savin-Williams, 1989) hacen necesario el reconocimiento de la existencia de múltiples modelos de desarrollo de la orientación sexual (Bilodeau et al., 2005). Así, según la APA (2008) el patrón de atracciones fundamentales que forman la base de la atracción sexual en la persona adulta suele emerger entre la etapa media de la niñez y el principio de la adolescencia, aunque como ya se ha dicho, esto no ocurre en todos los casos. Es posible que personas que no hayan iniciado ni estén interesadas en buscar ninguna conducta sexual con otra persona conozcan su orientación, mientras que otras personas (heterosexuales, homosexuales o bisexuales) tienen actividad sexual con uno u otro sexo antes de conocer realmente su orientación (Savin-Williams, 1989). Por ejemplo, se han observado dos patrones de desarrollo de la bisexualidad; existen mujeres que conocen esta orientación desde una edad muy temprana mientras que otras lo hacen tras haberse previamente etiquetado como lesbianas o como heterosexuales (Bilodeau et al., 2005). También existen muchas personas gay, lesbianas o bisexuales que responden a los modelos de etapas antes mencionados, a las que les cuesta aceptar su orientación sexual, debido en muchos casos a los prejuicios sociales a los que se enfrentan (APA, 2008).

A partir de toda la evidencia surgida acerca de los diversos procesos y las múltiples vías a través de las cuales se alcanzan las identidades sexuales minoritarias, Morgan y colaboradores (2011) han llevado a cabo un estudio para conocer si en las mujeres heterosexuales universitarias ocurre un proceso de cuestionamiento de la propia

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

orientación, similar al que se ha documentado en muchas mujeres con identidades minoritarias. De este estudio ha resultado que dos tercios de las mujeres que se identifican como totalmente heterosexuales se han cuestionado su orientación y han contemplado la posibilidad de tener orientaciones alternativas. El resto de las mujeres (el 33% de la muestra) no se había cuestionado su orientación. Este grupo, curiosamente coincide con las más jóvenes de la muestra, lo cual hace plausible que el cuestionamiento todavía ocurra más adelante (Morgan et al., 2001). Estas investigadoras resaltan la importancia del contexto social en la asunción inicial de una heterosexualidad obligada, la cual se cuestiona una vez establecida la identidad, a lo largo del desarrollo adulto.

Relacionado con lo anterior, cabe mencionar una investigación más antigua llevada a cabo por Carter y McCloskey (1984) con niñas y niños de educación primaria, acerca de su actitud hacia los compañeros cuando éstos se no se comportan conforme a los roles de género (estos estereotipos estaban referidos a las características personales, al sexo de las amistades que eligen, el tipo de juguetes que prefieren y las actividades que realizan). Los infantes más pequeños no eran capaces de identificar el significado de características propias del otro sexo, mientras que los más mayores referían sentir rechazo por aquellas personas que las mostraban. Los mayores también manifestaban peor actitud hacia las niñas y niños que realizaban actividades consideradas propias del otro sexo o que elegían así sus amistades, y peor si la persona que manifestaba estos comportamientos no acordaba con su rol era un chico. Todos los niños y niñas manifestaron que preferían no mezclarse con aquellos que violaban las normas de género pese a reconocer que no había nada malo en esos comportamientos atípicos. Todo esto llevó a estos investigadores a plantear cómo las personas desde su infancia quedan disuadidas por su grupo de iguales, de mostrar comportamientos que se salgan de la norma. Para evitar ser sancionados con ofensas verbales o con agresiones físicas, los niños y niñas procuran no transgredir los estereotipos de género (Ortiz Hernández, 2004) y cada estereotipo de género implica una atracción sexual determinada.

Por tanto, en lo referido a la orientación sexual, es posible que las chicas se socialicen bajo el mandato de la heterosexualidad y que por ello el cuestionamiento de su orientación se dé en la edad adulta. Diamond (1998) sostiene que es el entorno restrictivo la causa de que las niñas no tomen consciencia de su orientación hacia el

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

mismo sexo hasta etapas más tardías, y esto es lo que hace que muchas mujeres “salgan del closet” de manera abrupta y/o tardía.

También prueba de la importancia de la dimensión social de la orientación sexual, es el elevado número de investigaciones que muestran la maleabilidad y la fluidez de este constructo sobre todo en la mujer (Baumeister, 2000; Bilodeau, 2005; Bilodeau et al., 2005; Diamond, 2006; Diamond, 2005; Diamond, 1998; Kinnish, Strassberg y Turner, 2005; Peplau y Huppín, 2008; Peplau et al., 2000).

Ante la controversia acerca de si es la naturaleza o la cultura la que determina la orientación sexual, se llevó a cabo un estudio sobre la plasticidad del erotismo en el cual se propone que el deseo sexual en las mujeres es más maleable que el de los hombres porque el de las primeras está más determinado por factores socioculturales y situacionales (Baumeister, 2000). Esta proposición está basada en la evidencia empírica existente: las mujeres presentan mayor variabilidad y menor consistencia en lo que a comportamiento sexual se refiere y además, su respuesta ante variables específicas de naturaleza sociocultural muestra mayor efecto que la respuesta masculina. Esto quiere decir que el impacto de la aculturación, la religión o la educación es más elevado en las mujeres, de ahí que todas las investigaciones en sociedades occidentales encuentren mayores tasas de homosexualidad entre hombres que entre mujeres (Baumeister, 2000; Weinrich et al., 2014).

La orientación sexual de la mujer está determinada por el estatus social y por la autonomía personal de ésta, según ponen de manifiesto una serie de análisis transculturales (Peplau et al., 1999). Así, la homosexualidad exclusiva por parte de la mujer requiere un cierto grado de independencia tanto económica como social, que no se da de igual manera en todas las culturas. Por tanto, cuanto más igualitaria es la sociedad, mayor autonomía y visibilidad tiene la mujer sobre su orientación e identidad sexual, y más normalizadas están las relaciones sexuales entre mujeres.

En cuanto a la fluidez y maleabilidad, se ha podido verificar la falta de consistencia entre las distintas dimensiones de la orientación sexual de la mujer: entre el comportamiento pasado y el comportamiento presente, y entre las fantasías, la atracción y la orientación sexual con la que se identifican las mujeres lesbianas y bisexuales (Diamond, 1998).

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

Sobre una muestra de 803 mujeres lesbianas y bisexuales, se ha hallado que el 85% de las mismas ha tenido en algún momento, normalmente pasado, relaciones sexuales con hombres. En la mayoría de los casos, la primera relación fue con un hombre, a una edad media de 18 años, y no se han tenido conductas sexuales con otras mujeres hasta una edad media de 21 años (Bailey, Farguhar, Owen y Whittaker, 2003).

Las siete variables que componen la orientación sexual según el modelo de Klein y colaboradores (1985), no son estables en el tiempo, de hecho en la mayoría de las personas cambian a lo largo de su vida y de manera drástica en algunos casos (Klein, 2014). No obstante, esto no significa que la mayoría de las mujeres cambien de orientación a lo largo de sus vidas, lo que sí es cierto, es que diferentes investigaciones realizadas sobre mujeres han documentado cambios en todos los sentidos (Peplau et al., 2000). Este aspecto ha quedado bien reflejado en un estudio longitudinal llevado a cabo sobre minorías sexuales, cuyos resultados sugieren que en realidad, los comportamientos sexuales y la identidad sexual en esta población son más fluidos que el patrón de atracción (Diamond, 2000).

En el estudio longitudinal antes mencionado, se han documentado muchos casos en los que la orientación no-heterosexual surge a una edad adulta, en algunas ocasiones de manera muy abrupta, y sin ningún indicio previo. En otras ocasiones, surge de una manera más gradual, bien a través de la interacción con otras mujeres homosexuales o bisexuales, bien tras un periodo de cuestionamiento de la propia sexualidad (Diamond, 2007). El 18% de la muestra considera que entra en juego un elemento decisorio en la orientación lésbica o bisexual, y dos tercios de la muestra considera haber nacido con una determinada orientación, algo parecido a una predisposición latente, y que las circunstancias han permitido que se materialice este tipo de orientación sexual. Por supuesto, también son muy numerosos los casos en los que la homosexualidad de las mujeres se manifiesta desde la infancia tardía o la adolescencia (Diamond, 2002).

En resumen, la orientación sexual resulta de una compleja interacción genética, hormonal, de rasgos de personalidad, de madurez personal, de variables situacionales, de influencias personales y de normas culturales. Además, las mismas variables afectan de manera diferente a cada persona. Por todo ello, existen múltiples vías para el desarrollo de la orientación sexual de la mujer (Diamond, 2007; Peplau y Huppín, 2008).

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

3.3. Orientación sexual y salud mental

La salud mental de la mujer, en general no está relacionada con su orientación sexual (Green, 1982; Gómez y Delgado, 2012). La homosexualidad y la bisexualidad no están asociadas ni a trastornos mentales ni a peor ajuste psicológico que la heterosexualidad (Peplau et al., 2000). No obstante, las mujeres homosexuales y bisexuales están sometidas a problemas de salud específicos y diferenciables de los del resto de la población femenina (Sell y Becker, 2001), de hecho, numerosas investigaciones ponen de manifiesto que tienen peor salud física y mental (Case, Bryn Austin, Hunter, Manson, Malspeis, Willett y Spiegelman, 2004; Diamant y Wold, 2003), y de manera más acusada, las mujeres bisexuales (Colledge, Hickson, Reid y Weatherburn, 2015; Li, Dobinson, Scheim y Ross, 2013).

Algunos hábitos de vida de muchas mujeres lesbianas y bisexuales suponen un factor de riesgo para su salud: se someten a menos controles ginecológicos en parte por el hecho de no necesitar métodos anticonceptivos (Aparicio, 2013), fuman más (Burgard, Cochran y Mays, 2005; Eliason, 2014; Tang, Greenwood, Xowling, Lloyd, Roeseler y Bal, 2004), consumen más alcohol (Burgard et al., 2005; Scheer, Parks, McFarland, Page-Shafer, Delgado, Ruiz et al., 2002; Eliason, 2014; Saghir, Robins, Walbran y Gentry, 1970), toman menos fruta y verdura (Valanis et al., 2000) y presentan mayores niveles de sobrepeso (Aparicio, 2013; Case et al., 2004; Ferguson et al., 1999; Garbers, McDonnell, Fogel, Eliason, Ingraham, McElroy et al., 2015; Green, 1982; Valanis, Bowen, Bassford, Whitlock, Charney y Carter, 2000).

Las mujeres no heterosexuales jóvenes tienen mayor riesgo que las heterosexuales de sufrir depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, desórdenes de la conducta, abuso de sustancias e intentos de suicidio (Colledge et al., 2015; Liu y Mustanski, 2012; Cochran & Mays, 2009; Meyer, 2003; Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2009; Fergusson, Horwood y Beautrais, 1999). Algo parecido ocurre con las mujeres de edad avanzada; sobre una muestra de más de 93.000 mujeres con una edad comprendida entre 50 y 79 años se ha constatado que las mujeres homosexuales y bisexuales disfrutaban de mayor estatus socioeconómico que las heterosexuales, y pese a ello son más propensas a sufrir depresión, perciben menor apoyo social y puntúan algo peor en la escala de satisfacción con la vida (sobre todo

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

cuando no mantienen relaciones sexuales durante la edad adulta o cuando son bisexuales) (Valanis et al., 2000). Se pueden citar numerosas investigaciones que apoyan los datos anteriores. Por ejemplo, Saghir, Robins, Walbran y Gentry (1970) hallaron que las mujeres lesbianas consumen más alcohol y comenten más intentos de suicidio que las heterosexuales. Gilman, Cochran, Mays, Hughes, Ostrow y Kessler (2001) han encontrado que los individuos que mantienen relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo tienen mayor riesgo de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y pensamientos suicidas. Balsam, Beauchaine, Mickey y Rothblum (2005) llevaron a cabo una investigación sobre personas homosexuales y bisexuales, y sobre sus hermanas y hermanos heterosexuales para controlar los efectos familiares sobre los indicadores de salud. Sus resultados reflejan que, corrigiendo los efectos del ajuste familiar, la orientación sexual está relacionada con la ideación suicida, con intentos de suicidio, con conductas autolesivas, con la mayor utilización de psicoterapia y el consumo medicación psiquiátrica; estas variables correlacionan positivamente con la orientación lesbiana y bisexual, no obstante, los autores de esta investigación no han encontrado que predigan el distrés psicológico ni la autoestima.

En otro estudio acerca de la calidad de vida de gays y lesbianas, se obtuvieron algunos datos parecidos: las mujeres lesbianas utilizan más los servicios de salud mental, llevan a cabo más intentos de suicidio y conductas autolesivas, y además, consumen más alcohol y otras drogas, y por causa de la discriminación social que sufren, experimentan mayor violencia física y psicológica que las mujeres heterosexuales (King, McKeown, Warner, Ramsay, Johnson, Cort et al., 2003).

A diferencia de los resultados obtenidos por Balsam y colaboradores (2005) en su investigación, King y colaboradores (2003) sí habían encontrado que las mujeres lesbianas sufren mayor distrés que las heterosexuales a niveles similares de salud física y de apoyo social. Otras investigaciones también apoyan que las personas no heterosexuales presentan mayor distrés emocional, sintomatología depresiva e ideación suicida (Almeida, Johnson, Corliss, Molnar y Azrael, 2009), o revelan una asociación directa entre el nivel de atracción hacia personas del mismo sexo y los intentos autolesivos (Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul y Williams, 2003).

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

El hecho de haber tenido relaciones sexuales durante la infancia es predictor de distrés emocional en la edad adulta, sobre todo en las mujeres heterosexuales (King y Nazareth, 2006).

Existe otro conjunto de investigaciones que pone de manifiesto que las mujeres bisexuales tienen peor salud que el resto. Los resultados de una amplia investigación llevada a cabo en Reino Unido muestran que las mujeres bisexuales tienen un riesgo un 64% mayor que las lesbianas de sufrir trastornos de la conducta alimentaria, un 37% más de probabilidad de cometer intentos de lesionarse a sí mismas, son un 26% más de propensión a sentirse tristes o deprimidas y un 20% más de probabilidad de sentirse ansiosas o nerviosas, todo ello valorando el último año (Colledge et al., 2015). Resultados similares, son los aportados por Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Balsam y Mincer (2010), quienes además añaden que, el elevado riesgo de sufrir distrés psicológico y mala salud general por parte de mujeres lesbianas y bisexuales está asociado a la obesidad, a la pobreza y a la falta de ejercicio. Las mujeres bisexuales son las que peores valores presentan en todas las variables, en especial, si viven en un área metropolitana (Fredriksen-Goldsen et al., 2010).

Estas diferencias en la salud de las mujeres en función de su orientación sexual han originado un cuerpo de investigaciones que trata de encontrar explicaciones a este fenómeno. Muchos de los estudiosos de esta materia atribuyen una parte importante de estas diferencias a la discriminación y al estigma social que sufren las mujeres no heterosexuales (Cochran et al., 2009; Meyer, 2003; Rosario et al., 2009; Hetrick y Martin, 1987). Según Aparicio (2013) las mujeres bisexuales y lesbianas sufren más que el resto debido a que a la discriminación en función del género, se añade la discriminación por su orientación sexual. Almeida et al. (2009) han constatado que el distrés emocional asociado a la orientación no heterosexual está mediado por la percepción de ser discriminado o tratado con violencia por esta causa. Cuando a la discriminación debida a la orientación sexual se añade además, la originada por pertenecer a otro tipo de minoría, por ejemplo étnica, los efectos negativos sobre el distrés psicológico son aún mayores (Colledge et al., 2015; Kim y Fredriksen-Goldsen, 2012).

La opresión hacia las personas no heterosexuales tiene su origen en el sistema de géneros. Se ha constatado que ente los 6 y los 17 años, la discriminación se debe más al

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

hecho de transgredir los estereotipos de género, que a la orientación sexual; durante la niñez, al 30% de los niños y niñas que transgredían el estereotipo de género les habían pedido que cambiaran, y el 22% había sido objeto de burla (Granados Cosme y Ortiz Hernández, 2003). Estos datos resultan consistentes con los obtenidos por Horn (2007) sobre una muestra de adolescentes, y con los obtenidos por Carter y colaboradores (1984) expuestos en el apartado anterior. Se ha observado además, que el 50% de las mujeres lesbianas y bisexuales había sido víctima de violencia verbal, el 22% lo había sido de acoso sexual y el 20% sufrió discriminación por parte de la policía (Granados et al., 2003).

Las mujeres masculinas son con menos frecuencia víctima de discriminación y violencia que los hombres femeninos (Ortiz Hernández, 2004), y esto es debido según este investigador a que desde la óptica del antropocentrismo, la feminidad es inferior y denigrante, por tanto, una mujer poco femenina se considera que evita las limitaciones de este rol, mientras un hombre que no se adhiere al estereotipo masculino (la homosexualidad masculina tiene la connotación social de “hombre femenino”) se entiende que adopta rasgos deleznable y por eso recibe mayor presión social. Esta hipótesis es respaldada por los resultados de otras investigaciones (Skidmore, Linsenmeier y Bailey, 2006).

No obstante, las mujeres lesbianas y bisexuales no están libres de discriminación y violencia. La violencia verbal sufrida por el colectivo de gais, lesbianas y bisexuales, se ha asociado con trastornos mentales comunes: la violencia física hacia la persona u otro miembro del colectivo en presencia de ésta, está asociada a mayor riesgo de ideación suicida, de intentos de suicidio, así como de trastornos mentales comunes y alcoholismo; la violencia sexual aumenta la ideación suicida y el intento de suicidio; y el acoso sexual incrementa la probabilidad de intento de suicidio (Ortiz Hernández y García, 2005).

La opresión no sólo viene desde la sociedad. La homofobia internalizada, la percepción de estigma y el ocultamiento son tres formas de opresión internalizada que influyen sobre la salud mental de las personas no heterosexuales (Ortiz Hernández, 2005). Las dos primeras variables están contempladas en la teoría de los *factores de estrés de las minorías* elaborado por Meyer (1995). Este investigador demostró que la homofobia internalizada, el estigma y las experiencias de discriminación y violencia sufridas, son

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

tres estresores que tienen efectos significativos y directos sobre varios indicadores de salud mental (distrés psicológico, culpa, desmoralización, problemas sexuales, ideación/intentos de suicidio), y estos efectos, son mayores que los de la propia orientación sexual (Meyer, 2003).

La homofobia internalizada consiste en la incorporación al autoconcepto de todas connotaciones negativas de la homosexualidad y de la transgresión del rol de género, lo que provoca actitudes negativas hacia uno mismo y hacia otros homosexuales y transgresores de estereotipos, y se manifiesta con la insatisfacción con la propia orientación y con el deseo de ser heterosexual. Suele estar asociado a sentimientos de culpa. Este constructo correlaciona negativamente con la autoestima y positivamente con la depresión, la ideación suicida, el distrés psicológico, la afectividad negativa y el consumo de alcohol en mujeres. La percepción de estigma consiste en las expectativas acerca de las actitudes de los otros hacia uno mismo en función de la orientación sexual y la transgresión de roles. Correlaciona con la percepción de mala salud, ideación suicida y otros trastornos mentales, y el riesgo se ve incrementado con el miedo a ser descubierto. El ocultamiento ocurre cuando se modifica la apariencia y los comportamientos con el fin de esconder la orientación sexual. Esta variable predice distrés psicológico por la sensación de ser vigilado continuamente y de tener controlar no transgredir los roles de género, y correlaciona con trastornos mentales e ideación suicida (Ortiz Hernández, 2005).

El autoritarismo es el mejor predictor de actitudes homófobas. Basow y Johnson (2000) evaluaron las variables que presentan las mujeres que tienen actitudes lesbófobas, y observaron que éstas coinciden con las investigaciones previas llevadas a cabo sobre la población general: el autoritarismo, las actitudes tradicionales hacia los roles de género, la religiosidad y la falta de contacto con homosexuales (Newman, 1987). La variable predictora más significativa es el autoritarismo; las personas que presentan elevados niveles de este rasgo se caracterizan por aceptar los valores y normas tradicionales, gustan de someterse a la autoridad y tienen tendencia a agredir a aquellas personas que no se someten. Es lógico si se entiende que la homosexualidad atenta contra la convencionalidad que presentan los individuos autoritarios (Basow et al., 2000).

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

Además de la validación empírica de los efectos de los estresores de las minorías (Meyer, 1995) y de la ocultación (Ortiz Hernández, 2005) sobre la salud mental de las personas homosexuales y bisexuales, existen también otras aproximaciones teóricas que ponen de manifiesto la existencia de otros elementos que afectan en especial a este colectivo e inciden sobre su salud. A continuación se expondrán algunos de estos factores.

La presión intragrupo es un factor de estrés que afecta a la salud mental. La presión social no sólo proviene de aquella parte de la sociedad que sólo concibe la heterosexualidad como orientación sexual normal. Basándose en la teoría de la autodiscrepancia, Boyle y Omoto (2014) han investigado recientemente sobre una muestra de mujeres no heterosexuales con una edad comprendida entre 18 y 35 años, la importancia de ajustarse a las normas de la comunidad lesbiana en lo referido tanto a características personales como a comportamiento. Los resultados sugieren que las mujeres pertenecientes a estas minorías perciben que las normas de los colectivos de lesbianas son muy estrictas y difíciles de seguir. Cuando las mujeres se sienten por debajo de los estándares que perciben que impone la comunidad lesbiana, refieren más sentimientos de depresión; cuando fracasan en el intento de aproximarse a los estándares, refieren más sentimientos de ansiedad, y esto se agudiza cuanto más importancia otorgan al colectivo y cuanto más sienten que éste les define.

Algunos autores, basándose en la teoría de la disonancia cognitiva, ponen el énfasis en la congruencia entre la identidad sexual y la conducta sexual (Schick, Rosenberger, Herbenick, Calabrese y Reece, 2012). Sobre una muestra de más de 2.500 mujeres que referían sentirse atraídas por otras mujeres, se evaluó la identidad sexual, la conducta sexual, y el bienestar mental, físico y sexual. Aquellas mujeres cuya pareja sexual era congruente con su identidad (orientación) sexual, referían mayor bienestar y sus relaciones sexuales eran más satisfactorias. En este punto conviene recordar algunos datos ya expuestos que revelan que un elevado número de mujeres lesbianas mantiene relaciones con hombres, y que del mismo modo, hay mujeres que se identifican como heterosexuales y mantienen relaciones con otras mujeres (Bailey et al., 2003).

Relacionado con lo anterior pero desde una perspectiva diferente, se han analizado algunas variables de salud en función de dos dimensiones de la orientación

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

sexual; la identificación y la conducta. Las mujeres que se identifican como lesbianas o bisexuales consumen más sustancias y han tenido sexo bajo coacción con mayor frecuencia que las mujeres que se identifican como heterosexuales. Cuando se atiende también a la conducta, se observa que aquellas mujeres que se identifican como heterosexuales pero mantienen relaciones con hombres y mujeres, presentan índices de consumo de sustancias y de sexo bajo coacción parecidos a los que presentan las que se identifican como bisexuales, y estos índices son mayores que los que presentan las mujeres heterosexuales que sólo mantienen relaciones sexuales con hombres, (Scheer et al., 2002).

Con el objeto de comparar la salud mental de mujeres lesbianas y heterosexuales, y de conseguir en su caso, una mayor aproximación a aquello que origina las diferencias, un equipo de investigadores evaluó la presencia de una serie de variables predictoras de síntomas depresivos (ya tratadas en el capítulo anterior) en las dos poblaciones (Matthews, Hughes, Johnson, Razzano y Cassidy, 2002). A partir de los resultados pudieron concluir que la orientación sexual puede ser un importante factor de riesgo para la salud de la mujer en cuanto a síntomas depresivos, en cuanto a ideación suicida e intentos de suicidio (los cuales se dan casi siempre entre los 15 y los 29 años), lo cual no parece congruente con lo aportado por Fredridsen y Goldsen (2010), quienes consideran que el momento de mayor riesgo para las lesbianas es la edad adulta) y en cuanto a consumo de alcohol y drogas. El 78% de las mujeres lesbianas frente al 56% de mujeres heterosexuales había recibido en el pasado terapia psicológica. En lo referido a cada uno de los predictores de depresión analizados, pudo observarse que las lesbianas han estado con mayor frecuencia sometidas durante la infancia a situaciones de abuso sexual. Los niveles de estrés son parecidos en ambas muestras, no obstante, existen diferencias en las fuentes de estrés; las mujeres heterosexuales identifican con mayor frecuencia temas relacionados con niños como principal fuente de estrés, mientras que las lesbianas plantean más estresores relacionados con la identidad sexual. Tampoco se han hallado diferencias significativas en cuanto a la calidad de las estrategias de afrontamiento del estrés, resultando pobres en ambos grupos. Sí existen sin embargo diferencias en cuanto al apoyo social percibido: es un 6% mayor el número de heterosexuales que percibe falta de apoyo social.

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

Una de las causas que genera malestar en la mujer es el hecho de asumir la mayor parte de las tareas domésticas y de la crianza de los niños, tal y como se ha expuesto en los capítulos anteriores. Pues bien, en las parejas de lesbianas, existe mayor igualdad tanto en la carga del trabajo remunerado como en la del doméstico; las parejas heterosexuales presentan un reparto de roles mucho más tradicional, al comparar parejas con hijos de entre cuatro y seis años (Patterson, Sutfin y Fulcher, 2004).

En cuanto a la peor salud que presentan las mujeres bisexuales, esta cuestión parece atribuible a que éstas reciben escaso apoyo social por parte de los colectivos de lesbianas y que con mayor frecuencia presentan la estigmatización interiorizada (Colledge et al., 2015). Además, se enfrentan a prejuicios por parte de homosexuales y de heterosexuales (APA, 2012), todo lo cual puede ser causa de que presenten peor salud mental (Colledge et al., 2015).

Otra justificación parcial a las diferencias en salud entre bisexuales y lesbianas, reside en que las primeras emplean estrategias de afrontamiento más desadaptativas, consistentes sobre todo en conductas de evitación y de autoculparse, lo cual media que este grupo de mujeres presente peor salud mental (Lehavort, 2012). Por otro lado, el uso de estrategias desadaptativas tiene mayor asociación con la salud mental que otras variables como las demográficas o como el apoyo social percibido (Lehavort, 2012).

A lo largo de este capítulo, se han expuesto una serie de investigaciones que corroboran que la orientación sexual puede ser un factor de riesgo para la salud. Las mujeres no heterosexuales presentan mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, consumen más alcohol y otras sustancias, cometen más conductas autolesivas y más intentos de suicidio. Dentro de este grupo minoritario, las bisexuales se ven más desfavorecidas que las lesbianas en varios indicadores de salud (ansiedad, depresión, trastornos de conducta alimentaria, conductas autolesivas, intentos de suicidio). No hay ninguna evidencia de que la orientación sexual en sí misma afecte a la salud, pero sí se han encontrado una serie de variables mediadoras o de factores que afectan a unas u otras personas en función de su orientación sexual e influyen sobre su bienestar. Estos factores están relacionados con los hábitos de vida; con la presión social (endogrupo y exogrupo); con el apoyo social percibido; con diferentes fuentes de estrés, tanto internas (lesbofobia interiorizada, percepción de estigma) como externas (cuidado de hijos, discriminación, violencia sufrida); con la congruencia entre identidad y conducta; etc.

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

En el capítulo segundo se expuso evidencia contradictoria acerca de cómo la feminidad y la masculinidad (definidas bajo los paradigmas de Bem, 1974 o de Spence et al., 1975; 1978) predicen una serie de indicadores de salud mental, y se plantearon varios modelos explicativos de las causas de la falta de uniformidad en los resultados. Por último y más relevante para esta tesis, se enunciaron los patrones de conformidad con el rol de género femenino (de acuerdo con el modelo de Mahalik et al., 2005) hallados por Lyons (2015) que predicen la autoestima, el bienestar psicológico y el distrés psicológico en la mujer.

A continuación, para cerrar el estado de la cuestión, se expondrán las escasas investigaciones encontradas que ponen en relación la salud mental, la conformidad con el rol de género femenino y la orientación sexual en la mujer.

3.4. Conformidad con el rol de género femenino, orientación sexual y salud mental

La mayoría de las personas equipara la homosexualidad a la transgresión de los roles de género socialmente establecidos: los gais son considerados varones femeninos y las lesbianas son vistas como mujeres masculinas (Ortiz Hernández, 2004). No obstante, no en todas las sociedades la identidad sexual es una dimensión central de la orientación sexual (Peplau et al., 2001), ni tampoco puede afirmarse que la masculinidad y la feminidad están intrínsecamente vinculadas con la orientación sexual de la mujer (Peplau, Spaulding, Conley y Veniegas, 1999).

Los adultos homosexuales tienden a presentar menor conformidad con el rol de género que les es socialmente asignado (Lippa, 2008), y esto se manifiesta en algunos comportamientos, sentimientos e intereses (Rieger, Linsenmeier, Gygax y Bailey, 2008). Además, existen investigaciones, sobre todo llevadas a cabo con población masculina, en las que se ha establecido la existencia de algún tipo de relación entre la falta de conformidad con el rol de género durante la infancia, y la homosexualidad en la edad adulta (Bailey y Zucker, 1995; Zucker, 2005). Byne et al. (1993) encontraron que más homosexuales que heterosexuales manifestaron durante su infancia algún grado de no conformidad con su rol de género, y sin embargo, también pudieron observar que hay gais que habían sido masculinos desde la infancia, y heterosexuales que no

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

manifestaban conformidad con el rol de género masculino. Tras un estudio llevado a cabo en Samoa, Bartlett y Vasey (2006) afirmaron que es posible que exista un patrón de desarrollo psicosexual universal, compartido por la mayoría de los hombres cuya orientación sexual es predominantemente homosexual, el cual comienza a manifestarse en la infancia a través de comportamientos atípicos del género masculino.

Analizando las diferencias en el comportamiento relacionado con el rol de género que habían tenido durante la infancia las mujeres heterosexuales y las homosexuales en Estados Unidos, Brasil, Perú y Filipinas, los resultados revelaron con carácter transcultural una serie de diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el rechazo de ciertas actividades e intereses culturalmente asociadas al género femenino, y con el interés y la realización de otras actividades consideradas masculinas. De manera más concreta, las mujeres homosexuales informaban con mayor frecuencia haber jugado con juguetes de niños, de haberse vestido con ropa de chico, de haber sido consideradas unos “chicazos” en su entorno, de evitar la ropa y los juguetes típicos de las niñas, y de no haber tenido interés por la moda femenina, a diferencia de la mayoría de mujeres heterosexuales (Whitam y Mathy, 1991).

En otro estudio llevado a cabo sobre mujeres heterosexuales, homosexuales y bisexuales, cuyo objetivo era relacionar los comportamientos masculinos y femeninos emitidos durante la infancia con la orientación sexual, se toparon con resultados muy similares. Las variables evaluadas fueron el recuerdo del grado de ajuste a la conformidad con el rol de género femenino durante la infancia, así como la disconformidad con ese mismo rol, utilizando como medida el recuerdo de comportamientos estereotípicamente femeninos o masculinos. La mayoría de las mujeres heterosexuales recordaban haber sido femeninas durante la infancia, mientras que la mayoría de las mujeres homosexuales recordaron haber sido masculinas. En el 80% de los casos se daban diferencias en cuanto a conformidad con el rol femenino en la infancia en relación con la orientación sexual adulta. Estas diferencias versaban sobre cuatro variables: haberse imaginado a sí misma siendo un chico, preferir juguetes de niño, haber sido considerada un “chicazo” y desear o no ser madre (Phillips y Over, 1995).

Este tipo de investigaciones basadas en el recuerdo que tienen personas adultas acerca de su infancia han sido criticadas porque la memoria está sujeta a sesgos

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

subjetivos (Bailey et al., 1995; Rieger et al., 2008). Con el objeto de salvar este obstáculo, Rieger et al. (2008) han llevado a cabo un estudio a partir de vídeos que pertenecen a mujeres y hombres homosexuales y heterosexuales los cuales fueron grabados durante su infancia. Estos investigadores han podido concluir que los recuerdos de los sujetos muestrales son consistentes con el juicio que realizan sobre éstos los jueces del estudio, a partir de la visualización del material. Además, los autores concluyen que el grado de no conformidad durante la infancia predice la orientación sexual en la adultez, existiendo una correlación positiva fuerte entre la no conformidad con el rol de género en la infancia y la homosexualidad adulta, tanto en hombres como en mujeres.

Empero, existe una corriente que defiende que la relación entre la no conformidad con el rol de género y la homosexualidad adulta sólo refleja otra construcción social (Gottschalk, 2003). Además, de acuerdo con esta autora, existen también otras investigaciones que no reflejan la existencia de este tipo de relación. Por ejemplo, se ha encontrado que el patrón de atracción sexual de los hombres y de las mujeres es completamente independiente de los rasgos instrumentales y expresivos (asociados a la masculinidad y a la feminidad respectivamente), medidos con la escala abreviada de Bem (BSRI; Bem, 1974) (Fernández, Quiroga y Olmo, 2006).

Un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos sobre una muestra de unas 15.000 personas, en el que se analiza si la masculinidad y la feminidad durante la adolescencia guardan relación con la orientación sexual de los hombres y de las mujeres cinco y seis años más tarde, lanza conclusiones diferentes a las anteriormente citadas. Los resultados arrojaron que los chicos adolescentes, cuanto más femeninos son, mayor es su probabilidad de tener posteriormente un patrón de atracción, de comportamiento y de identidad homosexual, y esta relación resultó muy significativa. Sin embargo, en las mujeres no se halló ningún tipo de relación entre masculinidad y orientación sexual. Estos investigadores plantean que es posible que esto se deba a que los mecanismos biológicos que determinan la homosexualidad sean diferentes para hombres y mujeres (Udry y Chantala, 2006).

En función de los datos anteriores, puede decirse que existe escasa evidencia para afirmar si la conformidad con el rol de género predice o no la orientación sexual de

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

la mujer. Peplau y Huppín (2008) plantean que es posible que las mujeres lesbianas presenten más rasgos instrumentales y asertivos, considerados típicamente masculinos, como causa de su orientación sexual: el hecho de no tener una pareja masculina como principal fuente de sustento hace que las mujeres homosexuales no supediten su carrera profesional a la familia. Esto puede originar que se sientan más autosuficientes y presenten mayor motivación para el desarrollo en el terreno laboral. Es cierto que en promedio, las lesbianas ocupan puestos de mayor estatus, muchas veces en sectores ocupados sobre todo por hombres, y que sus salarios medios son más altos que los del resto de mujeres (Colledge et al., 2015; Blandford, 2003).

Por tanto, la no conformidad puede ser consecuencia en lugar de causa de la orientación sexual (Peplau et al., 2008). Para justificar esta hipótesis, estas investigadoras han llevado a cabo una recopilación de la literatura científica de la que han obtenido que las lesbianas tienen en promedio mayor nivel educativo, menor número de hijos, más trabajo a tiempo completo y menos trabajo a tiempo parcial, y mayor presencia en sectores masculinizados.

Estos elementos (número de hijos, asunción de la mayor parte de la carga doméstica, precariedad laboral y falta de apoyo social) son fuentes de malestar psicológico en la mujer (tal y como se ha planteado en los dos primeros capítulos de esta investigación) y las mujeres lesbianas los presentan en menor medida. Sin embargo, otros aspectos como los estresores de las minorías (Meyer, 2003), el ocultamiento y el abuso sexual en la infancia, son causa de malestar más presente en las mujeres lesbianas y bisexuales (Roberts, Rosario, Corliss, Koenen y Austin, 2012).

La literatura científica centrada en el estudio de la orientación sexual, la conformidad con el rol de género y la salud mental es muy escasa. A continuación se reflejarán los principales hallazgos en cuanto a estos tres aspectos en conjunto.

Poniendo en relación el bienestar, la no conformidad con el género y la orientación sexual, se ha encontrado que la falta de conformidad guarda mayor relación (negativa) con el bienestar que la orientación sexual, y que las personas heterosexuales con género no conforme tienen peores niveles de bienestar (Rieger y Savin-Williams, 2012).

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

Poniendo en relación las variables orientación sexual, conformidad de rol y riesgo de suicidio en personas homosexuales y transgénero, se ha concluido que la única variable que predice el riesgo de suicidio es la presencia de rasgos de personalidad asociados al sexo opuesto, de hecho, la falta de conformidad con el rol de género explicaba un porcentaje de la varianza mayor que las estrategias de afrontamiento, que el apoyo de la pareja y que la orientación sexual (Fitzpatrick, Euton, Jones y Schmidt, 2005). Tampoco se encontró ningún efecto de la interacción orientación-rol, concluyendo por tanto que sólo la falta de tipificación sexual predice un elevado riesgo de suicidio. Resultados muy parecidos han obtenido Plöderl y Fartacek (2009) quienes aseguran que el riesgo para la salud mental reside en la falta de conformidad con el rol de género en la infancia, y en los estresores que afectan a las minorías durante la edad adulta, no en la orientación sexual.

La orientación sexual tampoco parece mediar la relación entre no conformidad con el rol de género y ansiedad. Lippa (2008), quien afirma que la conformidad con el rol de género es estable a lo largo del tiempo y que su medida en la infancia predice la orientación sexual (más en hombres que en mujeres pero también en éstas), ha constatado que las mujeres lesbianas presentan menor conformidad con el rol de género femenino, se definen a sí mismas como menos femeninas y prefieren ocupaciones típicamente masculinas. Los niveles de ansiedad son algo menores en lesbianas que en heterosexuales, sin que las diferencias sean significativas. Sin embargo, no ha encontrado que en las mujeres la falta de conformidad con su rol correlacione con la ansiedad (en hombres sí y fuertemente, sin que la relación esté mediada por la orientación sexual, aunque los homosexuales presenten mayor ansiedad, esta se debe a su menor tipificación sexual. La explicación que ofrece este autor está relacionada con el estigma social de los rasgos femeninos ya planteado en este capítulo).

En una investigación anterior, tratando de establecer las relaciones entre conformidad con el rol de género, orientación sexual, depresión y autoestima en hombres y mujeres irlandeses, se pudo concluir que la depresión y la autoestima no guardaban ningún tipo de relación con la orientación sexual, pero sí con la conformidad con el rol de género (Carlson y Baxter, 1984)

En mayor medida que la orientación sexual, la feminidad explica la varianza en los desórdenes alimentarios (Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999). Estas

CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN SEXUAL, CONFORMIDAD CON EL ROL DE GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL

investigadoras examinaron la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (insatisfacción con el cuerpo, acciones dirigidas a conseguir la delgadez, el mantenimiento de dietas, y otros síntomas bulímicos) asociada a la orientación sexual y a rasgos de personalidad considerados femeninos. Encontraron también, que son ciertos rasgos femeninos los que predicen la presencia de los síntomas descritos.

Cuando se pretenden investigar las relaciones entre orientación sexual, conformidad con el rol de género y salud, resulta difícil aislar las diferentes variables que afectan de manera diferenciada a lesbianas, bisexuales y heterosexuales, las cuales pueden mediar o modular las relaciones entre los tres constructos. Tal vez por este motivo existen pocas investigaciones que las analicen de manera conjunta. En los párrafos anteriores se han expuesto algunas de ellas. Ninguna se ha encontrado que utilice el modelo de conformidad con el rol de género femenino planteado por Mahalik et al. (2005), que se ocupe de las diferentes dimensiones de la feminidad poniendo en relación cada una de ellas con la orientación sexual y con diferentes indicadores de salud mental. De esto se ocupará la presente tesis.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1. Definición del problema y justificación de la investigación

A lo largo de la revisión teórica se ha justificado la importancia de realizar la investigación sobre mujeres: la salud exhibe ciertas disimilitudes en función del sexo; el género y la conformidad de rol median una buena parte de las mismas, y entre las investigaciones que tienen en cuenta este enfoque, existe un claro predominio de investigaciones centradas en hombres, y por tanto, mayor insuficiencia de investigaciones centradas en mujeres.

La conformidad con el rol de género femenino es un determinante psicosocial de la salud mental que ha sido sobre todo investigado desde modelos unidimensionales de masculinidad y feminidad, y en muchas menos ocasiones, desde el modelo de Mahalik (Mahalik et al., 2003; 2005) que es el único que comprende la multidimensionalidad de este constructo. Desde esta perspectiva se conocen tres patrones de feminidad arquetípicos vinculados a un mejor ajuste psicológico (Lyons, 2015), sin embargo, no se han realizado aún estudios que establezcan grupos empíricos descriptivos de la población, que puedan ser comparados con estos patrones paradigmáticos de conformidad con los roles de género, los cuales se manifiestan como factores de protección o de riesgo para la salud mental de las mujeres.

La orientación sexual también se ha relacionado con la salud mental, sin que haya podido constatarse que este constructo correlacione de manera directa con el bienestar psicológico, sino que más bien, las diferencias parecen deberse principalmente a otra serie de variables mediadoras de tipo social como son la estigmatización, la victimización, o la diferencia en cuanto a comportamientos de riesgo para la salud, así como hábitos de vida que afectan a la salud de las personas (Aparicio, 2013).

La orientación sexual y la feminidad están correlacionadas (Lippa, 2008; Peplau et al., 2008; Rieger et al., 2008; Samoa et al., 2006; Udry et al., 2006; Whitam et al., 1991; etc.) aunque esta relación sólo se ha investigado hasta la fecha desde modelos unidimensionales de conformidad de rol, los cuales no atienden a los distintos factores de la feminidad.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Por último, tan solo unas pocas investigaciones contemplan las tres variables (orientación sexual, feminidad y salud mental) a un tiempo, y ninguna de ellas teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la feminidad. De todo lo anterior se desprende que existe un amplio vacío científico en cuanto al estudio de la relación conjunta de la orientación sexual, del bienestar psicológico y de la conformidad con los roles de género femenino, entendiendo la multidimensionalidad de este último constructo.

4.2. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este trabajo es analizar las relaciones existentes entre orientación sexual, conformidad con los roles de género femenino y salud mental en mujeres, teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional de la feminidad.

Objetivo 1: Establecer los diferentes patrones de conformidad con el rol de género femenino presentes en la población española, y ver si dichos patrones están relacionados con la orientación sexual.

Hasta la fecha, se han logrado establecer una serie de perfiles arquetípicos de feminidad asociados a diferentes niveles de bienestar (Lyons, 2015). No obstante, no se ha publicado aún la representatividad de estos perfiles a nivel poblacional, es decir, no se conoce cómo están organizados estos patrones en la población mediante la obtención de grupos empíricos. Tampoco se han encontrado publicaciones que relacionen la conformidad con el rol de género femenino considerada desde el modelo de Mahalik (Mahalik et al., 2003; 2005) con la orientación sexual. El primer objetivo de la presente investigación es dar respuesta a estas cuestiones.

Hipótesis 1.1: Existen diferentes patrones de conformidad con el rol de género femenino presentes en la población española.

A pesar de que en este trabajo se entiende la feminidad como una construcción personal basada en la combinación de diferentes grados de aceptación de las ocho entidades del rol (Mahalik et al., 2005) y por tanto, se puede considerar que cada mujer tiene un perfil único de conformidad, no puede olvidarse que esta conformidad surge de un proceso de interiorización de unos estándares socialmente establecidos (Velasco, 2009), ni puede obviarse que la mayoría de las mujeres son femeninas, es decir, la tipificación es lo más

CAPÍTULO 4. MÉTODO

frecuente (Walters, 2004). Entonces, es de esperar que los resultados de estos procesos de aprendizaje social deriven en resultados más cercanos entre sí que distantes, y por ello se esperan obtener grupos empíricos de perfiles de feminidad.

Hipótesis 1.2: El patrón de feminidad está relacionado con la orientación sexual de la mujer.

Si la orientación sexual y la feminidad estudiada desde modelos unidimensionales son variables relacionadas (Lippa, 2008; Peplau et al., 2008; Rieger et al., 2008; Samoa et al., 2006; Udry et al., 2006; Whitam et al., 1991; etc.), y existe correlación entre los modelos unidimensionales y multidimensionales de conformidad (Mahalik et al., 2005; Parent et al., 2010), parece probable que del mismo modo, determinados patrones de conformidad se relacionen más con una u otra orientación sexual.

Objetivo 2: Establecer cuáles son los patrones de orientación sexual y conformidad con los roles de género femenino que predicen la salud mental de las mujeres.

Se han publicado estudios que avalan una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres lesbianas y bisexuales, que en mujeres heterosexuales (Case et al., 2004; Colledge et al., 2015; Diamant et al., 2003; Li et al., 2013; etc.). Esta investigación pretende esclarecer si este hecho puede ser en parte atribuible a la orientación sexual, a la conformidad con el rol de género, o a la interacción entre estas dos variables.

Hipótesis 2.1: La orientación sexual por sí sola, no predice ninguno de los indicadores de salud mental.

Hipótesis 2.2: La orientación sexual y el perfil de conformidad con los roles de género femeninos predicen la salud mental.

Hipótesis 2.3: El perfil de conformidad con el rol de género femenino predice por sí solo los niveles de ansiedad, depresión y autoestima.

La primera y tercera hipótesis de este objetivo se apoyan en la escasa evidencia previa: los resultados de algunas investigaciones arrojan que la orientación sexual no predice la salud mental mientras que la feminidad sí lo hace (Fitzpatrick et al., 2005; Plöderl et al., 2009; Carlson et al., 1984). Sin embargo, se ha observado que algunos síntomas de trastornos de conducta alimentaria pudieran estar asociados a la orientación sexual además de a la conformidad de rol (Lakkis et al., 1999), por lo que no está del todo

CAPÍTULO 4. MÉTODO

claro que no exista ningún tipo de interacción por parte de la orientación sexual en la relación entre la feminidad y la salud mental.

Objetivo 3: Explorar cuáles son las diferencias en salud mental que presentan las mujeres en función de su patrón de conformidad con el rol de género y/o orientación sexual.

Hipótesis 3.1: Existen diferencias significativas en salud entre los distintos grupos encontrados.

Puesto que no se conocen aún de manera empírica los patrones de feminidad y orientación sexual presentes en la población española, con este objetivo de naturaleza exploratoria se pretende abrir líneas de investigación y/o intervención más específicas sobre grupos más acotados de mujeres.

4.3. Participantes

La muestra está compuesta por 574 mujeres residentes en el territorio geográfico español, con edades comprendidas entre 18 y 41 años obteniendo una media de edad de 26.45 años (d.t.=6.32), y con una orientación bisexual, homosexual o heterosexual. El tamaño muestral se considera adecuado para poder obtener resultados significativos al realizar diversos análisis estadísticos (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009).

La composición de la muestra final en cuanto a orientación sexual se corresponde con un 56.27% de mujeres que informa tener una orientación heterosexual (N = 323), el 19.86% de participantes se identifican como lesbianas (N = 114), y el 23.87% señalan que son bisexuales (N=137).

En cuanto al detalle de las variables demográficas de la muestra final utilizada en el análisis, el 41.29% (N = 237) de las mujeres residen en la Comunidad de Madrid, el 13.59% (N = 78) en Cataluña, y el 8.71% (N = 50) en Andalucía. El resto de las participantes están distribuidas de una manera bastante homogénea en el resto de comunidades autónomas.

La nacionalidad de la mayor parte de la muestra es española (95.47%, N = 548), mientras que un porcentaje muy pequeño indicó ser de otro país (4.53%, N = 26).

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Atendiendo al estado civil, el 85.02% de las mujeres son solteras (N = 488), el 4.70% tienen pareja de hecho (N = 27), el 7.84% están casadas (N = 45), el 2.26% están separadas (N = 13) y el 0.17% son viudas (N = 1). No obstante y con independencia del estado civil, del total de la muestra, el 55.92% indica tener pareja estable actualmente (N = 321).

En lo referido al nivel de estudios alcanzado, el 59.93% (N = 344) de las participantes ha completado estudios universitarios, el 35.71% (N = 205) ha completado estudios de grado medio y el 4.36% (N = 25) estudios primarios.

Considerando la situación laboral, la muestra aparece prácticamente dividida en cuatro grupos; el 42.51% (N = 244) ha informado ser estudiante, y el 41.81% (N = 240) declara encontrarse activa. El 10.1% (N = 58) de las mujeres se encuentran en situación de desempleo, mientras que el 2.09% (N = 12) declara trabajar únicamente en las tareas domésticas. En cuanto al resto, sólo un porcentaje bajo de mujeres ha informado estar jubilada o ser pensionista (0.35%; N = 2), mientras que un 3.14% (N = 18) de las participantes declara encontrarse en otra situación distinta a las descritas previamente.

En la Tabla 1 se detalla la información sociodemográfica de la muestra.

Tabla 1

Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas

Variable	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	574	100%
Edad	18-19	53	9.23
	20-29	356	62.02
	30-39	145	25.26
	40-41	20	22.82
Lugar de residencia	Andalucía	50	8.71
	Aragón	7	1.22
	Asturias (Principado de)	22	3.83
	Baleares (Illes)	14	2.44
	Canarias	15	2.61
	Cantabria	13	2.26
	Castilla y León	24	4.18

CAPÍTULO 4. MÉTODO

	Castilla	17	2.96
	Cataluña	78	13.59
	Comunitat Valenciana	26	4.53
	Extremadura	13	2.26
	Galicia	21	3.66
	Madrid (Comunidad de)	237	41.29
	Murcia (Región de)	6	1.05
	Navarra (Comunidad Foral de)	6	1.05
	País Vasco	21	3.66
	Rioja (La)	4	0.70
Nacionalidad	Española	548	95.47
	Otra	26	4.53
Orientación sexual	Heterosexual	323	56.27
	Lesbiana	114	19.86
	Bisexual	137	23.87
Transexual/Transgénero	Ninguno	563	98.08
	Transexual	5	0.87
	Transgénero	6	1.05
Estado civil legal	Soltera	488	85.02
	Pareja de hecho	27	4.70
	Casada	45	7.84
	Separada o divorciada	13	2.26
	Viuda	1	0.17
Pareja estable no legal	Sí	321	55.92
	No	253	44.08
Situación laboral	Trabaja	240	41.81
	Trabaja sólo en las tareas de casa	12	2.09
	Parada	58	10.10
	Jubilada / Pensionista	2	0.35
	Estudiante	244	42.51
	Otro	18	3.14
Estudios	Estudios primarios	25	4.36
	Estudios medios	205	35.71
	Estudios universitarios acabados	344	59.93

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.4. Instrumentos

4.4.1. Cuestionario de datos demográficos

En primer lugar se han recabado una serie de datos de naturaleza personal y sociocultural: lugar de residencia; nacionalidad; sexo con el que se identifica la persona (varón, mujer u otro); edad; estado civil legal; situación de pareja; orientación sexual (heterosexual, lesbiana, bisexual u otro); situación laboral; nivel de estudios.

De los ítems antes referidos, son reseñables dos. A) El sexo con el que se identifica la persona permite seleccionar a las mujeres y descartar a las personas transexuales y transgénero las cuales no son objeto de esta investigación por diversas razones; se trata de minorías que requieren estudios específicos, y por tanto, tampoco son sujetos representativos de la población de mujeres, de modo que al excluirlos, aumenta la validez de la muestra. B) En el ítem orientación sexual se ha incluido la opción “otro”: de acuerdo con lo expuesto en el capítulo tres, la orientación sexual es muy compleja y comprende aparte de las tres tipologías tradicionalmente consideradas, otras muchas, las cuales también han sido excluidas de este trabajo por su escasa representatividad dentro de la población femenina (Klein, 1999). Este descarte permite asegurar que los sujetos de la muestra realmente tienen una identidad bisexual, heterosexual u homosexual, y no seleccionan una de estas tres categorías por no disponer de alternativa, cuando en realidad no se identifican del todo con ninguna de las tres identidades (Galupo, 2004).

4.4.2. Orientación sexual

Se ha obtenido la medida autoinformada de la orientación sexual según lo planteado en el párrafo anterior y de acuerdo con lo expuesto en el tercer capítulo. A pesar de que la orientación sexual es un constructo multidimensional que no sólo abarca la identidad con la que una persona identifica su sexualidad, sino también otros elementos relacionados con la atracción y el comportamiento sexual (Klein, 2014), no es objeto de esta tesis profundizar en esta materia, sino ponerla en relación con la conformidad con la feminidad y la salud. A estos efectos y dada la extensión del resto

CAPÍTULO 4. MÉTODO

de instrumentos aplicados, se ha considerado esta forma de evaluación de la orientación sexual como la más adecuada.

4.4.3. Cuestionario Tridimensional para la depresión (CTD; Jiménez-García y Miguel-Tobal, 2003)

El CTD es un instrumento diseñado con el objetivo de medir la depresión, entendida como respuesta emocional, tanto si ésta es normal como si es patológica. Evalúa la depresión en tres niveles diferentes, obteniendo tres puntuaciones referidas cada una, a uno de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Además incluye una escala que valora la tendencia suicida del sujeto. De las cuatro escalas se obtiene también una puntuación global que ofrece una medida de la gravedad de la depresión (Jiménez-García et al., 2003).

Según sus autores, se trata de un cuestionario sencillo y breve, compuesto de 34 ítem, de los cuales, 10 corresponden a la escala cognitiva, 10 a la fisiológica, siete a la motora y siete a la tendencia suicida.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario son adecuadas: la consistencia interna es elevada tanto en la escala global (alfa de Cronbach .96) como en cada una de las subescalas (alfa de Cronbach CTD-C: .92 ; CTD-F: .90 ; CTD-M: .88; CTD-S: .91) (Jiménez-García et al., 2003). También presenta estabilidad temporal (las correlaciones tras seis semanas en la medida global son de 0.85). Las correlaciones con otras escalas como el cuestionario para la depresión de Beck (BDI; Beck y Steer, 1993) son también elevadas, por lo que el CTD posee también una buena validez convergente, y así mismo, discrimina a los sujetos de las poblaciones clínica y normal. La estructura de tres factores se corresponde con el modelo de los tres sistemas de respuesta por lo que los autores concluyen que presenta una buena validez de constructo (Jiménez-García et al., 2003). En la muestra de esta investigación la fiabilidad global es alfa de Cronbach .96 y la de cada una de las subescalas: alfa de Cronbach CTD-C: .93 ; CTD-F: .90 ; CTD-M: .85; CTD-S: .88

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.4.4. Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptación española

La EAR (Rosenberg, 1965, la Escala de Autoestima de Rosenberg en su adaptación española de Echeburúa, 1995). Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de algunos ítems y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40, siendo las puntuaciones bajas indicadoras de alta autoestima. En la muestra de esta investigación la fiabilidad es alfa de Chronbach: .89.

4.4.5. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 2002)

Incluye situaciones y respuestas (S-R) que permiten valorar la reactividad en los tres sistemas de respuesta (ansiedad cognitiva, fisiológica y motora), el rasgo general de ansiedad y cuatro áreas situacionales diferentes (o rasgos específicos): evaluación, interpersonal, fóbica y en la vida cotidiana. Las propiedades psicométricas del ISRA indican una consistencia interna de .99 y una fiabilidad test-retest de .81 para el total de la prueba. En este estudio, la fiabilidad para los componentes cognitivo, fisiológico, motor y total, calculados con el coeficiente alfa de Cronbach fueron alfa: .874; alfa: .920; alfa: .921; alfa: .957, respectivamente. En la muestra de esta investigación la fiabilidad es alfa de Chronbach global .94; y para cada uno de los componentes cognitivo, fisiológico y motor respectivamente: alfa de Chronbach: .9; alfa de Chronbach: .87; alfa de Chronbach: .82.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.4.6. Conformidad con las normas de género femeninas (CFNI-40)

Se utilizará una versión breve del instrumento original de Mahalik y colaboradores (2005), basado en la adaptación de Parent y Moradi (2011) y en la adaptación española de Sánchez-López, Cuéllar Flores, Dresch y Aparicio García (2009). Es un instrumento que tiene 40 ítems evaluados mediante una escala Likert de 4 puntos que van desde 0 (Totalmente en Desacuerdo) a 3 (Totalmente de Acuerdo), y agrupados en 8 factores: Apariencia, Cuidado de Niños/as, Doméstica, Modestia, Agradable en las relaciones, Romántica, Fidelidad Sexual y Delgadez. Los datos de fiabilidad del cuestionario indican valores de alfa de Cronbach de entre .68 de la escala Dulce y Agradable y .89 de Cuidado de Niños/as (Parent & Moradi, 2010). Se ha probado su validez de constructo con correlaciones con cuestionarios que miden aspectos similares y discriminante con otros cuestionarios mostrando baja deseabilidad social (Parent & Moradi, 2011).¹ En la muestra de esta investigación la fiabilidad global es alfa de Chronbach .77; y para cada una de las subescalas: Apariencia-alfa .65; Cuidado de niños/as-alfa .92; Doméstica-alfa .81; Modestia-alfa .58; Romántica-alfa .73; Agradable en las relaciones-alfa .44; Filelidad sexual-alfa .73; Delgadez-alfa .84.

4.5. Procedimiento

A partir de un muestreo no probabilístico bola de nieve (Martinez y Chacón, 2009) se llevó a cabo la recogida de datos mediante la plataforma online Google Docs. Esta aplicación protege los datos mediante el encriptado SSL (secure sockets layers), proporcionando un intercambio seguro de información entre las participantes y el servidor. El cuestionario fue divulgado a través de diversos medios a particulares, organismos e instituciones, con el fin de conseguir mayor participación, y que la difusión del cuestionario entre el colectivo LGTB la la participación en la investigación no partiera sólo de las asociaciones. La descripción de la encuesta y su link se difundieron en las redes sociales Facebook y Twitter, y la invitación para participar en la encuesta se hizo llegar a través de correo electrónico. De esta manera se logró

¹ En adelante, se utilizará el término “feminidad” para hacer referencia de manera indistinta al constructo de Conformidad con las normas de género femeninas utilizado en esta investigación.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

incrementar la propagación del cuestionario, gracias al reenvío en cadena del enlace para participar.

El estudio se presentaba como una investigación sobre la salud de las mujeres, sin vincular esta variable a la orientación sexual; la medida de la orientación sexual, como ya se ha expuesto, se toma a través de un solo reactivo incluido dentro del cuestionario de datos sociodemográficos. Con esto se pretende de evitar una posible reactividad de la muestra a la evaluación, salvando así este tipo de amenazas a la validez.

Respondieron un total de 742 mujeres las cuales han participado de forma anónima en esta investigación. Se han tenido en cuenta tres criterios de exclusión del análisis de datos: 1) las participantes que suponían casos atípicos o *outliers* en la variable edad con el fin de garantizar que no se dan diferencias en salud mental ocasionadas por esta variable (112 mujeres), y 2) las mujeres cuya orientación sexual quedaba fuera de las tres tipologías que aparecen con mayor frecuencia en la población española (heterosexual, homosexual y bisexual) así como en las mujeres participantes en este estudio (56 mujeres).

Este criterio de exclusión, tal y como se ha justificado en el capítulo tercero, responde a dos cuestiones metodológicas; por un lado, a la enorme dificultad que entraña categorizar este constructo tan subjetivo y lleno de matices que deriva en “sexualidades periféricas” (Fonseca y Quintero, 2009) y que en este trabajo no es posible abarcar. Por otra parte, se debe tener también en cuenta la escasa representatividad estadística de las orientaciones menos frecuentes dentro de la muestra inicial, por tanto, su no exclusión supondría una amenaza a la validez externa. En concreto, menos del 1% de las participantes intentadas indicó ser transexual (N = 5), mientras que el 1.05% especificó que no se identificaba con ningún género, es decir, se definía transgénero (N = 6).

La invitación al estudio (Anexo I) constaba de una descripción del objetivo principal de la investigación, de un enlace al cuestionario online en la plataforma de Google Docs y de los contactos a través de los cuales las participantes podrían enviar preguntas, comentarios y pedir información acerca de los resultados de la investigación.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Una vez abierto el enlace de Google Docs, cada persona era redirigida a la primera página del cuestionario en la cual se presenta el consentimiento informado (Anexo II). Este consentimiento consta de dos apartados; en el primero, se plantean los derechos adquiridos por participar en investigación, y en el segundo, se pide explícitamente el consentimiento para participar en dicho estudio. Aquellos sujetos que no consentían la participación en el cuestionario, era redirigidos automáticamente a una página de agradecimiento. Por el contrario, aquellas mujeres que aceptaban formar parte de la investigación, eran dirigidas a un cuestionario sociodemográfico, en el que se pedía información acerca de la comunidad autónoma de España de residencia, la nacionalidad, el sexo biológico, el género con el que se identificaban (incluyendo transexualidad y transgénero), la edad, el estado civil legal, la tenencia o no de una pareja estable, la orientación sexual, la situación laboral y el nivel de estudios.

Aquellos caso en los que un participante seleccionaba la categoría de varón dentro de la variable sexo biológico, eran redirigidos a una página de agradecimiento, en la que además se especificaba que en esta investigación se estaban recogiendo únicamente datos de mujeres.

Tras la recogida de los datos sociodemográficos, se presentaban en este orden, el Cuestionario Tridimensional de Depresión (CTD), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAS), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad versión breve (ISRA), y el Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas (CFNI-40) (Anexo III). El cuestionario se diseñó de tal manera que, para seguir avanzando en el mismo, era necesario responder a todas las preguntas de la página en la que se encontrara la participante. Después de cumplimentar todos los ítems, las participantes fueron redirigidas a una página de finalización del cuestionario en la que se les informaba de que su respuesta había sido registrada y se les agradecía su participación (Anexo IV).

4.6. Análisis de datos

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.6.1. Formación de conglomerados de patrones de conformidad con el rol de género femenino, y relación estos de patrones con la orientación sexual

Para corroborar la hipótesis 1.1 y establecer la existencia de patrones de conformidad con el rol de género femenino en la población española, se ha utilizado el análisis de conglomerados (cluster). Mediante esta técnica se logra la formación de grupos cuyas participantes presentan una alta homogeneidad entre ellas atendiendo al conjunto de variables de interés establecido (Verna, 2013), en este caso, puntuaciones parecidas en las distintas subescalas de conformidad con las normas de género femeninas (CFNI; Mahalik et al, 2005). Mediante el análisis cluster, además de la máxima homogeneidad intra-grupo, se obtiene la mayor diferencia entre los diferentes conjuntos.

Como medida de asociación se ha utilizado el método de Ward o de varianza mínima (Ward, 1963), el cual funciona aglomerando aquellos casos que son más parecidos en las variables de interés. Este procedimiento se basa en el cálculo de la distancia euclídea entre cada individuo y la media en cada una de las variables de interés. Los grupos se van formando de tal manera que la distancia entre sus individuos sea mínima.

En cuanto a la técnica cluster, puesto que no hay conocimiento teórico que ofrezca información acerca de cómo deberían formarse los grupos, es decir, los conglomerados que pueden obtenerse atendiendo a la versión del CFNI-40, resulta adecuado el análisis de conglomerados jerárquico (Borgen y Barnett, 1987; Forsyth, 2010). Mediante este método, cada uno de los grupos resultante se corresponde con cada uno de los patrones de conformidad con el rol de género femenino presente en la población objeto de estudio. Para este análisis se han utilizado las puntuaciones estandarizadas de cada una de las subescalas del CFNI-40.

Para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos patrones de conformidad hallados (los cuales se corresponden con los conglomerados obtenidos), se han llevado a cabo una serie de análisis de la varianza (ANOVAs). A estos efectos, en todos estos ANOVAs ha utilizado la puntuación estandarizada de cada una de las subescalas del CFNI-40 como variable dependiente y el patrón de conformidad con el rol de género femenino como factor o variable

CAPÍTULO 4. MÉTODO

independiente. Las puntuaciones que se utilizan en estos análisis están estandarizadas puesto que la subescala Modestia del CFNI-40 tiene un número de ítems menor que el resto de subescalas.

Para cuantificar el tamaño de los efectos encontrados, se ha utilizado la medida de eta cuadrado parcial (η_p^2). Atendiendo al criterio establecido por Cohen (1988), valores de 0.01, 0.06 y 0.14 indican respectivamente efectos de tamaño pequeño, medio y grande.

La correlación entre los distintos patrones de conformidad con los roles de género femenino obtenidos y la orientación sexual (hipótesis 1.2) se ha corroborado mediante la prueba de independencia chi cuadrado de Pearson, mediante la cual se contrasta la hipótesis de independencia frente a la hipótesis alternativa de que una variable varía su distribución en función de la otra (Martínez y Chacón, 2011).

4.6.2. Patrones de orientación sexual y conformidad con el rol de género femenino como predictores de la salud mental.

Con el objeto de evaluar si la orientación sexual y/o el de perfil de conformidad con el rol de género femenino predicen la puntuación de las variables de salud mental (depresión, ansiedad y autoestima), se han llevado a cabo una serie de regresiones lineales.

Para comprobar la hipótesis 2.1 se realizó para cada una de las variables de salud mental una regresión lineal múltiple en la que la variable criterio es la puntuación obtenida en la escala de salud mental y la variable predictora es la orientación sexual.

Para las hipótesis 2.2 y 2.3 se realizaron de nuevo para todas las variables de salud mental regresiones lineales múltiples tomando como variable criterio la puntuación en las escalas de salud mental y como variables predictoras la orientación sexual y el patrón de conformidad con el rol de género femenino.

4.6.3. Diferencias en salud mental en función del perfil de conformidad con el rol de género femenino.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Por último, las diferencias en salud mental en los distintos patrones de conformidad encontrados, se han llevado mediante análisis de la varianza (ANOVAs) en cada uno de los cuales ha sido utilizada la correspondiente variable de salud mental (depresión, ansiedad o autoestima) como variable dependiente y el perfil de conformidad como factor o variable independiente. De nuevo, para cuantificar el tamaño de los efectos encontrados, se utilizó la medida de eta cuadrado parcial (η_p^2).

Para realizar los análisis antes expuestos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS en su versión 21.0 (IBM Corporation, 2012).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1. Patrones de Conformidad con el rol de género femenino y su relación con la Orientación sexual (Objetivo 1)

Este apartado da respuesta al primer objetivo de esta investigación: en primer lugar, establecer los diferentes patrones de conformidad con el rol de género femenino presentes en la población española, y en segundo lugar, ver si dichos patrones están relacionados con la orientación sexual.

5.1.1. Patrones de Conformidad con el rol de género femenino (Hipótesis 1.1)

Para ello se ha llevado a cabo un análisis de conglomerados utilizando las puntuaciones estandarizadas en cada una de las subescalas del CFNI-40. Al observar el historial de aglomeración, pudo apreciarse un cambio notable en el valor de los coeficientes al formarse los conglomerados tercero y cuarto, lo cual indicaba que de haber agrupado los casos únicamente en tres perfiles, la variabilidad intra-grupo habría resultado excesivamente elevada en el patrón número tres, motivo por el que se decidió que la solución de cuatro conglomerados era la que más se ajustaba a los resultados, y por tanto, fue la opción seleccionada.

Para corroborar que las diferencias entre los cuatro patrones seleccionados (grupos o clusters) son significativas se han llevado a cabo una serie de análisis de la varianza (ANOVAs) utilizando la puntuación de cada una de las subescalas del CFNI-40 como variable dependiente y el patrón de conformidad con el rol de género femenino como factor (tabla 2). Los resultados muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) en cada una de las subescalas del CFNI-40 para los patrones obtenidos previamente en el análisis de conglomerados (tabla 3).

Teniendo en cuenta el valor de eta cuadrado parcial (η_p^2), el patrón tuvo un tamaño del efecto grande prácticamente en todas las subescalas del CFNI-40, a excepción de las subescalas de Modestia y Agradable en las relaciones ($\eta_p^2 = 0.13$ y $\eta_p^2 = 0.12$, respectivamente).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla 2

Tamaños del efecto en cada ANOVA univariante para cada subescala del CFNI-40

Subescala	F	η_p^2
Apariencia	70.21*	.270
Cuidado de niños/as	49.40*	.206
Doméstica	31.12*	.141
Modestia	27.07*	.125
Agradable en las relaciones	25.23*	.117
Fidelidad	154.77*	.449
Delgadez	56.61*	.230
Romántica	43.21*	.185

Nota. * $p < 0.001$

A través de este análisis se verifica que las diferencias entre los distintos grupos o clusters son significativas. Dichos patrones de conformidad con el rol de género femenino cuyas descripciones han sido elaboradas a partir de la puntuación obtenida por cada grupo en cada una de las subescalas, serán expuestos a continuación (ver Figura 1).

En la Tabla 3 se recogen la media y la desviación típica en las ocho subescalas del CFNI-40 para cada uno de los cuatro patrones o perfiles encontrados (cuanto más se aproximan las puntuaciones a una media igual a 1 y a una desviación típica igual a 0, mayor es su proximidad a los valores muestrales dentro de cada subescala y grupo). Tal y como ya se ha justificado, las puntuaciones se presentan estandarizadas.

5.1.1.1. Perfil 1

Este patrón agrupa 189 mujeres que presentan puntuaciones por encima de la media en todas las subescalas del CFNI-40 excepto en la escala de fidelidad cuyos valores se encuentran en la media (ver tabla 3). Este grupo destaca por presentar las puntuaciones más elevadas en las subescalas de Apariencia y Delgadez. Se trata por tanto de un perfil de mujer que se caracteriza en cuanto a feminidad por tener una elevada preocupación por el cuidado de la apariencia física y por la persecución de una ideal delgadez.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Puede resumirse, por tanto, que las mujeres incluidas en este grupo presentan con carácter general una elevada conformidad con las normas de género femeninas, y están sobre todo orientadas al cuidado de su apariencia física y al mantenimiento de un cuerpo delgado. Por este motivo, y para facilitar la lectura, a este patrón se le denominará a partir de este momento como “Perfil Apariencia-Delgadez”.

5.1.1.2. Perfil 2

Se trata de un perfil que agrupa a 77 mujeres con puntuaciones próximas a la media en los factores relacionados con el cuidado del propio aspecto físico y con la búsqueda de la delgadez ideal, su inversión en el cuidado de las relaciones con los demás se halla por debajo de la media, y en Fiel, Doméstica, Romántica y Modestia presenta elevadas puntuaciones.

Este estilo de feminidad puede describirse como el de una mujer volcada en su familia, que prioriza ante todo la relación con su pareja (ya que presenta las puntuaciones más elevadas en Fidelidad sexual y Romántica), para la cual es muy importante mantener un hogar ordenado y agradable, por lo que se centra mucho en las tareas domésticas y de una manera importante también pero no tan preferente, en el cuidado de los hijos. Además, este patrón de mujer encuentra en la modestia una virtud. De manera contraria al énfasis en el cuidado de familia nuclear, descuida algo las relaciones con las personas de su entorno menos íntimo (pues presenta baja conformidad con el factor relacionado con el cuidado de las relaciones).

Este patrón será denominado en adelante “Perfil Tradicional”

5.1.1.3. Perfil 3

Este cluster agrupa a 225 mujeres que si bien pueden considerarse algo modestas, presentan baja conformidad con las otras siete subescalas; en especial, son las mujeres que menos importancia dan a su apariencia física, las que menos interés presentan en cuidar las relaciones con los demás así como en mantener una relación romántica. Al contrario de lo que ocurre con el resto de perfiles, a las mujeres que se

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

encuentran en este grupo no le gusta cuidar niños/as ni invertir esfuerzo en realizar las tareas domésticas.

Se trata del tipo de mujer considerada socialmente como poco femenina, siendo el grupo menos conforme con las normas de género femeninas.

A este perfil será denominado de aquí en adelante como “Perfil No conforme”

5.1.1.4. Perfil 4

Este grupo incluye 83 mujeres que presentan alta conformidad con una serie de roles femeninos a la par que baja conformidad con otros; es el patrón más heterogéneo entre las distintas subescalas (no en lo referido a la composición de la muestra).

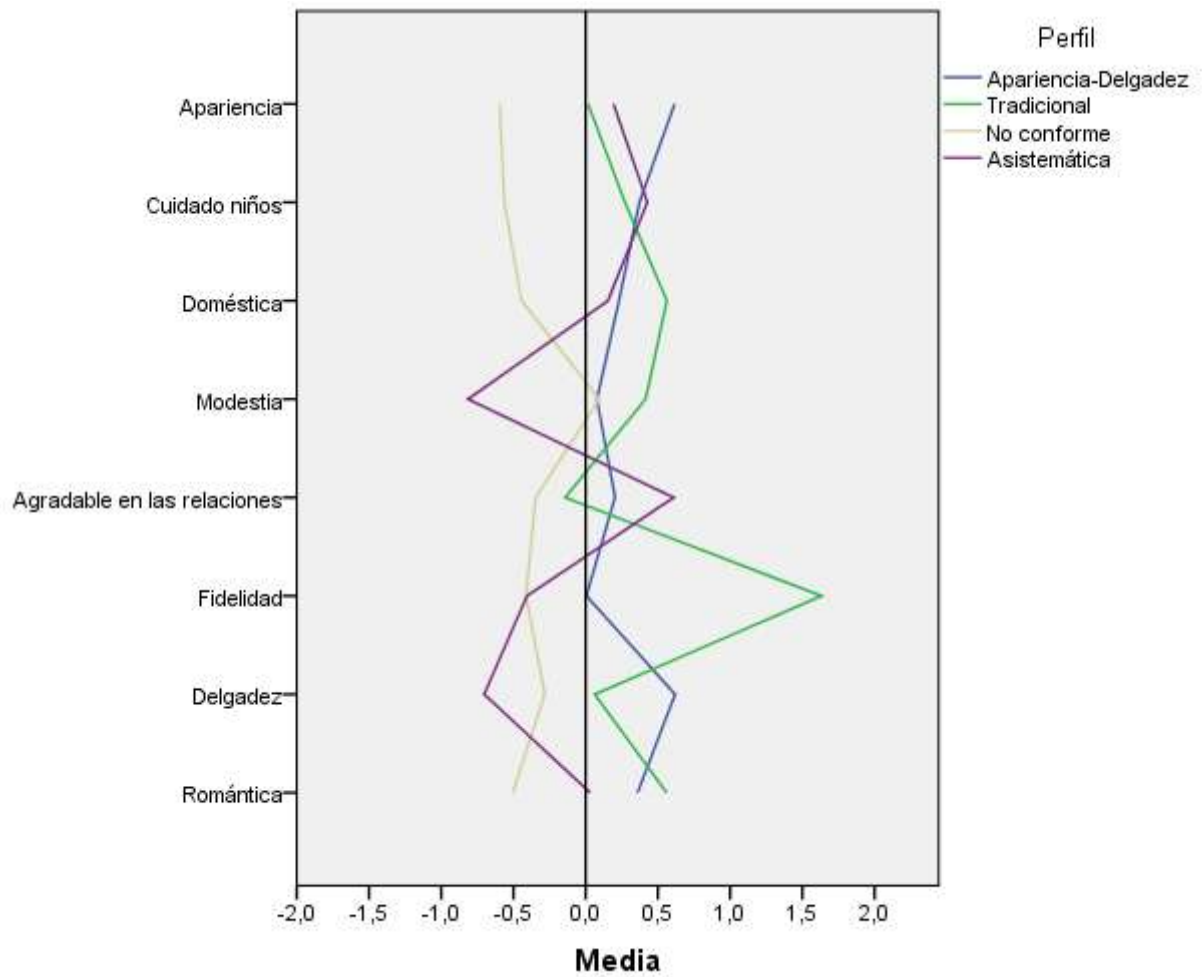
Se trata del único perfil de mujer que presenta baja conformidad con la escala de modestia. Su conformidad con el factor de búsqueda de la delgadez ideal es el más bajo de todos los clusters. Son mujeres que otorgan poca importancia al hecho de tener pareja estable para mantener relaciones sexuales en comparación con la media, tomando el mismo valor en esta subescala que el grupo de mujeres no conforme con el rol de femenino, sin embargo, la importancia que concede este patrón a tener una relación romántica está algo por encima de la media.

Este prototipo es el que más énfasis pone en el cuidado de las relaciones con los demás, así como en el cuidado de niños. Puede decirse también, que se trata de una mujer que cuida su imagen física.

A este patrón se le denominará de aquí en adelante “Perfil Asistemático”

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Figura 1. Perfiles de conformidad con el rol de género femenino en función de puntuaciones en las subescalas del CFNI-40.



CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla 3

Media y desviación típica de cada patrón de conformidad con el rol de género femenino en cada una de las subescalas del CFNI-40

		Perfil			
		Apariencia- Delgadez (189)	Tradicional (77)	No conforme (225)	Asistemática (83)
Apariencia	Media	.62	.02	-.59	.19
	DT	.84	.88	.88	.81
Cuidado de niños/as	Media	.37	.27	-.56	.43
	DT	.87	.81	.97	.79
Doméstica	Media	.23	.56	-.44	.15
	DT	.89	.99	.99	.78
Modestia	Media	.08	.42	.09	-.81
	DT	.89	1.03	1.02	.70
Agradable en las relaciones	Media	.20	-.14	-.35	.61
	DT	.88	1.10	.98	.81
Fidelidad sexual	Media	.00	1.63	-.41	-.41
	DT	.76	.98	.68	.60
Delgadez	Media	.62	.06	-.28	-.70
	DT	.77	1.10	.94	.68
Romántica	Media	.36	.56	-.51	.03
	DT	.85	.77	1.01	.83

5.1.2. Patrones de feminidad y Orientación sexual (Hipótesis 1.2)

Para abordar la segunda parte de este objetivo, esto es, la relación de dependencia entre los patrones de conformidad con el rol de género femenino encontrados y la orientación sexual, se ha analizado la distribución conjunta de ambas

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

variables. La tabla de contingencias (Tabla 4) muestra cómo se disponen las participantes atendiendo a ambos factores de manera conjunta.

En dicha tabla, puede advertirse un claro predominio de los perfiles Apariencia-Delgadez y No Conforme, en toda la muestra, es decir, esta preponderancia de perfiles se presenta en los grupos de mujeres bisexuales, lesbianas y heterosexuales.

Por otro lado, al analizar estos datos de manera inversa, aparece que el predominio de mujeres heterosexuales es mayor en ambos patrones (Apariencia-Delgadez y No conforme), esto es principalmente debido al hecho de que la muestra tiene una distribución heterogénea en cuanto al tamaño de cada submuestra y más de la mitad del total de mujeres (el 56,27%) son heterosexuales.

Tabla 4

Tabla de contingencias de Orientación sexual por Perfil de Conformidad (porcentajes totales)

Orientación sexual	Perfil				Total
	Apariencia-Delgadez	Tradicional	No Conforme	Conformidad Asistemática	
	(189)	(77)	(225)	(83)	
Heterosexual	21.43% (123)	8.89% (51)	17.25% (99)	8.71% (50)	56.27% (323)
Lesbiana	5.05% (29)	2.61% (15)	9.58% (55)	2.61% (15)	19.86% (114)
Bisexual	6.45% (37)	1.92% (11)	12.37% (71)	3.14% (18)	23.87% (137)
Total	32.93% (189)	13.41% (77)	39.2% (225)	14.46% (83)	100% (574)

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Puede observarse también, que aunque ambos patrones (Apariencia-Delgadez y No conforme) predominan en toda la muestra, en el grupo de mujeres heterosexuales predomina más el patrón Apariencia-Delgadez, mientras que en los grupos de mujeres lesbianas y bisexuales el perfil de mayor frecuencia es el No Conforme.

Para probar que existe correlación entre la Orientación sexual y el Patrón de conformidad con el rol femenino (hipótesis 1.2), se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para evaluar la hipótesis de independencia entre las dos variables. El valor obtenido para el estadístico chi-cuadrado (χ^2) es de 24.84 con 6 grados de libertad (g.l.) y tiene asociado un nivel de significación menor que 0.05, por tanto, se puede rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables orientación sexual y perfil de conformidad con el rol de género femenino están relacionadas. Para cuantificar el grado de asociación entre ambas variables se obtuvo el coeficiente V de Cramèr (1946), el cual toma un valor de 0.15. No obstante, este valor no se puede contrastar porque no se han encontrado hasta la fecha otros estudios que informen de la relación entre las variables orientación sexual y conformidad de rol según el modelo de Mahalik (2005).

La distribución de los patrones de conformidad con el rol de género femenino en función de la orientación sexual se muestra en la Tabla 5. En ella se hace notoria la relación de dependencia entre ambas variables, aunque la metodología no permita establecer relaciones causa-efecto.

Tabla 5

Tabla de contingencias de Orientación sexual por Perfil (porcentajes por fila)

Orientación sexual	Perfil				Total
	Apariencia-Delgadez	Tradicional	No conforme	Asistemática	
Heterosexual	38.08% (123)	15.79% (51)	30.65% (99)	15.48% (50)	100% (323)
Lesbiana	25.44% (29)	13.16% (15)	48.25% (55)	13.16% (15)	100% (114)

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Bisexual	27.01% (37)	8.03% (11)	51.82% (71)	13.14% (18)	100% (137)
Total	32.93% (189)	13.41% (77)	39.20% (225)	14.46% (83)	100% (574)

De esta forma, si se observa la frecuencia de los patrones dentro de cada grupo organizado en función de la orientación sexual, puede verse que en el caso de las mujeres heterosexuales, un número elevadísimo (el 38.08%) tiene un perfil de alta conformidad orientado al cuidado de la Apariencia física y a la persecución de la Delgadez ideal, si bien es cierto que un número también representativo de las mujeres de este grupo (el 30.65%) se adhiere a un modelo de feminidad caracterizado por la No Conformidad de roles. El resto de las componentes de este conjunto se distribuye de manera homogénea; el 15,79% tienen un perfil de Tradicional (alta conformidad en Fiel, Doméstica, Romántica y Modestia), y el 15,48% se encuentran dentro del perfil Asistemático.

En los grupos de mujeres bisexuales y lesbianas, el patrón que aparece con mayor frecuencia es el No Conforme, rondando casi la mitad de la muestra en ambos casos; el 48,25% de las mujeres lesbianas y el 51,82% de las mujeres bisexuales se alejan de los roles de feminidad socialmente establecidos.

No obstante en ambos casos (bisexuales y lesbianas), la otra mitad del grupo sí se identifica con muchas de las normas socialmente establecidas. El 38,60% de las mujeres homosexuales presenta alta conformidad repartida entre los patrones Apariencia-Delgadez y Tradicional con predominio del primero. Algo similar ocurre en el conjunto de mujeres bisexuales; el 35,04% presenta alta conformidad de roles, resultando una distribución análoga a la de la muestra de orientación lesbiana en los perfiles Apariencia-Delgadez y Tradicional. El perfil Asistemático tiene una representación parecida en estos dos grupos, presentándose en el 13,16% de las mujeres lesbianas y en el 13,14% de las bisexuales. Recuérdese que este patrón está caracterizado por .la alta conformidad en unos factores y la baja conformidad en otros.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Por último, en cuanto a la representatividad de los patrones en los grupos en función de la orientación sexual, como ya se ha expuesto, las mujeres heterosexuales son principalmente conformes con el patrón Apariencia-Delgadez; el perfil No conforme aparece con mayor frecuencia en los grupos de mujeres lesbianas y bisexuales; los perfiles Tradicional y Asistemático tienen un porcentaje de frecuencia parecido tanto en el grupo de mujeres lesbianas como en el de heterosexuales. Sin embargo, el 13,14% de las mujeres bisexuales son de patrón Asistemático mientras que sólo un 8,03% son Tradicionales.

5.2. Patrones de Orientación sexual y Conformidad con los roles de género femenino que predicen la salud mental de las mujeres (Objetivo 2)

5.2.1. Evaluación de la Orientación sexual como predictor de salud mental (Hipótesis 2.1)

Para determinar si la orientación sexual ayuda o no a comprender las puntuaciones obtenidas en la medida de las tres variables de salud mental analizadas, se han llevado a cabo los correspondientes análisis de regresión lineal. Puesto que la variable Orientación sexual tiene en esta investigación tres categorías (heterosexual, lesbiana y bisexual), se han generado dos variables dicotómicas (heterosexual y lesbiana) que informan sobre los tres posibles tipos de orientación sexual de las participantes (1 = Sí; 0 = otro No). De esta forma, en cada uno de los análisis de regresión se utilizó la puntuación en el correspondiente indicador de salud mental (Depresión, Ansiedad y Autoestima) como variable criterio, y como variables predictoras las variables dicotómicas que recogían la información correspondiente a la orientación sexual de las participantes. A continuación se detallan los resultados obtenidos para cada una de las variables dependientes o criterio.

Depresión. En esta variable, evaluada mediante el CTD, la correlación múltiple (R) toma un valor de 0.069 (Tabla 6), el cual no es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 1.356; p = 0.264$). Esto indica que las variables de orientación sexual no ayudan a explicar el comportamiento de la variable Depresión. Atendiendo a la

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

significación de los coeficientes de regresión tipificados (CRT) puede observarse que las variables Heterosexual y Homosexual tienen asociados pesos muy próximos a cero ($p = 0.426$ y $p = 0.102$, respectivamente).

Ansiedad. En el caso de esta variable, evaluada mediante el ISRA, R toma un valor de 0.068 (Tabla 6), el cual indica que no existe relación lineal significativa entre las variables de orientación sexual y ansiedad ($F_{2,571} = 1.336$; $p = 0.254$). Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión tipificados, se observa que las variables lesbiana y heterosexual tienen asociados pesos muy próximos a cero ($p = 0.329$ y $p = 0.103$, respectivamente).

Autoestima. En cuanto al análisis de regresión de la orientación sexual y la Autoestima, evaluada mediante la EAR, la correlación múltiple toma un valor de 0.055 (Tabla 6), lo cual indica que no existe relación lineal significativa entre ambas variables ($F_{2,571} = 0.853$; $p = 0.427$). Por tanto, la orientación sexual no ayuda a explicar el comportamiento de la autoestima puesto que no existe relación entre dichas variables. La significación de los coeficientes de regresión tipificados permite observar que las variables heterosexual y lesbiana tienen asociados pesos muy próximos a cero ($p = 0.196$ y $p = 0.553$, respectivamente).

Tabla 6

Correlación múltiple, significación y coeficientes de regresión tipificados de los análisis de regresión: evaluación de la orientación sexual como variable predictora de los indicadores de salud mental

Variable criterio	Regresión		Variables predictoras	
	R	p	Heterosexual	Lesbiana
Depresión	.069	.258	CRT= -.04, $p = 0.426$	CRT= -.083, $p = 0.102$
Ansiedad	.068	.264	CRT= -.049, $p = 0.329$	CRT= -.083, $p = 0.103$
Autoestima	.055	.427	CRT= -.066, $p = 0.196$	CRT= -0.03. $p = 0.553$

Nota. R = correlación múltiple; F = Estadístico F de Snedecor; p = Nivel de significación; CRT = Coeficiente de Regresión Tipificado.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.2.2. Evaluación de la Orientación sexual y del Perfil de feminidad como predictores de salud mental (Hipótesis 2.2)

Dado que según los resultados de esta investigación, la orientación sexual no permite explicar por sí sola la puntuación de las participantes en las tres variables de salud mental, se han llevado a cabo los pertinentes análisis de regresión lineal múltiple tomando como variable criterio la puntuación en las escalas de Salud mental y como variables predictoras la Orientación sexual y el Patrón de conformidad con el rol de género femenino.

Puesto que la variable Perfil tiene cuatro categorías (las cuales se corresponden con cada uno de los patrones encontrados previamente), se han generado tres variables dicotómicas que recogen la información sobre los distintos perfiles de conformidad (1 = Sí; 0 = No). De esta forma, en cada uno de los análisis se ha utilizado la correspondiente medida de salud mental (Depresión, Ansiedad y Autoestima) como variable criterio, y como variables predictoras las variables dicotómicas que recogían la información correspondiente a los Perfiles de conformidad y a la Orientación sexual.

Depresión. En el caso de la variable Depresión, la correlación múltiple (R) toma un valor de 0.263 (Tabla 7) el cual es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 8.458; p < 0.001$). Esto indica que las variables de Perfil de conformidad ayudan a explicar las puntuaciones en Depresión. Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión tipificados, puede observarse que las variables Perfil (1), Perfil (2) y Perfil (3), presentan coeficientes distintos de cero ($p < 0.001$ en todos los casos) y por ello, contribuyen significativamente al ajuste del modelo de regresión. Sin embargo, las variables Heterosexual y Lesbiana tienen asociados pesos muy próximos a cero ($p = 0.419$ y $p = 0.079$, respectivamente) y por tanto, pueden ser excluidas de la ecuación de regresión sin que se produzca una pérdida de ajuste del modelo.

Ansiedad. En el caso de la variable Ansiedad, R toma un valor de 0.238 (Tabla 7) el cual es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 6.793; p < 0.001$). Esto indica que las variables de Perfil de conformidad ayudan a explicar las puntuaciones en Ansiedad de las participantes. Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión tipificados, puede observarse que las variables Perfil (1), Perfil (2) y Perfil (3), presentan coeficientes distintos de cero ($p < 0.001$ en todos los casos) y por tanto, contribuyen significativamente al ajuste del modelo de regresión. Sin embargo, las

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

variables Heterosexual y Lesbiana tienen asociados pesos muy próximos a cero ($p = 0.268$ y $p = 0.081$, respectivamente), por lo que pueden ser excluidas de la ecuación de regresión sin que haya pérdida de ajuste.

Autoestima. En el caso de la variable Autoestima, R toma un valor de 0.252 (Tabla 7), el cual es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 7.69; p < 0.001$). Esto indica que las variables de perfil ayudan a explicar las puntuaciones en autoestima de las participantes. Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión tipificados, puede observarse que las variables Perfil (1), Perfil (2) y Perfil (3), presentan coeficientes distintos de cero ($p < 0.001$ en todos los casos), lo que indica que contribuyen significativamente al ajuste del modelo de regresión. Sin embargo, las variables Heterosexual y Lesbiana tienen asociados pesos muy próximos a cero ($p = 0.121$ y $p = 0.461$, respectivamente), y por tanto, pueden ser excluidas de la ecuación de regresión sin que haya pérdida de ajuste.

5.2.3. El Patrón de conformidad con el rol de género femenino como predictor de Salud mental (Hipótesis 2.3)

Debido a que en los análisis llevados a cabo previamente, las variables de orientación sexual no parecen contribuir a la hora de explicar las puntuaciones en salud mental, a continuación se presentan las correspondientes ecuaciones de regresión resultantes tras eliminar dichas variables:

$$\text{Depresión} = 53.542 + 17.833 (\text{Perfil1}) + 21.549(\text{Perfil2}) + 17.244(\text{Perfil3}) \quad (1)$$

$$\text{Ansiedad} = 42.880 + 11.655 (\text{Perfil1}) + 13.952(\text{Perfil2}) + 10.245(\text{Perfil3}) \quad (2)$$

$$\text{Autoestima} = 16.458 + 4.029 (\text{Perfil1}) + 5.516(\text{Perfil2}) + 3.560(\text{Perfil3}) \quad (3)$$

Depresión. En el caso de la variable Depresión, la correlación múltiple (R) toma un valor de 0.253 (Tabla 8), el cual es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 13.026; p < 0.001$). Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

tipificados (Tabla 8), puede observarse que las variables Perfil (1), Perfil (2) y Perfil (3), presentan coeficientes distintos de cero ($p < 0.001$ en todos los casos) y por ello, contribuyen significativamente al ajuste del modelo de regresión. Además, todos los coeficientes tienen valores muy próximos, teniendo por tanto un peso similar en los pronósticos.

Ansiedad. En el caso de la variable Depresión, R toma un valor de 0.227 (Tabla 8), el cual es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 10.275; p < 0.001$). Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión tipificados (Tabla 8), puede observarse que las variables Perfil (1), Perfil (2) y Perfil (3), presentan coeficientes distintos de cero ($p < 0.001$ en todos los casos), lo cual indica que contribuyen de forma significativa al ajuste del modelo. Puesto que todas las variables presentan coeficientes con valores muy próximos, dichas variables tienen un peso similar en los pronósticos.

Autoestima. En el caso de la variable Depresión, R toma un valor de 0.244 (Tabla 8), el cual es estadísticamente significativo ($F_{2,571} = 11.955; p < 0.001$). Atendiendo a la significación de los coeficientes de regresión estandarizados (Tabla 8), de nuevo se observa que las variables Perfil (1), Perfil (2) y Perfil (3) presentan coeficientes con valores distintos de cero ($p < 0.001$ en todos los casos), por lo tanto, contribuyen de forma significativa al ajuste del modelo. Una vez más, los coeficientes de regresión tipificados presentan valores muy próximos, por lo que todas las variables de perfil tienen un peso similar en los pronósticos.

5.3. Comparación de los Patrones de conformidad con el rol de género femenino en las diferentes variables de Salud mental (Objetivo 3)

Para evaluar la diferente relación entre cada uno de los Perfiles de conformidad con el rol de género femenino y las variables de salud mental analizadas en este trabajo, se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVAs) individuales. En cada uno de estos ANOVAs se utilizó la correspondiente medida de salud mental (Depresión, Ansiedad y Autoestima) como variable dependiente y el Perfil de conformidad con el rol de género femenino como variable independiente o factor.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Depresión. Los resultados mostraron que los cuatro Perfiles de conformidad presentaban diferencias significativas en las puntuaciones en Depresión ($F = 13.026; p < 0.001$; Tabla 9). El patrón de conformidad tuvo un tamaño del efecto medio ($\eta_p^2 = 0.06$).

Para evaluar dónde se encuentran estas diferencias entre perfiles, se han realizado comparaciones *post hoc* utilizando la prueba de Scheffé. Este análisis muestra que el perfil Asistemático, presenta puntuaciones más bajas en depresión que los otros perfiles (Figura 2), (1), ($p < 0.001$) (2) ($p < 0.001$) y (3) ($p < 0.001$).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla 7

Correlación múltiple, significación y coeficientes de regresión tipificados de los análisis de regresión para evaluar la orientación sexual y el patrón de conformidad con el rol de género femenino como variables predictoras de salud mental

Variable criterio	Regresión		Variables predictoras				
	<i>R</i>	<i>p</i>	Heterosexual	Lesbiana	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
Depresión	.263	<.001	CRT= -.040, <i>p</i> = .419	CRT= -.086, <i>p</i> = .079	CRT = .324, <i>p</i> < .001	CRT = .288, <i>p</i> < 0.001	CRT = .327, <i>p</i> < .001
Ansiedad	.238	<.001	CRT= -.056, <i>p</i> = .268	CRT= -.087, <i>p</i> = .081	CRT= .297, <i>p</i> < .001	CRT= .261, <i>p</i> <0.001	CRT= .269, <i>p</i> < .001
Autoestima	.252	<.001	CRT= -.078, <i>p</i> = .121	CRT= -.036, <i>p</i> = .461	CRT= .300, <i>p</i> < .001	CRT= .299, <i>p</i> <0.001	CRT= .263, <i>p</i> < .001

Nota. *R* = correlación múltiple; *F* = Estadístico F de Snedecor; *p* = Nivel de significación; *CRT* = Coeficiente de Regresión Tipificado.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Tabla 8

Correlación múltiple, significación y coeficientes de regresión tipificados de los análisis de regresión para evaluar el patrón de conformidad con el rol de género femenino como variable predictora de salud mental

Variable criterio	Regresión		Variables predictoras		
	<i>R</i>	<i>p</i>	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
Depresión	.253	<.001	CRT = .325, <i>p</i> <.001	CRT = .285, <i>p</i> <.001	CRT = .327, <i>p</i> <.001
Ansiedad	.227	<.001	CRT = .297, <i>p</i> <.001	CRT = .258, <i>p</i> <.001	CRT = .272, <i>p</i> <.001
Autoestima	.244	<.001	CRT = .298, <i>p</i> <.001	CRT = .295, <i>p</i> <.001	CRT = .272, <i>p</i> <.001

Nota. *R* = correlación múltiple; *F* = Estadístico F de Snedecor; *p* = Nivel de significación; *CRT* = Coeficiente de Regresión Tipificado.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Ansiedad. Los cuatro grupos formados por cada uno de los Perfiles de conformidad presentaron diferencias significativas en las puntuaciones en Ansiedad ($F = 10.275; p < 0.001$; Tabla 9). El patrón de conformidad tuvo un tamaño del efecto pequeño casi medio ($\eta_p^2 = 0.05$).

Las comparaciones *post hoc* muestran que el grupo de participantes incluido en el Perfil Asistemático presenta puntuaciones más bajas en ansiedad que los otros perfiles ($p < 0.001$ en todos los casos Figura 3).

Autoestima. Los cuatro grupos de conformidad presentaron diferencias significativas en las puntuaciones de autoestima ($F = 11.995; p < 0.001$; Tabla 9). El patrón de conformidad tuvo un tamaño del efecto medio ($\eta_p^2 = 0.06$).

Las comparaciones *post hoc* muestran que las participantes que se engloban dentro del patrón de conformidad correspondiente al Perfil Asistemático presentan una Autoestima más alta que las mujeres de los otros perfiles ($p < 0.001$ en todos los casos; Figura 4).

Para las tres variables de salud mental, los Perfiles Apariencia-Delgadez, Tradicional y No conforme presentan puntuaciones similares, no habiendo diferencias entre ellos al compararse por pares, sin embargo, todos ellos presentan diferencias al ser comparados con el Perfil Asistemático

Tabla 9. Estadístico F y tamaño del efecto para cada uno de los ANOVAS

Variable dependiente	F	η^2
Depresión	13,026*	0,064
Ansiedad	10,027*	0,051
Autoestima	11,995*	0,059

Nota. * $p < 0.05$.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

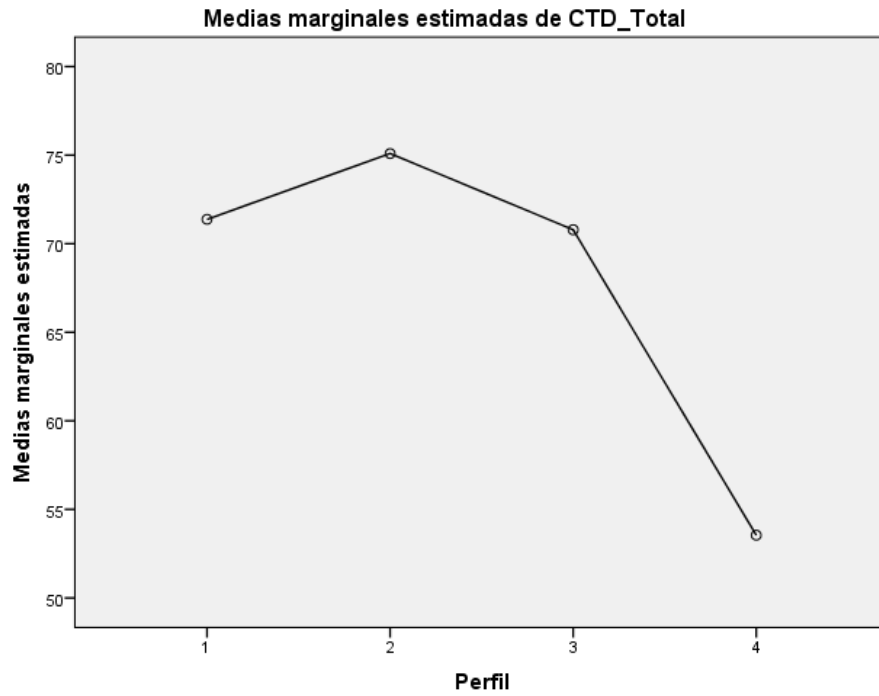


Figura 2. Puntuaciones en la variable Depresión para cada uno de los perfiles de conformidad.

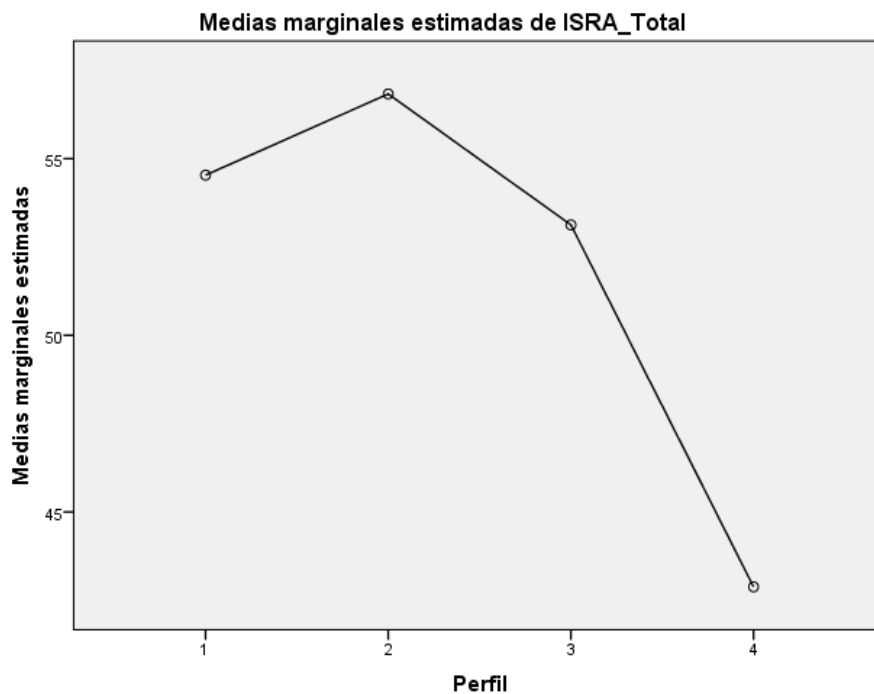


Figura 3. Puntuaciones en la variable Ansiedad para cada uno de los perfiles de conformidad.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

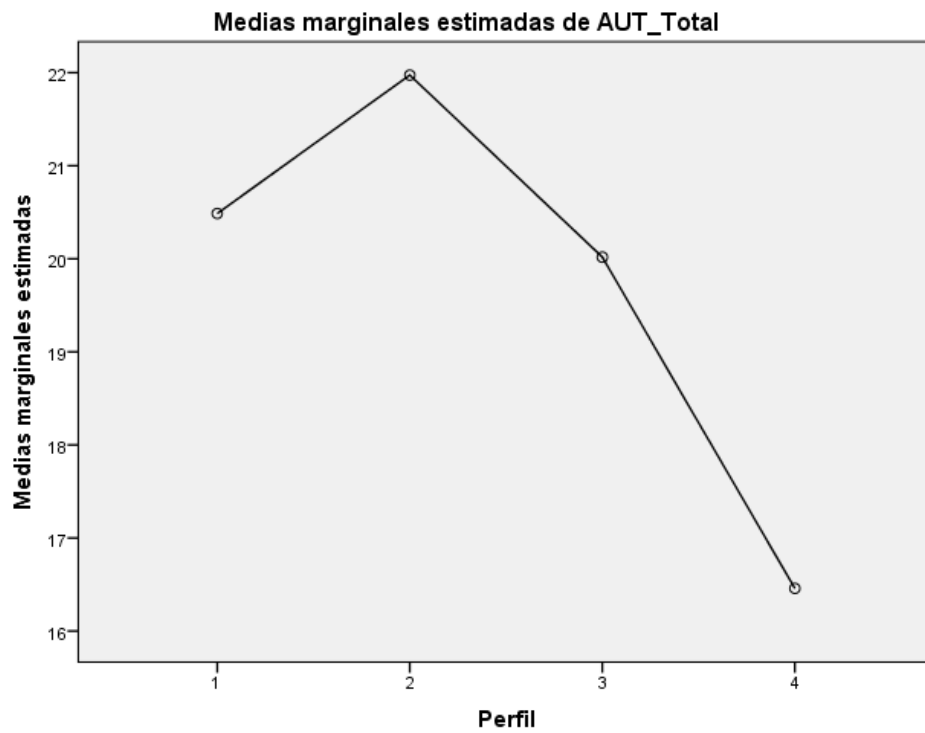


Figura 4. Puntuaciones en la variable Autoestima para cada uno de los perfiles de conformidad.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los cuatro Perfiles de conformidad con el rol de género femenino presentes en la población española según los resultados de esta investigación, no existe ninguno que se ajuste a los patrones arquetípicos previamente encontrados que predicen la ansiedad, depresión y autoestima (Lyons, 2015). Este parece a primera vista el motivo por el cual tras haber estudiado grupos empíricos, no podemos hablar de la existencia de un patrón netamente patológico. No obstante, sí existe un perfil que goza de mejor Salud mental que el resto, pero, sin que tampoco éste se corresponda con los patrones previamente establecidos que correlacionan con niveles óptimos de bienestar.

Lo que sí es cierto, es que la Conformidad con el rol de género femenino y la Salud mental, de acuerdo con una parte del cuerpo de investigación ya citado en la parte teórica de esta tesis, también según los análisis del presente estudio, se encuentran correlacionadas.

Tradicionalmente las mujeres lesbianas han sido consideradas como mujeres poco femeninas, lo cual no siempre es así (Aparicio, 2013), aunque con frecuencia, son menos conformes con su rol de género (Lippa, 2008), dato que se comprueba en este estudio.

En cuanto a la controversia en el terreno científico sobre si la Orientación sexual determina en alguna medida la Salud mental de la mujer, los resultados aquí se muestran contundentes: las diferencias en salud que presentan las mujeres heterosexuales, bisexuales y lesbianas deben ser explicadas mediante factores diferentes y ajenos a su Orientación sexual.

Estas son fundamentalmente las conclusiones y cuestiones a discutir en este capítulo, las cuales serán tratadas desde los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo anterior. Para cerrar, se expondrán una serie de limitaciones y perspectivas futuras.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1. Discusión

Patrones de conformidad con el rol de género femenino y orientación sexual.

Establecer los diferentes patrones de conformidad con el rol de género femenino presentes en la población española, y ver si dichos patrones están relacionados con la orientación sexual.

Este primer objetivo se ha operativizado mediante dos hipótesis.

En la primera de ellas, la **hipótesis 1.1**, se afirma que *Existen diferentes patrones de conformidad con el rol de género femenino presentes en la población española*. Los resultados del análisis cluster confirman la existencia de cuatro diferentes perfiles de mujer, en lo que a feminidad se refiere.

Tal y como se esperaba (Parent et al., 2010; Becker, 2010; Sánchez-López, 2009; Velasco, 2009; Mahalik, 2005), para unas mujeres la feminidad está más relacionada con el cuidado de la apariencia estética y la delgadez (Patrón 1: Apariencia-Delgadez), y para otras con cuidado del hogar y las relaciones de pareja estables y románticas (Patrón Tradicional: Fidelidad sexual, Doméstica, Romántica y Modestia). Existe otro grupo de mujeres consideradas poco femeninas, salvo en lo que a modestia se refiere (Patrón 3: No Conforme), y por último, y tal vez sea el perfil más peculiar, aparece con relativa baja frecuencia una tipología (Patrón 4: Asistemática) que se define por su elevada adherencia a un tipo de normas y su radical disconformidad, en comparación con el resto de grupos, con otras normas.

Los dos perfiles clara y marcadamente femeninos (Apariencia-Delgadez y Tradicional) componen juntos casi la mitad de la muestra (el 46,34%). Sin embargo, casi un 40% de las mujeres presenta una elevada disconformidad con su rol de género (Perfil No conforme: 39,2%), lo cual implica, que aunque la tipificación sexual sea frecuente (Annandale et al., 1990), existe un importante número de mujeres que pasa por alto las normas que le son socialmente asignadas en función de su sexo biológico.

El perfil de feminidad Apariencia-Delgadez se corresponde con estilo de mujer que en general se adhiere a los roles socialmente establecidos para su género, pero sin alejarse demasiado de la media, salvo en lo que al cuidado de su apariencia física y al mantenimiento de un cuerpo delgado se refiere.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El patrón Tradicional, es un perfil que en general también presenta una elevada conformidad con las normas de género, pero a diferencia del anterior, su preocupación no está especialmente enfocada a su apariencia física ni a conseguir un cuerpo delgado. Este tipo de mujer centra su vida en torno a su pareja y no concibe el sexo al margen de una relación estable y de compromiso. Se ocupa de que su hogar esté muy limpio y ordenado y del cuidado de sus hijos/as, sin embargo, descuida algo las amistades y las relaciones con los demás. Es discreta y no le gustan las alabanzas en público.

Comparando estos dos patrones que se corresponden más con el convencionalismo social de género, el Patrón Apariencia-Delgadez tiene una prevalencia muy por encima del doble de la que presenta el Perfil Tradicional (32,93% vs. 13,41%). Esta diferencia no resulta extraña en la presente investigación si se tiene en cuenta cómo ha cambiado en los últimos años el mandato social hacia las mujeres, y la propia composición de la muestra objeto de estudio en este trabajo.

Por un lado, es sabido que desde hace años se han venido publicando multitud de estudios que alertan de la insatisfacción con la propia imagen corporal y de la obsesión por la delgadez de jóvenes y adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1999; Saez y Mateo, 2002; Paredes, Mancilla, Vásquez, Rayón y Aguilar, 2011; Hernández, Alves, Arroyo y Besabe, 2012); la belleza y la delgadez se han implantado en las últimas décadas como signos de prestigio y éxito social para las mujeres (Plaza, 2012; Pachón, 2006). Por otra parte, al observar que la muestra aquí analizada tiene una edad media de 26,45 años (rango comprendido entre 18 y 41 años), el predominio de mujeres dentro del Perfil Apariencia-Delgadez es de esperar en este estudio, ya que la demanda social de estos atributos es relativamente reciente, y no necesariamente afecta con igual magnitud a las nuevas que a las anteriores generaciones.

En el capítulo primero se planteó que el rol de género no es una categoría estática, sino que cambia a lo largo de la historia (Borrell et al., 2008), debido en parte a que tiene su origen en las diferentes instituciones sociales (Sánchez-López, 2013) las cuales a su vez están sometidas a cambios. Las características del Perfil Tradicional se basan en valores más tradicionales, es decir, se corresponden más con los valores que la sociedad demandaba en mayor medida a las generaciones anteriores de mujeres. Por este motivo, parece posible que en mujeres de mayor edad apareciera este patrón con más frecuencia de lo que lo hace en esta investigación.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Del Patrón No Conforme llama la atención por alejarse de su tendencia inconformista, su tradicional conformidad con la dimensión Modestia. En el resto de dimensiones presenta baja adherencia, no se preocupa mucho por cuidar las relaciones con los demás, ni por estar delgada. No presenta en comparación con el resto de grupos, inhibición sexual y concibe el sexo fuera de la estabilidad de una pareja. Pero además, es la única tipología de las cuatro que aparecen, a la que no le interesa demasiado ni tener pareja, ni tener hijos, ni tener limpio el hogar, ni su apariencia física.

Este perfil de mujer que parece estar alejado de los mandatos sociales, es como ya se ha señalado, el que aparece con mayor frecuencia en la población muestral. No obstante, también en este caso, es posible que la edad media de la muestra explique en parte el hecho de que haya un número tan elevado de mujeres no tipificadas, y éste será un tema que se contemplará en el apartado dedicado a limitaciones de la investigación.

Por último, las mujeres que presentan el Patrón Asistemático de conformidad con las normas de género podrían describirse como personas muy afables, sensibles y detallistas con los demás, que disfrutan cuidando niños/as y de mantener el hogar limpio y ordenado, y además, se preocupan por mantener una imagen cuidada, suelen ir siempre bien peinadas y maquilladas. Son presumidas y les gusta recibir elogios. Sin embargo, para ellas un buen aspecto físico no implica delgadez, dimensión con la que presentan alta disconformidad y tampoco son personas sexualmente inhibidas: pueden disfrutar del sexo fuera de una relación de compromiso.

En definitiva, de los cuatro patrones de conformidad descritos, hay uno (Patrón No conforme) que presenta en general disconformidad con las normas de género femeninas y que se corresponde con lo que la sociedad describe como una mujer poco femenina; existen otros dos patrones que presentan en general elevada conformidad pero basada en diferentes criterios (Patrón Apariencia-Delgadez y Patrón Tradicional: fidelidad sexual, doméstica, romántica y modesta); y un cuarto patrón que resulta en apariencia femenino, pero que rechaza fuertemente algunas de las normas socialmente establecidas para las mujeres (Perfil Asistemático).

El siguiente punto dentro del primer objetivo de esta investigación consistía en conocer si el tipo de feminidad o el hecho de ser lo que la sociedad denomina como “poco femenina” (para el caso del perfil No conforme) está relacionado con la orientación

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

sexual. En la **hipótesis 1.2** se afirmó que *El patrón de feminidad está relacionado con la orientación sexual de la mujer.*

Así es, aunque no de un modo absoluto ni radical. De acuerdo con lo esperado (Lippa, 2008; Rieger et al., 2008; Zucker, 2005; Bartlett et al., 2006; Bailey et al., 1995; Phillips et al., 1995; Whitam et al., 1991), y a pesar de que según los datos de algunas investigaciones no existe suficiente evidencia empírica para afirmar que la conformidad con el rol de género se relaciona con la orientación sexual (Udry et al., 2006; Fernández et al., 2006; Gottschalk, 2003), conforme a los resultados de esta investigación, más de la mitad de las mujeres heterosexuales que componen la muestra presentan una elevada conformidad con los roles de género femeninos (Perfil Apariencia-Delgadez + Perfil Tradicional = 53,87%), mientras que no ocurre lo mismo con las mujeres lesbianas (Perfil Apariencia-Delgadez + Perfil Tradicional = 38,60%) ni con las bisexuales (Perfil Apariencia-Delgadez + Perfil Tradicional = 35,04%). La mayoría de las mujeres bisexuales (51,52%) y casi la mitad de las lesbianas (48.25%) presenta disconformidad con casi todas las normas de género que la sociedad establece para la mujer (Perfil No conforme).

Puede decirse que las mujeres bisexuales son las menos conformes con el rol femenino (51,82%) y que el patrón del que más se alejan es el Tradicional, que es el que presenta alta conformidad en Fidelidad sexual, Doméstica, Romántica y Modestia.

Como ya se ha señalado, los perfiles Tradicional y el Asistemático son los menos frecuentes en las tres orientaciones sexuales. El primero de estos, en términos relativos tiene una proporción parecida de mujeres heterosexuales y lesbianas, y mucho más escasa, de mujeres bisexuales.

No obstante, el Patrón de feminidad Asistemático, el cual está representado por algo menos de un 15% de la muestra total, cuenta con una proporción relativa de mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales, muy similar. Puede afirmarse entonces, que este Perfil de conformidad no está especialmente relacionado con ningún tipo de orientación sexual. El hecho de pertenecer al grupo de mujeres que más disfrutan cuidando niños, que son también las que más cuidan las relaciones con los demás, las menos modestas y las menos interesadas en tener un cuerpo delgado, no está en mayor medida vinculado a ningún tipo de orientación sexual concreta.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A diferencia de los argumentos que se ofrecieron como posibles explicaciones acerca de la prevalencia del Patrón Apariencia-Delgadez sobre el Tradicional y de que ambos perfiles estén más representados por mujeres de orientación heterosexual, resulta difícil realizar interpretaciones sobre por qué la feminidad Asistemática es la menos frecuente y está en igual medida representada por los tres tipos de orientación sexual.

Un posible planteamiento para justificar la cuestión anterior podría ser que la motivación para adscribirse o para rechazar normas en este perfil de mujer esté más autónomamente regulada que en otros perfiles: observando los patrones Apariencia-Delgadez; Tradicional; y No conforme, se puede apreciar que cada uno de ellos, aún con su particular trazo que lo diferencia del resto, se sitúa fundamentalmente a un lado u otro de los valores medios para prácticamente todos los ítems, es decir, existe una cierta uniformidad; parece que las mujeres o bien se adscriben a las normas (aunque dando más importancia a unas que a otras, de ahí los patrones Apariencia-Delgadez y Tradicional), o bien las rechazan, (de ahí el patrón No conforme), lo cual puede interpretarse como una reacción a los preceptos de feminidad en un sentido o en otro. Sin embargo, el perfil Asistemático presenta una representación más singular, con una adhesión o rechazo mucho más marcado que el resto de mujeres en casi todas las normas.

Por otra parte, la escasa frecuencia del perfil Asistemático puede ser también debida simplemente a que la mayoría de los valores y demandas sociales para la mujer están evolucionando hacia un interés cada vez menor por tener hijos (véase la evolución de tasas de natalidad), hacia una tendencia a emplear menos tiempo en el cuidado de las relaciones familiares y sociales y del hogar (Meil, 2004; Carrasco, 2001; Burin, Meler y Ramírez, 1998; González y Jurado, 2009), y una mayor demanda por conseguir ideales imposibles de delgadez (Plaza, 2012; Saffon y Saldarriaga, 2015). Este patrón de feminidad, presenta una conformidad alta en algunos de estos ítems que aún cuando continúan constituyendo demandas hacia la mujer, están cada vez menos en uso, y esto puede ser una de las causas de que no se trate de un perfil muy común, y menos entre personas jóvenes como las que componen la muestra de este estudio.

En resumidas cuentas, puede decirse que lo más probable es que, de entre los cuatro perfiles posibles, las mujeres lesbianas y bisexuales presenten el perfil No Conforme, y que las heterosexuales presenten Conformidad orientada a la Apariencia y Delgadez.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Pero no siempre las mujeres lesbianas son “poco femeninas” (Aparicio, 2013), ni las heterosexuales son más femeninas que el resto. De hecho, en este estudio, más del 35% de las mujeres lesbianas presentan alta conformidad con las normas femeninas, y de entre este porcentaje, la mayoría presenta un tipo de conformidad de Perfil Apariencia-Delgadez al igual que ocurre con las mujeres heterosexuales. Del mismo modo, puede afirmarse que muchísimas mujeres heterosexuales son “poco femeninas” (un 38,08% de mujeres presenta Perfil No conforme).

En este sentido, lo único que esta investigación pone de manifiesto, es que la feminidad y la orientación sexual están en alguna medida relacionadas. Sigue abierto el debate acerca de si es la Conformidad con las normas de género lo que predice la Orientación sexual (Rieger et al., 2008; Whitam et al., 1991; Phillips et al., 1995), o si es la Orientación sexual la que origina cierto tipo de motivaciones en las mujeres que hacen que estas se adhieran o rechacen algunos roles sociales (Peplau et al., 2008). De los resultados aquí obtenidos, pueden hacerse interpretaciones tanto a favor como en contra de ambas posturas.

La composición muestral del Patrón Asistemático no parece apoyar la tesis de aquellos autores que argumentan que la Orientación sexual es posiblemente la que influye sobre la conformidad con las normas de género femeninas (Peplau et al., 2008) ya que no hay ninguna orientación concreta asociada a este perfil. No obstante, tampoco se puede olvidar que sólo un 14,46% de las mujeres de la muestra presentan este patrón, por lo que no hay datos suficientes que permitan sacar conclusiones sobre esta controversia.

Continuando con este debate, la distribución del grupo de mujeres bisexuales entre los cuatro patrones de feminidad tampoco parece apoyar que sea la Orientación sexual la que influya sobre la Conformidad con el rol de género: si las mujeres bisexuales son las que más dificultades encuentran a la hora de definir su orientación sexual, y además, se trata del grupo más heterogéneo (con más cluster) y también es el que mayor heterogeneidad presenta en cuanto a diferencias en sus preferencias (identidad sexual, atracción, comportamientos, fantasías, preferencia emocional, preferencia social y estilo de vida) (Weinrich et al., 2014), no es de esperar que sean éstas las que más se concentren en un mismo Patrón de conformidad (Perfil No conforme: 51,82%), es decir, si fuera la orientación la que influyera sobre el perfil de feminidad, aparentemente no habría motivo por el cual la mayoría de mujeres bisexuales presente el Patrón No

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

conforme en lugar de distribuirse de una manera más heterogénea entre los distintos perfiles, como hacen por ejemplo las heterosexuales.

Por otro lado, también relacionado con lo anterior, una posible explicación al hecho de que en las mujeres bisexuales y lesbianas aparezca con más frecuencia el Patrón No Conforme, puede ser que la discriminación por parte de la sociedad hacia estas mujeres (Aparicio, 2013; Hortiz Hernández et al., 2005) genere en algunas de ellas una respuesta de rechazo hacia los comportamientos y roles socialmente establecidos como femeninos y considerados adecuados para la mujer, y que de alguna manera esto potencie la presencia de este patrón en los colectivos minoritarios. Por tanto, aunque según lo argumentado en los párrafos anteriores, no parezca que la orientación sexual sea causa y no consecuencia de la Conformidad con el rol de género (Pepplau et al., 2008), sí parece que puede influir de alguna manera sobre su frecuencia en la población o sobre su intensidad en algunas mujeres.

Además, tampoco puede olvidarse como se expuso en el tercer capítulo de esta tesis, que las mujeres que pertenecen a minorías, perciben una elevada presión por parte de sus colectivos para que se ajusten a las normas de comportamiento y a las características personales (Boyle et al., 2014), y entre estas normas y características se incluyen seguramente determinadas actitudes hacia los roles de género, en el sentido de presentar menor conformidad (Patrón No conforme), lo cual sí que apoyaría la hipótesis de Pepplau y colaboradores (2008).

Con el establecimiento de los perfiles de feminidad presentes en la población, y la discusión de la medida en la que la orientación sexual y la conformidad con las normas de género femeninas están relacionadas, se ha respondido al primer objetivo de esta investigación. El siguiente paso se corresponde con el debate de los hallazgos relacionados con el objetivo segundo, el cual consiste en establecer las correspondientes relaciones entre Orientación sexual, Patrones de conformidad y Salud mental, y reza como sigue.

Objetivo 2: Establecer cuáles son los patrones de orientación sexual y conformidad con los roles de género femenino que predicen la salud mental de las mujeres.

En el tercer capítulo se plantearon una serie de investigaciones previas que ponen de manifiesto que la orientación sexual puede ser un factor de riesgo para la salud. Sin

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

embargo, no hay evidencia de que sea esta variable en sí misma, el elemento de riesgo, y sí se han contrastado una serie de factores que pueden afectar a las personas en función de su orientación sexual e influir sobre su bienestar.

La primera hipótesis con la que se operacionaliza el segundo objetivo de este estudio es la **Hipótesis 2.1: *La orientación sexual por sí sola, no predice ninguno de los indicadores de salud mental.***

En algunas ocasiones, se ha defendido desde un punto de vista científico que la homosexualidad es en sí misma un factor de riesgo para la salud (Herrell et al., 1999): el riesgo de suicidio ha sido intrínsecamente asociado a algunas características de la homosexualidad en población masculina.

Asimismo, en mujeres ha quedado establecida una relación clara, directa e independiente de otras variables, entre la orientación sexual y varios indicadores de depresión (Matthews et al., 2002; Fergusson et al., 2005). Si bien estas investigadoras no niegan que tal asociación pueda estar mediada o moderada por otras variables como son la autoestima, la lesbofobia interiorizada, el apoyo social percibido o la actitud religiosa entre otras, en su investigación, la orientación sexual es en sí misma un factor de riesgo para la salud mental, sobre todo en lo que a intentos de suicidio se refiere.

No obstante lo anterior, es mayor el número de investigadores que sostiene que la orientación sexual no es un factor que sea determinante sobre la salud mental y el bienestar de las mujeres (Gómez et al., 2012; King et al., 2006; Sandfort, Graaf & Bijl, 2003). Los resultados de este trabajo respaldan este principio.

Según los datos que surgen de esta investigación, la orientación sexual no está asociada ni a los trastornos mentales más frecuentes, ni al bienestar psicológico. Si las mujeres bisexuales y lesbianas tienen peor salud física y mental que las heterosexuales (Balsam et al., 2005; Case et al., 2004; Diamant et al., 2003; Fergusson et al., 1999), y de estos dos grupos, las que peores índices presentan son las bisexuales (Colledge et al., 2015; Li et al., 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2010; Jorm et al., 2002), esto no es debido a su orientación sexual.

Al tratar de encontrar posibles explicaciones a esta disparidad de resultados, es decir, al hecho de que en unas investigaciones aparezca una asociación (mediada/moderada, o

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

no, por otras variables) entre la orientación sexual y la salud mental, y en otras, como es este caso, no se de tal asociación, parece requisito imprescindible para comparar dichas investigaciones, también contextualizarlas, resultando finalmente necesario recurrir a factores relacionados con la discriminación (Aparicio, 2013; Almeida et al., 2009; D'Augelli, Grossman y Starks, 2006; Ortiz Hernández, 2004; Ortiz Hernández et al., 2005; Basow et al., 2000; Newman, 1987) y con la propia expectativa de rechazo social, la cual tiene por sí sola efectos negativos sobre la salud en grupos socialmente devaluados (Meyer, 2003).

La homosexualidad ha sido considerada un trastorno psicológico hasta hace no mucho tiempo: la APA la sacó de la segunda edición del DSM en 1973, y la OMS no hizo lo propio hasta el año 1992. Los cambios sociales y políticos (i.e. uniones civiles, matrimonios gay, políticas de adopción, etc.) originan cambios en los individuos, así, las actitudes y valores de los individuos y las sociedades evolucionan (Brewer, 2014), muchas veces en espacios temporales muy breves: la actitud hacia la homosexualidad ha evolucionado hasta 21 puntos porcentuales en algunos países en una franja de cinco años. Por ejemplo, en Korea, en 2007 sólo un 18% de la población consideraba que se debía aceptar la homosexualidad, y en 2013 esta tasa pasó a ser un 39% (Kohut, Wike, Bell, Horowitz, Simmon, Stokes,... y Devlin, 2013).

En la investigación llevada a cabo por estos autores, se puede observar cómo entre 2007 y 2013 se produce un incremento positivo en aceptación de la homosexualidad en la mayoría de los países europeos (no así en Francia), y sobre todo en Estados Unidos y Canadá. Por otro lado, en los distintos países y regiones geográficas, existen diferencias muy notables en lo que a actitudes hacia personas no heterosexuales se refiere. Estos dos aspectos llevan a considerar que si tanto la discriminación como la expectativa de rechazo social varían en función de la cultura, los resultados de las diferentes investigaciones variarán necesariamente también en función del momento y del lugar en el que se hayan realizado.

Así, las investigaciones aquí citadas, en las que aparece una asociación directa entre la Orientación sexual y la Salud mental (Herrell, 1999; Mattews, 2002; Fergusson et al., 2005), fueron llevadas a cabo en lugares y momentos en los que ni la unión civil ni el matrimonio homosexual estaban legalizados. Otras investigaciones en las cuales también aparece correlación entre ambas variables (no necesariamente relación directa),

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

y las mujeres lesbianas y bisexuales tienen peor Salud mental que las heterosexuales, fueron llevadas a cabo en lugares como Reino Unido y Gales (Warner, McKeown, Griffin, Johnson, Ramsay y King, 2004; King, McKeown, Warner, Ramsay, Johnson, Cort,... y Davison, 2003; Colledge et al., 2015) en un momento en el que las uniones civiles tampoco estaban en vigor. Lo mismo se puede decir para los resultados de otro estudio sobre una población australiana (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb y Christensen, 2002).

Sin embargo, en una investigación llevada a cabo en Antofagasta, estando legalizadas las uniones civiles, no se encontraron diferencias entre mujeres lesbianas y heterosexuales (aunque sí en hombres) en ningún indicador de Salud mental (Gómez y Barrientos, 2012).

España ha sido uno de los primeros países en legalizar el matrimonio gay y la adopción de hijos por parte de estas parejas (año 2005). La tolerancia en este país hacia la homosexualidad, es la más elevada de entre los 39 países comparados en el estudio de Kohut et al. (2013): el 88% de la población española considera que se debe aceptar la homosexualidad, mientras que el 11% es contrario a este hecho. Bajo unas premisas de menor discriminación y por tanto probablemente, también menor expectativa de rechazo social que en otros países, y de ser cierto aquello que sostienen algunos autores acerca de la principal causa que origina las diferencias en salud en función de la orientación sexual, esto es, la propia sociedad, no resulta demasiado extraño que en este estudio llevado a cabo en España, sobre una población joven, no haya aparecido relación entre ambas variables.

En absoluto se pretende con esto hacer ver que los factores político-culturales son los únicos determinantes de la salud en función de la orientación sexual; ya se han expuesto en la revisión teórica, y se volverá sobre ello un poco más adelante, toda una relación de factores identificados científicamente como causantes de las diferencias en salud entre mujeres lesbianas, bisexuales y heterosexuales. Pero desde un punto de vista objetivo, se hace necesario poner de manifiesto la importancia del apoyo político (Reid, 2015; de Arenillas y Domínguez, 2014), social (Ortiz Hernández, 2004; Ortiz Hernández y García, 2005; Meyer, 1995; Corrigan et al., 2003) y sanitario (Aparicio, 2013) reivindicado por parte de colectivos e investigadores, como elemento indispensable para preservar la salud de las mujeres bisexuales y lesbianas en este caso.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dado que no se ha podido establecer en este estudio, correlación directa entre la orientación sexual y la salud mental, y menos aún por tanto, relaciones de causalidad, deben ser otras en su caso, las variables que influyen de manera distinta sobre cada persona en función de su orientación sexual, afectando en diferente forma a su bienestar, y no la orientación en sí misma. Estos factores han sido expuestos en el capítulo tercero. Antes de enumerarlos someramente como paso previo a la discusión de los resultados de la siguiente hipótesis, procede llamar la atención sobre la naturaleza de los mismos: puede observarse que prácticamente todas estas variables, reflejadas a continuación, tienen un origen ambiental; su índole es en gran parte social, y psicosocial en algunos casos. Y esto lleva a insistir en la importancia de los agentes sociales (Sánchez-López, 2013) en su rol de promover o erradicar los elementos de riesgo para la salud de la mujer.

Hasta la fecha, se han ido identificando como factores causantes de las diferencias en salud entre mujeres heterosexuales, lesbianas y bisexuales, los hábitos de vida y comportamientos de riesgo para la salud (Garbers et al., 2015; Eliason, 2014; Aparicio, 2013; Tang et al., 2004); el nivel de congruencia entre la identidad sexual y la conducta (Schick et al., 2012); la presión social (Boyle et al., 2014); el apoyo social percibido (Fredridsen et al., 2010); varias fuentes de estrés internas y externas como, la lesbofobia interiorizada (Colledge et al., 2015; Ortiz Hernández, 2005), la percepción de estigma (Ortiz Hernández, 2005), el cuidado de hijos y las tareas domésticas (Patterson, 2004), la discriminación (APA, 2012; Kim et al., 2012; Granados Cosme et al., 2003; Hetrick et al., 1987), y la violencia sufrida (Aparicio, 2013; Almeida et al., 2009; Ortiz Hernández et al., 2005; Granados et al., 2003; King et al., 2003); las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas: las bisexuales y lesbianas emplean estrategias más desadaptativas como la evitación y autoinculparse (Lehavort, 2012); etc.

A través de la siguiente hipótesis, se trata de probar que (aparte de las variables anteriores) otro de los factores que en interacción con la Orientación sexual contribuye a la explicación de las diferencias en salud que presentan las mujeres lesbianas, Heterosexuales y Bisexuales, es su Patrón de conformidad con las normas de género femeninas.

Hipotéticamente, esta relación podría darse de dos formas; una indirecta, la cual de algún modo ya ha sido probada: el Patrón de conformidad se relaciona con la

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Orientación sexual según los resultados de esta tesis, y además, existe una asociación entre feminidad y Salud mental según lo expuesto en el capítulo tercero, por tanto, de alguna manera, la Orientación sexual y la Salud mental deben estar relacionadas. Por otro lado, algunas investigaciones señalan que la no conformidad con el rol podría explicar en parte el hecho de que las mujeres lesbianas y bisexuales informen de menor bienestar (Rieger y Savin-Williams, 2012). Es posible por tanto, que se dé algún tipo de interacción entre las variables independientes Orientación sexual y Conformidad de rol que ayude a explicar las diferencias en las variables criterio.

Para conocer esto último, se plantea la hipótesis **Hipótesis 2.2** mediante la cual se afirma que *La Orientación sexual y el Perfil de conformidad con los roles de género femeninos predicen la Salud mental.*

Los análisis del presente estudio no han permitido corroborar este aspecto; se ha rechazado la hipótesis 2.2. Por tanto, la Orientación sexual ni por sí sola, ni tampoco en combinación con el Patrón de conformidad con el rol de género, ayuda a explicar las diferencias en los niveles de autoestima, depresión y ansiedad de las mujeres.

Puede decirse por tanto que, según los resultados de este trabajo, al igual que ocurre en unas pocas investigaciones en las que se considera la feminidad desde un paradigma unidimensional, cuando se toman en cuenta los ocho factores de feminidad (Mahalik et al., 2005), la Orientación sexual y la Conformidad con las normas de género femeninas tampoco interaccionan en modo alguno para incidir sobre el bienestar. Dicho de una manera aún más breve, la Orientación sexual no guarda ningún tipo de relación con la Salud mental de las mujeres (al menos si se consideran las variables autoestima, ansiedad y depresión) de acuerdo con lo que han probado también otros autores (Skidmore, Linsenmeier y Bailey, 2006).

La falta de asociación entre estas dos variables, aun considerando la Conformidad de rol lleva a volver a considerar el papel de la dimensión social en la salud de las personas cuando se atiende a su orientación sexual. Se ha investigado que la tolerancia hacia las identidades sexuales guarda una relación estrecha e inversa con el autoritarismo (Basow et al., 2000) y con el nivel de religiosidad, y directa con el desarrollo de la sociedad (Smith, 2011). Bajo este prisma, la religiosidad puede ser un arma de doble filo.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por un lado, la religiosidad es la fuente más intrapersonal y resiliente de autoestima (Crocker et al., 2003; Crocker et al., 2001), y las contingencias de naturaleza más interna correlacionan positivamente con bienestar psicológico (Crocker et al., 2003; Deci y Ryan, 1995). Además, llevar una vida acorde con los propios principios y valores es primordial para mantener niveles de autoestima saludables. Pero si por otra parte, las minorías sexuales son denostadas y rechazadas por muchas confesiones religiosas, en personas creyentes, cierto tipo de actitud por parte de los estamentos religiosos se puede generar un conflicto entre el yo ideal y el yo real y ser fuente de tremendo malestar.

En una investigación llevada a cabo para verificar que la orientación sexual se puede modificar mediante la “terapia reparativa” (Spitzer, 2003), se advierte que más del 90% de las personas que se someten a este tipo de terapia son muy religiosas, y que la principal motivación para el cambio del 80% de la muestra, consiste en salvar el conflicto entre sus creencias religiosas y su orientación sexual, y además, este tipo de conflicto había llevado a muchas de ellas a haber considerado el suicidio como salida antes de decidir someterse a la terapia para el cambio en la orientación sexual.

A pesar de que en la investigación antes mencionada se concluyó que el cambio en la orientación sexual ocurría y resultaba satisfactorio en muchos casos tras el sometimiento a la terapia, unos años más tarde, el autor de esa investigación emitió un comunicado rectificando tales conclusiones (Spitzer, 2012). Dicho lo anterior, queda plasmado otro agente social que puede influir en la salud mental de las personas en función de la identidad sexual y por tanto, otro posible nivel de intervención para mejorar y preservar la buena salud de las sociedades.

Tal y como se ha planteado varias veces a lo largo de este trabajo, la mayoría de las investigaciones previas que ponen en relación el bienestar, la orientación sexual y la feminidad, se han llevado a cabo bajo otras definiciones de constructo de esta última variable, y no desde el modelo multidimensional de la feminidad (Mahalik et al., 2005). En el escaso cuerpo de estas investigaciones previas llevadas a cabo bajo paradigmas unidimensionales de conformidad de rol, tampoco se ha encontrado ningún efecto de la interacción Orientación sexual - Conformidad con el rol de género sobre la salud mental, ni tampoco existe evidencia ni mucho menos suficiente de que la Orientación sexual incida por sí sola sobre la salud mental (Plöderl et al., 2009; Fitzpatrick et al.,

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

2005; Lakkis et al., 1999; Carlson et al., 1984). Sin embargo, lo que sí se ha constatado en algunas de esas investigaciones, es que la falta de tipificación sexual sí supone un riesgo para la salud, que la masculinidad puede ser un factor protector y que la Conformidad o falta de Conformidad de rol está asociada a la salud mental (Good et al., 2010; Witt et al., 2010; Matud et al., 2009; Hurt et al., 2007; Wupperan et al., 2006; Sanchez et al., 2005; Broderick et al., 2002; Nezu et al., 1987; Rieger et al., 2008; etc).

Visto que la Orientación sexual no afecta a la Salud mental ni de manera aislada ni en interacción con la Conformidad de rol y conducida por los vestigios de otras investigaciones, la siguiente hipótesis que se plantea es la **Hipótesis 2.3: *El Perfil de conformidad con el rol de género femenino predice por sí solo los niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima.***

Esta hipótesis sí ha podido verificarse; las variables predictoras, esto es, los Perfiles de conformidad con los roles de género femeninos, explican en torno a un 25% de la varianza de las variables criterio (Autoestima, Ansiedad y Depresión), apoyando por tanto los resultados de aquellos estudios en los que se ha encontrado asociación entre feminidad y algunos indicadores de bienestar (Good et al., 2010; Saunders et al., 2006; Sanchez et al., 2005).

Sin embargo, poniendo estos resultados en relación con los de investigaciones previas, lo que no se ha obtenido en este estudio es apoyo, ni siquiera de modo indirecto al modelo masculino de bienestar psicológico (recuérdese la correlación en las medidas de feminidad tomadas desde los principales paradigmas unidimensional y multidimensional), ni a la tipificación, como factores promotores del bienestar. En este estudio, las mujeres menos femeninas (Perfil No conforme) en comparación con las más femeninas (Perfiles Apariencia-Delgadez y Tradicional), no presentan diferencias en los niveles de autoestima, ni de ansiedad, ni tampoco de depresión, a diferencia de lo que se refleja en algunas investigaciones las cuales consideran la feminidad desde paradigmas unidimensionales (Stoyanova et al., 2012; Matud et al., 2009; Palapattu et al., 2006; Wupperand et al., 2006).

En cuanto a la autoestima como el indicador de salud que mayor relación guarda con la Conformidad con los roles de género (Matud y Aguilera, 2009), los resultados del presente trabajo tampoco apoyan tal postulado; las tres variables criterio mantienen una relación muy parecida con los Patrones de conformidad, siendo en todo caso la ansiedad

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

el indicador menos relacionado, aunque la diferencia es muy sutil. Del mismo modo, estos resultados no concuerdan con aquellos otros análisis en los que la feminidad no aparece asociada (o lo hace de manera muy débil) a indicadores de bienestar (Allgood-Merten y Stockard, 1991; Bassoff y Glass, 1982; Matud et al., 2009; Mullis y McKinley, 1989; Whitley, 1983).

Por tanto y en resumidas cuentas, entendiendo la feminidad desde un paradigma multidimensional, los Patrones de conformidad con el rol de género femenino predicen la Salud mental, sin que sea el nivel de conformidad o de desconformidad lo que influye en el bienestar, sino que, de acuerdo con una investigación previa (Lyons, 2015), son determinadas combinaciones de valores de las 8 subescalas, las que predicen la Salud Mental. Además, todos los perfiles tienen una importancia parecida en la explicación de las variables criterio (Autoestima, Ansiedad y Depresión).

Ratificado este aspecto y partiendo del hecho de que el Perfil de feminidad predice la Salud mental, se hace necesario explorar cuáles son las diferencias en salud en función del perfil que presentan las mujeres. Esto es el tercer objetivo de esta tesis; **Objetivo 3: Explorar cuáles son las diferencias en Salud mental que presentan las mujeres en función de su Patrón de conformidad con el rol de género**, el cual se operacionaliza a través de la **Hipótesis 3.1: *Existen diferencias significativas en salud entre los distintos grupos encontrados.***

Los resultados de esta parte del trabajo pueden resultar a primera vista chocantes: en primer lugar, todos los análisis de varianza (ANOVAs) individuales, habían mostrado que los cuatro Perfiles de conformidad presentaban diferencias significativas en todas las variables de Salud mental aquí estudiadas. Posteriormente, al comparar los Patrones dos a dos para perfilar estas diferencias, lo que resulta es que no hay diferencias en salud entre los Patrones Apariencia-Delgadez, Tradicional y No conforme, pero que cada uno de ellos, sí difiere del Patrón Asistemático. Como colofón, el Patrón Asistemático, que es el más heterogéneo en cuanto a conformidad con los diferentes ítems, es el que presenta niveles más bajos de Depresión y Ansiedad y más elevados de Autoestima.

Abordando la discusión de este objetivo exploratorio por partes, la primera interpelación está relacionada con la asociación de los diferentes Perfiles de feminidad a determinados niveles de bienestar. Si el Patrón de conformidad predice la Salud mental

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

y además los cuatro Perfiles presentan diferencias significativas en salud, moraba la expectativa de encontrar, si no un determinado nivel de bienestar relacionado con cada uno de los Perfiles de feminidad y que fuera éste diferente del que presentan los otros tres Patrones, al menos algún tipo de asociación entre los perfiles más femeninos con determinadas tasas de Salud, conforme a la evidencia previa revisada en la parte teórica de esta tesis.

Como ya se adelantaba en la discusión de las hipótesis anteriores, el hecho de presentar un Perfil de conformidad u otro, ayuda a explicar las diferencias en Ansiedad, Depresión y Autoestima, sin embargo las mujeres con patrones Apariencia-Delgadez, Tradicional y No conforme, esto es, tanto los dos estilos más femeninos como el perfil más disconforme, o menos femenino, presentan niveles muy parecidos de Salud mental. Puede decirse entonces que según los resultados de esta investigación, la alta Conformidad con el rol de género femenino no predice menor Autoestima como han postulado otros investigadores.

Tampoco se encuentra apoyo a aquellas investigaciones que proponen que la No conformidad relaciona negativamente con el bienestar psicológico (Rieger et al., 2012; Roberts, Schwartz y Hart, 2011; Carver, Yunger y Perry, 2003; Beard y Bakeman, 2000).

Pero lo que sí parece muy probable dados los resultados de las hipótesis 2.1 y 2.2, y puesto que en otros estudios ya citados se ha encontrado relación entre la Orientación sexual y el bienestar, es lo que defienden algunos investigadores acerca de que el efecto de la No conformidad de rol en mujeres lesbianas sobre su ajuste psicológico, está completamente mediado por la victimización que estas sufren (Toomey, Ryan, Diaz, Card y Russell, 2010).

La siguiente cuestión que surge, es comprender la razón por la cual sólo se ha encontrado un Patrón de conformidad especialmente saludable, y ninguno especialmente patológico, aún existiendo una correlación estadística significativa entre los cuatro Perfiles y los indicadores de bienestar. Para encontrar posibles explicaciones a esta cuestión, se comparan a continuación los Perfiles de feminidad presentes en la población española con aquellos perfiles arquetípicos obtenidos en investigaciones previas (Lyons, 2015), los cuales presentan niveles más bajos de Ansiedad y Depresión, y tasas más elevadas de Autoestima.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A raíz de las recién mencionadas investigaciones, se ha obtenido que las subescalas que mejor predicen la Ansiedad y la Depresión en mujeres son las de Romanticismo, Modestia, Delgadez y Fidelidad sexual. Para mayor exactitud, las mujeres que más distrés sufren, presentan un perfil compuesto por muy alta conformidad en Romanticismo, Modestia y Delgadez; muy baja conformidad en Fidelidad sexual y Apariencia física; y baja conformidad en Cuidado de niños/as, Agradable en las relaciones y Doméstica.

En cuanto a la Autoestima, los ítem que más contribuyen a la hora de presentar buenos niveles de esta variable son muy bajo nivel de Modestia, bajo Romanticismo y baja Delgadez y, aunque no contribuyen con tanto peso en la explicación de esta variable de bienestar, las mujeres con elevada Autoestima también presentan puntuaciones muy altas en la subescala Doméstica, altas en Fidelidad sexual y en Agradable en las relaciones, y ligeramente por debajo de la media en Apariencia física y Cuidado de niños/as (Lyons, 2015).

Puede resumirse entonces, que disfrutaría de mayor bienestar una mujer que, cuida sus amistades y relaciones sociales; está interesada en restringir su actividad sexual a la mantenida dentro de una relación estable, pero sin sentir la necesidad de tener pareja y de volcar su atención en esta para poder ser feliz; encuentra muy alta satisfacción en mantener su hogar limpio y ordenado; no está en absoluto preocupada por su peso; y le gusta ser reconocida por sus méritos y logros. Una mujer con alta Autoestima no disfruta especialmente de los/las niños/as ni está especialmente interesada por su aspecto físico, aunque niveles muy por debajo de la media en estas dos últimas variables predicen distrés.

El Patrón Apariencia-Delgadez, comparado con el perfil prototípico que se acaba de describir presenta dos factores de especial riesgo, relacionados con una alta conformidad en Romanticismo y Delgadez; dos de las tres subescalas con mayor peso en la explicación de la Autoestima y de la Ansiedad y Depresión. Sin embargo, en el resto de ítems no hay coincidencia en los niveles de conformidad que se asocian a los dos trastornos, pero sí un cierto nivel de ajuste en cuanto a las subescalas que explican una buena autoestima. Este Perfil se corresponde con el de una mujer que cuida su hogar, su aspecto físico, las relaciones con los demás, a la que le gustan los niños, que

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

no es excesivamente modesta y otorga una importancia normal al hecho de mantener relaciones sexuales en el ámbito de una relación de pareja estable.

Sin tener en cuenta la existencia de investigaciones previas que han establecido relación entre elevados niveles de Delgadez, Romanticismo y Apariencia física con Trastornos de Conducta Alimentaria (Anastasiadou et al., 2013; Hurt et al., 2007) debido a que no se han recabado en esta investigación los datos necesarios para poder analizar este aspecto, en principio y bajo una mirada genérica, no existen razones para pensar que una mujer con un Perfil Apariencia-Delgadez sea especialmente vulnerable a sufrir ansiedad y depresión, ya que sólo presenta coincidencia con el perfil de riesgo en dos de las ocho subescalas.

En cuanto a su Autoestima, sin tener un perfil opuesto al prototípico, juegan de nuevo en contra la elevada conformidad en las escalas de Delgadez y Romanticismo sobre todo, ya que ambas tienen bastante importancia relativa a la hora de predecir los indicadores de salud, pero además, es demasiado modesta y otorga más importancia de la necesaria a su apariencia y al cuidado de niños como para tener una elevada autoestima.

Estos datos por sí solos no dicen gran cosa; sabiendo que el Patrón de conformidad con el rol de género femenino Tradicional presenta niveles similares de bienestar, se pueden comparar ambos perfiles entre ellos y con el arquetípico para entender algunos porqués.

Las mujeres que presentan un perfil Tradicional (alta conformidad en escalas Fidelidad sexual, Doméstica, Romántica y Modestia) tienen entre sus cualidades más destacadas (en lo referido a feminidad) dos que favorecen el bienestar. Una de ellas es la Fidelidad sexual, la cual contribuye de manera importante en la explicación del distrés, pero no es tan relevante para explicar la Autoestima. La otra es el interés por el cuidado del hogar (Doméstica), variable sin mucho peso en ninguna de las ecuaciones de bienestar. No obstante, las otras dos cualidades destacadas, que son desfavorables (Romántica y Modestia), tienen ambas un elevado peso en todas las variables criterio.

Comparando los dos primeros perfiles de este modo, y teniendo en cuenta que ambos se corresponden con mujeres muy femeninas, no es sorprendente que las puntuaciones en Salud Mental sean parecidas. El siguiente paso es observar el Perfil No conforme, el que

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

se corresponde con la mujer que menos se adhiere a las normas de género que le asigna la sociedad, o visto desde otro paradigma, con el perfil menos femenino de todos.

El Patrón No conforme puede describirse como el de una mujer poco preocupada por mantener un cuerpo acorde con los cánones de delgadez imposible, mucho menos conforme en este sentido que los otros dos perfiles comentados; es la menos necesitada de todas (incluyendo el Perfil Asistemático aún no comparado), de volcarse en una relación de pareja; y su nivel de conformidad con la subescala Modestia es muy próximo a la media, parecido al que presenta el Perfil Apariencia-Delgadez, y en cualquier caso, este estilo de mujer rehúsa de hablar públicamente de sus logros en mucha menor medida que la mujer con Perfil Tradicional.

Dado que estos tres ítems son los que más contribuyen en la explicación de las variables criterio, y el Perfil No conforme se ajusta más que los otros dos al arquetípico en dos de las tres subescalas (Romanticismo, Delgadez), a primera vista y teniendo en cuenta sólo la puntuación en las ocho subescalas, era de esperar que la muestra de mujeres que compone este perfil presentara mayor nivel de Autoestima y menor Depresión y Ansiedad que los otras dos.

Sin embargo, según la evidencia previa, y sin tener en cuenta la puntuación en las subescalas, parecería probable obtener de apoyo a la tesis de los investigadores que asocian la No conformidad a menor bienestar y peor salud mental (Rieger et al., 2012; Oost et al., 2016; Carver et al., 2003; Toomey et al., 2010).

Los resultados no han ido ni en uno ni en otro sentido; el Patrón No conforme presenta niveles de bienestar muy similares a los de Perfiles Apariencia-Delgadez y Tradicional.

Volviendo a los resultados de esta investigación y contemplando cómo se comporta este perfil en el resto de subescalas, aparecen en todas ellas unas puntuaciones que no favorecen el bienestar según Lyons (2015): el perfil No conforme es uno de los dos con más baja conformidad en Fidelidad sexual, el que menos cuida las relaciones con los demás, y el único disconforme en cuanto a gusto por mantener cuidado y limpio el hogar, así como en lo que se refiere a disfrutar de la compañía de niños/as y el único por debajo de la media en cuanto a interés por tener un buen aspecto físico. Todo esto en conjunto, parece hacer que, con la ayuda de la baja conformidad en Romanticismo y

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Delgadez, el Patrón No conforme no presente diferencias en salud con los dos anteriores.

Las diferencias en Salud mental entre los Perfiles Apariencia-Delgadez, Tradicional y No conforme no son estadísticamente significativas, pero sí lo son las diferencias entre cada uno de ellos y el Perfil Asistemático. Lo siguiente es observar cómo se comporta este último.

El Patrón de conformidad con el rol de género femenino Asistemático correlaciona con mayor nivel de bienestar en términos generales que el resto de patrones. Analizando su comportamiento, se comprueba que éste se corresponde con el perfil de mujer más femenina de los cuatro, en cuanto a Amabilidad en las relaciones y a su interés por el Cuidado de niños/as; bastante femenina también en los ítem de Apariencia física y Doméstica; y con una necesidad media de tener una pareja y volcarse en la relación. No obstante, este perfil se corresponde también con la mujer menos femenina de todas en lo relacionado con la Modestia y con el deseo de ser delgada. Este perfil junto con el Perfil No conforme son los menos inhibidos sexualmente.

La baja conformidad del Perfil Asistemático en Modestia, es lo que mayor diferencia marca con el resto de patrones de feminidad, seguido de Agradable en las relaciones. La primera parece, si no la única, la mejor subescala que puede justificar que la mujer Asistemática presente mayor Autoestima y menos distrés que el resto, ya que en lo referido al resto de ítem, no hay gran ventaja aparente en comparación con el Perfil 3: al igual que la mujer No Conforme, la Asistemática presenta baja conformidad con la subescala de Delgadez (lo cual tiene un importante peso favorable al bienestar), así como con la de Fidelidad sexual (lo cual carga, también con alto peso relativo, los indicadores de distrés).

En comparación con los patrones arquetípicos (Lyons, 2015) se trata de una mujer interesada en demasía como para poder tener una óptima Autoestima, en tener una relación Romántica, en el Cuidado de niños/as y en su Apariencia física, y no lo suficiente en el cuidado del hogar, además de su baja conformidad con la escala de Fidelidad sexual.

Es más, otras investigadoras han asociado menores niveles de Autoestima, cuanto más se basa esta en la necesidad de Aprobación por parte de terceras personas y en la

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Apariencia física (García-Soriano et al., 2010; Sanchez y Crocker, 2005; Crocker et al., 2003), siendo además que, las personas que basan su autoestima en lo que los demás piensen de ellas, son más vulnerables a presentar distrés (Crocker et al., 2003; García-Soriano, 2010). Se ha visto también que la Autoestima corporal influye, con independencia de la presencia o no de estresores, al estado de ánimo depresivo (Herrero et al., 1994).

Todo ello (la comparación del Perfil Asistemático con el No conforme, y el hecho de que no haya una enorme diferencia en el ajuste entre estos dos perfiles y los patrones prototípicos de Lyons (2015), junto con la evidencia previa citada en el párrafo anterior) llevan necesariamente al planteamiento de si, atendiendo a la feminidad, realmente las diferencias en Salud Mental entre el Perfil 4 y el resto se deben sólo a la composición de determinadas puntuaciones en las ocho subescalas. Dicho de otra manera, resulta cuestionable que la baja conformidad en Modestia y la alta conformidad en Agradable en las relaciones sean suficientes para marcar las diferencias en salud, teniendo en cuenta la presencia también de ítem desfavorables como el Romanticismo y la baja Fidelidad sexual.

Comparando un poco más los cuatro estilos de feminidad, por un lado, encontramos en la población dos patrones que presentan alta conformidad con las normas de género y un patrón que presenta baja conformidad. Por otro lado, está el cuarto perfil (Perfil Asistemático), el cual no responde a las expectativas sociales ni en un sentido ni en el otro, sino que presenta una respuesta aparentemente inconsistente, esto es, conforme en unos aspectos y disconforme en otros. Una posible explicación o respuesta, en línea con algo ya propuesto en investigaciones anteriores, puede abordarse desde la Teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000).

El rechazo de las normas sociales de género (Perfil No conforme), puede ser una respuesta a las demandas sociales de rol, al igual que lo es la adherencia a las mismas (Perfiles Apariencia-Delgadez y Tradicional). Y no sólo eso, yendo aún más lejos, y teniendo en cuenta también que las mujeres lesbianas y bisexuales presentan con mayor frecuencia el Perfil No conforme, y conociendo por otro lado, la presión intragrupo que pueden sufrir las minorías sexuales por parte de sus colectivos (Boyle et al., 2014), es también posible que la falta de conformidad con algunas normas sea en este caso una

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

respuesta de adherencia a lo que demanda su entorno más próximo, es decir, a lo que dicta el colectivo.

Sea como fuere, tanto la adherencia indiscriminada a las normas de género, como el rechazo de las mismas, podría ser más una respuesta a un estímulo externo, que una decisión autónomamente motivada. Por otra parte, la aparente arbitrariedad del Perfil Asistemático por cuanto que se adhiere fuertemente a unas normas, rechaza con la misma intensidad otras, y se muestra más neutro hacia otro tipo de ítem, parece responder a una elección libre, o al menos no basada en demandas externas.

Si la relación entre conformidad con las normas de género femeninas y el bienestar está mediada por la motivación subyacente (Good et al., 2010; Witt et al., 2010), y los mayores niveles de bienestar psicológico se relacionan con comportamientos autónomamente motivados y congruentes con los propios ideales de rol de género femenino (Lyons, 2015), se comprende por qué el Patrón de feminidad Asistemático correlaciona con mayor Autoestima y menor Ansiedad y Depresión.

Por tanto, también según los resultados de esta tesis y de acuerdo con los trabajos antes citados, parece que lo relevante para el bienestar es que la conformidad o disconformidad con las normas sociales de rol de género tenga un locus interno, que esté autónomamente motivada y no provenga de presiones externas, más que la propia configuración de los factores con los que existe o no conformidad, es decir, del perfil en sí mismo.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.2. Limitaciones, perspectivas y líneas futuras

Haber realizado un muestreo por conveniencia, al margen del conocido inconveniente de la falta de representatividad de la población, ha supuesto en esta investigación, además de la también conocida ventaja por cuestiones de accesibilidad a la muestra, una necesidad para poder extraer conclusiones acerca del comportamiento de las mujeres bisexuales y lesbianas. No hay datos empíricos que permitan conocer la prevalencia exacta de las minorías sexuales en España; existen estimaciones que nunca establecen una tasa de homosexualidad y bisexualidad por encima del 10%. Por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en Reino Unido, se ha puesto de manifiesto que sólo el 0.8% de la población declara tener una orientación diferente a la heterosexual (Hayes, Chakraborty y McManus, 2012).

Puesto que en esta investigación, uno de los principales objetivos era comparar ciertas diferencias en función de la orientación sexual, resultaba imprescindible que todas las submuestras tuvieran el tamaño suficiente como para poder extraer conclusiones acerca de las mismas, y esto no se hubiera podido lograr estudiando una muestra compuesta en más de un 90% por mujeres heterosexuales.

Como limitación a lo anterior, debe señalarse que con este tipo de muestreo no se ha conseguido tener acceso a mujeres de todas las edades, resultando como inconveniente que la muestra es joven (edad comprendida entre 18 y 41 años con una media de edad de 26.45). No pudiendo descartarse por este motivo, la existencia de otro u otros perfiles de feminidad que pudieran estar más presentes en mujeres de edad más avanzada y que por este motivo no hayan aparecido al realizar el análisis de conglomerados.

Este aspecto ya se adelantó en la discusión acerca de la prevalencia de los diferentes Patrones de conformidad, cuando se apuntaba la posibilidad de que el elevado número de mujeres con Perfil No conforme (o la baja tipificación sexual en comparación con lo que defienden otros investigadores) que aparece en este análisis, se deba a joven edad de la muestra. Del mismo modo y por el mismo motivo, el porcentaje de mujeres que presentan el perfil de conformidad Tradicional podría ser mayor en la población española que en la muestra de esta investigación.

Cuantificar la presencia de perfiles en la población española resulta interesante no sólo para generalizar algunas conclusiones, sino también para abrir nuevas líneas de

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

investigación y/o aportar más explicación a otras ya abiertas. Por ejemplo, si el Patrón Tradicional estuviera representado por las mujeres de mayor edad, el hecho de que estas no hubieran adaptado su rol a un modelo más actual de feminidad podría ser debido a diferentes factores. Uno de ellos puede ser el elevado nivel de interiorización de estos valores y creencias por la temprana edad en la que ocurre este proceso (Good et al., 2010), lo cual dificultaría el cambio. Otro factor explicativo podría ser el sexismo benevolente, el cual no sólo surge desde los hombres hacia las mujeres, sino que son también las propias mujeres las que tienen una actitud sexista hacia otras mujeres, y este sexismo se manifiesta de manera benevolente sobre todo hacia las amas de casa (Becker, 2010). Ello podría motivar que la sociedad no exigiera el cumplimiento de una delgadez y una apariencia imposibles a las mujeres de este estatus. En cualquier caso, estos análisis ayudarían a comprender la evolución de los roles de género femenino en nuestra sociedad.

La otra limitación de esta tesis está relacionada con el hecho de que sólo se haya considerado la Identidad sexual, sin tener en cuenta el resto de elementos que conforman la Orientación sexual, relacionados con los patrones de atracción y con el comportamiento. Como ya se planteó en la revisión teórica, aunque la manera en la que se identifica un individuo a sí mismo, es un indicador muy representativo de su Orientación sexual, cuando se tienen en cuenta el resto de dimensiones, se obtiene una mejor explicación de la Salud mental (Klein, 2014).

Una implicación importante de que se hayan encontrado una serie de Patrones de conformidad con el rol de género femenino es el hecho de que llegados a este punto, se pueden contemplar los distintos estilos de feminidad superando la concepción unidimensional de este constructo. Por otra parte, estos estilos o perfiles se han dado a conocer más allá de una perspectiva teórica; cada Patrón de feminidad incluye la combinación de los diferentes niveles de conformidad con cada uno de los ocho factores que componen esta variable, tal y como aparecen dispuestos en la población muestral.

El hallazgo de los cuatro Patrones de conformidad permite abordar toda una serie de investigaciones, hasta ahora llevadas a cabo desde otros modelos de feminidad, desde una perspectiva de Conformidad con el rol de género, más representativa de la población, tanto por la bondad del instrumento utilizado (Sánchez-López et al., 2009)

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

como por el conocimiento empírico de los Patrones de feminidad existentes (al margen de que estos puedan variar al ampliar el rango de edad).

El debate acerca de las diferencias en salud que son debidas a una cuestión social de roles de género y feminidad, tras los resultados de esta investigación, puede extenderse a investigaciones y debates sobre cómo el estilo de feminidad afecta al bienestar y a la salud. Por ejemplo, existe un amplio cuerpo de investigación que relaciona la feminidad con el cáncer, enfermedades coronarias, tasas de mortalidad y trastornos mentales; con el consumo de tabaco, de alcohol y con el padecimiento de ciertas enfermedades coronarias; con diferentes indicadores de salud mental; con estatus económico y laboral; etc. (Good et al., 2010; Scott et al., 2015; Sánchez-López et al., 2012; Saunders et al., 2006). Este tipo de investigaciones y otras similares, pueden ser llevadas a cabo teniendo en consideración el patrón de feminidad en lugar de las variables feminidad vs. masculinidad, y esto podría aportar una mejor explicación de los resultados.

Del mismo modo y a estos efectos, es decir, para una mejor comprensión de los elementos relacionados con la conformidad de rol que influyen en el bienestar, en investigaciones posteriores se podría plantear la aplicación de la escala de conformidad con las normas de género masculinas (Mahalik, 2003) a mujeres, pudiendo con ello también, comparar los resultados obtenidos con los de investigaciones llevadas a cabo bajo el paradigma unidimensional de la feminidad, las cuales apoyan sobre todo el modelo masculino de bienestar psicológico.

Llevando esta discusión hacia perspectivas y líneas futuras más concretas, hay algunos aspectos de este trabajo que poniéndolos en relación con trabajos previos, abren ciertos interrogantes. Por ejemplo, realizando un estudio de Perfiles de conformidad segmentado por edades, podría verse en función de los resultados cómo y hasta qué punto las mujeres se someten a las demandas sociales: en la discusión del objetivo primero ya se propuso la posibilidad de que el Patrón Tradicional sea el menos frecuente debido a la edad media de esta muestra; y en este mismo apartado, unos párrafos más arriba se ha planteado también la posibilidad de que en la población española exista algún perfil que no haya quedado reflejado en este estudio por su ausencia en la recogida de datos, o bien que alguno de los que aparecen en este estudio, no estuviera presente en la población al ampliar la muestra. Por tanto, sería interesante y relativamente sencillo profundizar más en este aspecto.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De cara al diseño de intervenciones clínicas y psicosociales, investigaciones previas han encontrado que puntuaciones altas en conformidad con las dimensiones de Delgadez, Apariencia física y Romántica están relacionadas con efectos negativos sobre la salud mental (Hurt et al., 2007), y de manera más concreta, estos factores están asociados de manera positiva a conductas alimentarias inadecuadas (Anastasiadou et al., 2013; Mahalik et al., 2005). Pues bien, existe un patrón en la población, el Patrón Apariencia-Delgadez, que se ajusta completamente a esta descripción, y que además, presenta puntuaciones altas en todas las subescalas, es decir, se trata de un estilo típicamente femenino. A diferencia de lo que podría esperarse (debido a la correlación entre TCA, síntomas depresivos y baja autoestima), este perfil no presenta peor Salud mental que los perfiles Tradicional y No conforme, ni en términos de significancia estadística, ni comparando directamente los valores, ya que el Perfil Tradicional es el que peor salud presenta visto así. Es cierto que en los estudios antes citados no se han vinculado los TCA a un perfil, sino a tres subescalas concretas, pero conociendo ahora el patrón que presenta altos valores en dichas subescalas, es posible ahondar en el estudio del riesgo que supone presentar dicho patrón a la hora de sufrir este tipo de trastornos.

Continuando con problemas alimentarios, existen datos que prueban que las mujeres bisexuales y lesbianas presentan más problemas de sobrepeso que el resto (Garbers et al., 2015; Aparicio, 2013; Case et al., 2004). El Patrón No conforme tiene una frecuencia muy alta de mujeres con estas orientaciones sexuales, y además, presenta baja conformidad con la dimensión Delgadez. Dado lo anterior, y el hecho de que la Orientación sexual no correlaciona con el bienestar, la pregunta que surge es si los problemas alimentarios están realmente asociados a la orientación sexual, o es en realidad el perfil de feminidad la variable relacionada con el sobrepeso. Del mismo modo, el Perfil Asistemático, que es el menos interesado en mantener un cuerpo delgado, es el que mayor Autoestima presenta, lo cual lleva al planteamiento de si además de ser la Autoestima un factor de protección contra TCA (Baumeister et al., 2003), también lo es el Perfil de conformidad, en el sentido de que este prediga una menor probabilidad de sufrir trastornos alimentarios, aun pudiendo presentar sobrepeso.

Es posible también que existan riesgos concretos asociados a los perfiles Tradicional y No conforme. Por ejemplo, el Patrón No conforme presenta unos valores bajos en la subescala Agradable en las relaciones, lo cual a nivel teórico repercute de manera negativa sobre el bienestar psicológico (Lyons, 2015). Existen investigadores que

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

sostienen que el Apoyo social percibido en mujeres lesbianas es mayor que el percibido por las mujeres heterosexuales, y que las bisexuales son las que más escaso apoyo perciben de sus propios colectivos (Colledge et al., 2015; Frediksen et al., 2010; Matthews et al., 2002). El Perfil No conforme tiene una elevada proporción de mujeres lesbianas y bisexuales y el Perfil Asistemático es el que más cuida las relaciones con los demás. Comparar la variable Apoyo social en función de la Orientación sexual entre los diferentes perfiles, podría ayudar a comprender mejor si el Apoyo percibido en realidad correlaciona con la Orientación sexual, con el Perfil de conformidad, o con ambos.

Algunos investigadores, habiendo utilizado en sus estudios escalas unidimensionales de Conformidad con el rol de género femenino, defienden que la Orientación sexual es más maleable y fluida que la feminidad (Peplau et al., 2000). Estas escalas, tal y como se expuso en el capítulo primero de este trabajo, han sido criticadas por medir más bien rasgos de personalidad que el constructo social de feminidad. Por este motivo, es posible que la feminidad entendida desde el paradigma de Mahalik y colaboradores (2005) sea un constructo más fluido de lo que se ha podido observar hasta el momento, lo que haría también recuperar el debate sobre si es la Orientación sexual la que determina la Conformidad de rol (Gottschalk, 2003) o a la inversa (Drummond et al., 2008), o si es posible que ambas variables influyan una sobre otra, de manera mutua.

Además, en función de cuán fluida se manifestara la Conformidad con el rol de género, cabría la pregunta de si el Perfil Asistemático muestra ese patrón como resultado de un proceso de maduración personal, el cual ocurre gracias a la elevada Autoestima que presentan estas mujeres, y es esta sana Autoestima la que les permite transgredir aquellos mandatos sociales con los que no se sienten en comunión, o si es en realidad el propio Perfil de conformidad lo que determina en parte la Autoestima.

Por último, en lo relacionado con la Orientación sexual y retomando las limitaciones de esta investigación debidas a la edad media de la muestra, sería conveniente ampliar el rango de edad dado que existen investigaciones que prueban que las mujeres lesbianas de mayor edad sufren más problemas de salud mental que las más jóvenes (Colledge et al., 2015), y esto parece ser debido a que las segundas están sometidas en menor medida a los estresores propios de las minorías gracias a la evolución de la sociedad hacia una mayor tolerancia y menor discriminación en función de la identidad sexual (APA, 2012). Por tanto, no puede descartarse que las mujeres lesbianas y bisexuales españolas

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

de mayor edad que las que han participado en este estudio, presenten más síntomas depresivos que las jóvenes y que estos aparecieran vinculados con su Orientación sexual, ya que en España, aún existiendo una elevada tolerancia hacia la homosexualidad en relación con otros países, esto es así como resultado de una evolución ocurrida a lo largo de las últimas décadas (Kohut et al., 2013).

Continuando con lo planteado en el párrafo anterior, resultaría sumamente útil, replicar este tipo de investigación en otras poblaciones en las que existen políticas, tanto diferentes como similares, hacia la homosexualidad; esto permitiría verificar si la relación entre Orientación sexual y Salud mental se debe de manera exclusiva o no a cuestiones de ámbito políticosocial. Si además se recabara más información de carácter personal como la religiosidad, el índice de masa corporal, el entorno rural o urbano, etc., se obtendría un conocimiento mucho más exhaustivo de la relación entre ambas variables.

En todo caso, sabiendo que prácticamente todos los factores que influyen sobre la Salud Mental de las mujeres en función de su Orientación sexual son de origen social o psicosocial, parece claro que las líneas de intervención eficaces para disminuir el riesgo para la Salud mental de las mujeres bisexuales y lesbianas, tienen que estar relacionadas con la intervención, prevención y protección por parte de agentes sociales a nivel colectivo para impedir cualquier manera de discriminación (Friedman, Koeske, Silvestre, Korr y Sites, 2006), y a nivel individual o de colectivos minoritarios para ofrecer psicoeducación para el manejo y afrontamiento de los estresores a los que se ven sometidos estas minorías.

RESUMEN EN ESPAÑOL

El objetivo de este estudio es conocer los Patrones de conformidad con el rol de género femenino, saber si éstos guardan relación con la Orientación sexual, y conocer si ambas variables de manera conjunta o separada, están a su vez relacionadas con la Salud Mental de las mujeres.

Se confirma la hipótesis 1.1. *Existen cuatro Patrones de conformidad con el rol de género femenino;*

1. El Perfil Apariencia-Delgadez representa a una mujer que se muestra en general conforme con todas las normas de género femeninas, especialmente con el cuidado de la Apariencia física y con la Delgadez. Se trata de un patrón que aparece con bastante frecuencia en esta población muestral (32,93%).
2. El Perfil Tradicional está formado por el otro grupo de mujeres que presenta también alta conformidad con el rol femenino, pero en este caso, lo hace sobre todo con las subescalas Fidelidad sexual, Romántica, Doméstica y Modestia. Su frecuencia es la más baja en este estudio (13,41%).
3. El Perfil No Conforme está caracterizado por mujeres que muestran baja conformidad con todas las normas excepto con Modestia, subescala en la que obtienen valores ligeramente por encima de la media. Es el patrón que con mayor frecuencia aparece en esta investigación (39,2%).
4. El Perfil Asistemático se compone de mujeres que presentan alta conformidad en Agradable en las relaciones, Cuidado de niños/as, Apariencia física y Doméstica; muy baja conformidad en Modestia, Delgadez y Fidelidad sexual; y conformidad moderada en Romanticismo. Este patrón no se encuentra con mucha frecuencia en la muestra (14,46%).

Se ha confirmado también la hipótesis 1.2. *El patrón de feminidad está relacionado con la orientación sexual de la mujer.*

Como puede verse en la Tabla 5, no puede desvincularse ningún Perfil de conformidad con el rol de género femenino de ninguno de las tres Orientaciones sexuales; en todos los patrones aparecen mujeres lesbianas, bisexuales y heterosexuales. No obstante, en

algunos de ellos sí aparecen con mayor frecuencia mujeres con determinada Orientación sexual.

Los dos patrones que presentan mayor conformidad, esto es, el Perfil Apariencia-Delgadez y el Perfil Tradicional, están relacionados con mayor número de mujeres heterosexuales.

El Perfil No conforme tiene mayor proporción de mujeres bisexuales y lesbianas.

Por último, el Perfil Asistemático cuenta con una proporción algo mayor de mujeres heterosexuales, aunque la representación de mujeres con las tres orientaciones es prácticamente igual (15,48% heterosexuales; 13,16% lesbianas; 13,14% bisexuales).

Ha quedado probada la hipótesis 2.1. *La orientación sexual por sí sola, no predice ninguno de los indicadores de salud mental*, y se ha rechazado la hipótesis 2.2. en la que se afirmaba que *La orientación sexual y el perfil de conformidad con los roles de género femeninos predicen la salud mental*.

Por tanto, este estudio aporta evidencia en contra de que la Orientación sexual esté relacionada con la Salud mental, imponiéndose la necesidad de buscar explicaciones a los resultados de aquellas investigaciones en las que ha quedado establecida una relación entre ambas variables, ajenas a la propia orientación, quedando el punto de mira en los factores y agentes sociales que de algún modo, directo o indirecto, a través de la acción o de la omisión, guardan relación con el estrés que sufren las minorías.

Se ha verificado la hipótesis 2.3. *El perfil de conformidad con el rol de género femenino predice por sí solo los niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima*, así como la hipótesis 3.1. *Existen diferencias significativas en salud entre los distintos grupos encontrados*.

De los cuatro patrones de conformidad encontrados, sólo hay uno que disfruta de mayor bienestar psicológico. Los Perfiles Apariencia-Delgadez, Tradicional y No conforme tienen índices de Salud mental muy similares, mientras el Perfil Asistemático goza de mayor Autoestima, y menores tasas de Ansiedad y Depresión.

En la discusión se han vinculado estas diferencias en salud a la posible motivación subyacente para la conformidad; parece ser que el Patrón Asistemático que es el único que no se muestra ni conforme con todas las normas ni disconforme con todas ellas,

podiera presentar una motivación más autodeterminada para su grado de adherencia a cada norma social de rol de género, lo cual correlacionaría con mayor Autoestima y en general, con mejor bienestar psicológico.

RESUMEN EN INGLÉS

The purpose of this investigation is to identify the patterns of conformity to feminine gender norms, to find out if they are related or not to sexual orientation, and to examine if both variables jointly or separately, are in turn related to mental health outcomes in women.

Research Question 1.

Hypothesis 1.1. is been confirmed. There are four patterns of conformity to feminine gender norms;

1. *Appearance-Thinness* Pattern represents a woman with endorsement of all the feminine gender norms, especially strength of Invest in Appearance and *Thinness*. It is a pattern that appears quite frequently in this sample population (32.93%).

2. *Traditional* Pattern is composed by another group of women who also show high conformity to the feminine roles, but in this case, the strength of endorsement is mainly of subscales Sexual Fidelity, Romantic Relationship, Domestic and Modesty. It's frequency is the lowest in this study (13.41%).

3. *Non-conforming* Pattern is characterized by women showing low compliance with all gender norms excepting Modesty; in this subscale values get slightly above average. This profile appears most frequently in this research (39.2%).

4. *Asystematic* Profile is composed of a sample of women who show high endorsement of Nice in Relationships, Care os Children, Invest in Appearance and Domestic; very low conformity in Modesty, Thinness and Sexual Fidelity; and moderate conformity in Romantic Relationships. This pattern is not found very frequently in the sample (14.46%).

Hypothesis 1.2 is also been confirmed. The pattern of conformity to feminine gender norms is related to the sexual orientation in women.

As showed in Table 5, there is not a pattern of conformity to feminine gender norms that can thoroughly be disjoined of any of the three types of sexual orientation; Lesbian,

bisexual and heterosexual women appear in all patterns. However, in some of them, women with a particular sexual orientation do appear more frequently.

The two patterns with highest acquiescence to feminine gender norms, that is, the *Appearance-Thinnes* Pattern and the *Traditional* Pattern, are related to a greater number of heterosexual women.

The *Non-conforming* Pattern has a higher proportion of bisexual and lesbian women. And *Asystematic* Profile has a somewhat higher proportion of heterosexual women, although the representation of women with the three orientations is practically the same (15.48% heterosexual, 13.16% lesbian, 13.14% bisexual).

Research Question 2.

Hypothesis 2.1 has been proved. Sexual orientation alone does not predict any of the mental health indicators. Hypothesis 2.2, which stated that sexual orientation and the pattern of conformity to feminine gender norms predict outcomes of mental health, has been rejected.

This research provides evidence about sexual orientation related to mental health outcomes. Therefore, it's imposed the need to seek for alternative explanations, unrelated to sexual orientation itself, for those investigations that found a relationship between these two variables. This study puts the spotlight on factors and social agents which in some direct or indirect way, through action or omission, are related to minority stress.

Hypothesis 2.3 has been verified. The pattern of conformity to feminine gender norms itself, predicts levels of anxiety, depression and self-esteem.

Research Question 3.

Hypothesis 3.1 is also confirmed. There are significant differences in health among the different patterns of femininity found.

Among the four patterns of conformity to feminine gender norms disposed, there is only one that exhibits greater psychological well-being. *Appearance-Thin*, *Traditional*, and *Non-conforming* profiles have very similar mental health rates, while the *Asystematic* profile enjoys higher levels of self-esteem, and lower anxiety and depression rates.

In the discussion, these differences in mental health have been linked to the possible underlying motivation for conformity; It seems that *Asystematic* Pattern, which is the only one that doesn't show nor endorsement to all, nor disagree with all feminine gender norms, could be related to a more self-determined motivation to its degree of adherence to each social gender norm. This internal motivation would probably correlate with greater self-esteem and psychological well-being.

Other implications and directions for further research are discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.

Aguado, A., Rodríguez, D., Flor, F., Sicras, A., Ruiz, A., & Prados-Torres, A. (2012). Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo. *Atención Primaria*, 44(3), 145-152.

Allgood-Merten, B., & Stockard, J. (1991). Sex role identity and self-esteem: A comparison of children and adolescents. *Sex roles*, 25(3-4), 129-139.

Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.

Almeida, D. M., & Kessler, R. C. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 670.

Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of youth and adolescence*, 38(7), 1001-1014.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- Text Revised* (4ª. Ed.) (DSM-IV-TR). Washington, DC:APA.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition (DSM-5). Washington, DC.: American Psychiatric Association; 20137.

American Psychological Association. (2008). *Answers to questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>

American Psychological Association. (2012). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Autor. Obtenido de <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientacion.pdf>

Amigo, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Amo, M. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Anastasiadou, D., Aparicio, M., Sepúlveda, A. R., & Sánchez-Beleña, F. (2013). Conformidad con roles femeninos y conductas alimentarias inadecuadas en estudiantes de danza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 31-43.

Annandale, E., Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, 12 (1), pp. 24-46.

Aparicio, M.E. (2013). Orientación sexual y salud desde una perspectiva de género. En Sánchez-López, M.P. (Ed.), *La salud de las mujeres* (pp.125-140). Madrid: Síntesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aparicio García, M. E., López, M. P. S., Dresch, V., & Morales, J. F. D. (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 7(2), 201-212.

Arbide, S. S. H., Sánchez-López, M.P., & Aparicio-García, M. E. (2011). Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 27-37.

Arenas, M.C., Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.

Arias, A. V., Martínez, S. R., Cabanach, R. G., Pérez, J. C. N., & García, J. A. G. P. (2004). Diferencias en el uso de self-handicapping y pesimismo defensivo y sus relaciones con las metas de logro, la autoestima y las estrategias de autorregulación. *Psicothema*, 16(4), 625-631.

Asamblea Mundial de la Salud (2013). Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020: Informe de la Secretaría.

Baddeley, Alan (1999). *Memoria humana teoría y práctica*. Madrid: McGraw Hill.

Bailey, J. M., & Pillard, R. C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1089-1096.

Bailey, J. M., & Pillard, R. C. (1995). Genetics of human sexual orientation. *Annual Review of Sex Research*, 6(1), 126-150.

Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31(1), 43.

Bailey, J. M., Pillard, R. C., Neale, M. C., & Agyei, Y. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women. *Archives of general psychiatry*, 50(3), 217-223.

Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C., & Whittaker, D. (2003). Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*, 79(2), 147-150.

Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 471.

Barford, A., Dorling, D., Davey Smith, G., Shaw, M. (2006). Life expectancy: women now on top everywhere. *British Medical Journal*; 332:808.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. 2nd ed. New York: Guilford Press.

Barnett, R. C., Marshall, N. L., & Singer, J. D. (1992). Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 634.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barra, E. (2002). Construcción de un inventario de rol sexual en universitarios chilenos. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 4(2), 11-19.
- Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 28(1), 119-125.
- Barrett, A. E., & White, H. R. (2002). Trajectories of gender role orientations in adolescence and early adulthood: A prospective study of the mental health effects of masculinity and femininity. *Journal of Health and Social Behavior*, 451-468.
- Bartlett, N. H., & Vasey, P. L. (2006). A retrospective study of childhood gender-atypical behavior in Samoan fa'afafine. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 659-666.
- Basow, S. A., & Johnson, K. (2000). Predictors of homophobia in female college students. *Sex Roles*, 42(5-6), 391-404.
- 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(4), 105-112.
- Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological bulletin*, 126(3), 347.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.
- Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., & Whiteford, H. A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: what are we missing. *PLoS One*, 8(6), e65514.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Shaw, B.F. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Becker, J.C. (2010). Why do women endorse hostile and benevolent sexism? The role of salient female subtypes and internalization of sexist contents. *Sex Roles*, 62(8), 453-46.
- Behar, R., Barrera, M., Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 129(9), 1003-1011.
- Behar, R., Barrera, M., Michelotti, J. (2002). Femenidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile*, 130, 964-975.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública e México*, 47(1), 4-11.
- Bern, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1-62). San Diego, CA: Academic Press.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berenbaum, S. A., & Snyder, E. (1995). Early hormonal influences on childhood sex-typed activity and playmate preferences: Implications for the development of sexual orientation. *Developmental Psychology*, 31(1), 31.

Bilodeau, B. L., & Renn, K. A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implications for practice. *New Directions for Student Services*, 2005(111), 25-39.

Blanco, G., & Feldman, L. (2000). Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *salud pública de méxico*, 42(3), 217-255.

Blandford, J. M. (2003). The nexus of sexual orientation and gender in the determination of earnings. *ILR Review*, 56(4), 622-642.

Blasco, J. P. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13(2), 155.

Bones, K., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrell, C., Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

Borrell, C., Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 245-249.

Borrell, C., García-Calvente, M.M., Martí-Boscá, J.V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 2-6.

Borrell, C., Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 101-108.

Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida 1. *El apego*. Barcelona: Paidós.

Boyle, S. C., & Omoto, A. M. (2014). Lesbian Community Oughts and Ideals Normative Fit, Depression, and Anxiety Among Young Sexual Minority Women. *Psychology of Women Quarterly*, 38(1), 33-45.

Brabete, A.C. y Sánchez-López, M.P. (2012). How does the gender influence people's health? Data of a sample of Romanian people living in Spain. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 3, 148-152.

Branden, N. (1969). *The Psychology of Self-Esteem: A New Concept of Man's Psychological Nature*. Vol. 1.

Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. New York: Bantam Books.

Brewer, P. R. (2014). Public Opinion About Gay Rights and Gay Marriage. *International journal of public opinion research*, 26(3), 279-282.

Broderick, P. C., & Korteland, C. (2002). Coping style and depression in early adolescence: Relationships to gender, gender role, and implicit beliefs. *Sex Roles*, 46(7-8), 201-213.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brown, J. D., & Marshall, M. A. 2006. The three faces of self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*: 4-9. New York: Psychology Press.

Brown, W. M., Finn, C. J., Cooke, B. M., & Breedlove, S. M. (2002). Differences in finger length ratios between self-identified “butch” and “femme” lesbians. *Archives of sexual behavior*, 31(1), 123-127.

Buhrmester, M. D., Blanton, H., & Swann Jr, W. B. (2011). Implicit self-esteem: nature, measurement, and a new way forward. *Journal of personality and social psychology*, 100(2), 365.

Burgard, S. A., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2005). Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug and alcohol dependence*, 77(1), 61-70.

Burin, M., Meler, I., & Ramírez Rodríguez, M. H. (1998). Género y Familia poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad [Reseña]. *Trabajo Social*, (3), 159-161.

Burnett, J. W., Anderson, W. P., & Heppner, P. P. (1995). Gender roles and self-esteem: a consideration of environmental factors. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 323-326.

Buunk, A. P., Belmonte, J., Peiro, J., Zurriaga, R., & Gibbons, F. (2005). Diferencias individuales en la comparación social: Propiedades de la escala española de orientación hacia la comparación social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 561-579.

Byne, W., & Parsons, B. (1993). Human sexual orientation: The biologic theories reappraised. *Archives of General Psychiatry*, 50(3), 228-239.

Cacioppo, J. T., Uchino, B. N., Crites, S. L., Snyder-Smith, M. A., Smith, G., Berntson, G. G., & Lang, P. J. (1992). Relationship between facial expressiveness and sympathetic activation in emotion: a critical review, with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(1), 110.

Cai, H., Brown, J. D., Deng, C., & Oakes, M. A. (2007). Self-esteem and culture: Differences in cognitive self-evaluations or affective self-regard?. *Asian Journal of Social Psychology*, 10(3), 162-170.

Calvo, J.M., Sánchez, R., Tejada, P.A. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 124-143.

Campbell, J.L., Ramsay, J., Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*, 10, 90-95.

Cano-Vindel, A., & Miguel Tobal, J. J. (2003). Ansiedad y estrés. *Revista de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6 (1), 14-21.

Cardenal, V., & Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de psicología*, 24(1), 101-111.

Carlson, H. M., & Baxter, L. A. (1984). Androgyny, depression, and self-esteem in Irish homosexual and heterosexual males and females. *Sex Roles*, 10(5-6), 457-467.

Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras tanto*, (82), 43-70.

Carrobles, J.A., (2012). Trastornos depresivos. En Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J.A. (Ed). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 311-334). Madrid: Pirámide.

Carter, D. B., & McCloskey, L. A. (1984). Peers and the maintenance of sex-typed behavior: The development of children's conceptions of cross-gender behavior in their peers. *Social Cognition*, 2(4), 294-314.

Casado Morales, M. I. (2002). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).

Case, P., Bryn Austin, S., Hunter, D. J., Manson, J. E., Malspeis, S., Willett, W. C., & Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 13(9), 1033-1047.

Castañeda, I.E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(2).

Castañeda, I.E. (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 246-254.

Cate, R., Sugawara, A.I. (1986). Sex role orientation and dimensions of Self-Esteem among middle adolescents. *Sex Roles*, 15(4), 145-158.

Cava, M.J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2), 151-161.

Chambless, D. L., & Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24(2), 231-235.

Cheng, C. (1999). Gender-role differences in susceptibility to the influence of support availability on depression. *Journal of personality*, 67(3), 440-467.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* New Jersey Lawrence Erlbaum Associates. Inc. Publishers.

Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of homosexuality*, 7(2-3), 31-43.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colledge, L., Hickson, F., Reid, D., & Weatherburn, P. (2015). Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health*, fdu105.
- Colomer, C. (2007). El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 91-93.
- Corral, A., Castañeda, I.E., Barzaga, M., Santana, M.C. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 66-77.
- Corrigan, P., & Matthews, A. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of mental health*, 12(3), 235-248.
- Cox, S. J., Mezulis, A. H., & Hyde, J. S. (2010). The influence of child gender role and maternal feedback to child stress on the emergence of the gender difference in depressive rumination in adolescence. *Developmental psychology*, 46(4), 842.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of abnormal psychology*, 85(2), 186.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder?. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066-1085.
- Crimmins, E.M., Kim, J.K., Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *The European Journal of Public Health*, 21(1), 81-91.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin*, 130(3), 392.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological review*, 108(3), 593.
- Crocker, J., Brook, A. T., Niiya, Y., & Villacorta, M. (2006). The pursuit of self-esteem: contingencies of self-worth and self-regulation. *Journal of personality*, 74(6), 1749-1772.
- Cuéllar Flores, I., & Sánchez López, M. (2012). Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes. *Clínica y Salud*, 23(2), 141-152.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P., & Rivas, R. (2012). Femininity and Mental health in female caregivers. Póster presentado en 33rd STAR International Conference, Palma de Mallorca, España.
- Curto, P. M. (2008). *Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Educación a Distancia).
- 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(1), 21-27.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of interpersonal violence*, 21(11), 1462-1482.

de Arenillas, R. G. M., & Domínguez, Z. M. (2014). Una aproximación a la Homofobia desde la Psicología. Propuestas de Intervención. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4(1), 90-115.

de Rooij, S. R., Painter, R. C., Swaab, D. F., & Roseboom, T. J. (2009). Sexual orientation and gender identity after prenatal exposure to the Dutch famine. *Archives of sexual behavior*, 38(3), 411-416.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of experimental social psychology*, 42(1), 1-17.

Del Barrio, V. (2003). *Evaluación psicológica aplicada a diferentes contextos*. Madrid: UNED.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., ... & Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.

Diamant, A. L., & Wold, C. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal of Women's Health*, 12(1), 41-49.

Diamond, L. M. (2000). Sexual identity, attractions, and behavior among young sexual-minority women over a 2-year period. *Developmental psychology*, 36(2), 241.

Diamond, L. M. (2005). A new view of lesbian subtypes: stable versus fluid identity trajectories over an 8-year period. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 119-128.

Diamond, L. M. (2007). A dynamical systems approach to the development and expression of female same-sex sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 2(2), 142-161.

Díaz-Loving, R., Rocha, T.E., Rivera, S. (2004). Elaboración, validación, y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 263-276.

Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*, 323:1061.

Dresch, V. (2006). Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*, 44(1), 34.
- Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of personality and social psychology*, 73(1), 139.
- Echeburua E. (1995) Manual practico de evaluacion y tratamiento de la fobia social. Barcelona, Spain: Martinez Roca.
- Echeburúa, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En Buela-Casal, G., Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Eds.): Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, pp. 131-159. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Eliason, M. J. (2014). Chronic physical health problems in sexual minority women: Review of the literature. *LGBT Health*, 1(4), 259-268.
- Elliott, M. (2001). Gender differences in causes of depression. *Women & Health*, 33(3-4), 183-198.
- Elpern, S., & Karp, S. A. (1984). Sex-role orientation and depressive symptomatology. *Sex Roles*, 10(11-12), 987-992.
- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M., & Stansfeld, S. (2002). Gender differences in mental health: evidence from three organisations. *Social Science & Medicine*, 54(4), 621-624.
- Espada, J. (1994). Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Madrid: Universidad Complutense de Madrid (tesis doctoral, publicada en el año 2000)*.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Feather, N. T. (1985). Masculinity, femininity, self-esteem, and subclinical depression. *Sex Roles*, 12(5-6), 491-500.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacon-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-752.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Archives of general psychiatry*, 56(10), 876-880.
- Fermoselle, E., Osmá, J. J., Crespo, E., Ramón, J., & Castellano, C. (2015). Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones emocionales durante el periodo perinatal y el puerperio: Un estudio preliminar en una muestra de mujeres embarazadas a través de e-Health.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández, J., Quiroga, M. Á., & Olmo, I. D. (2006). Is there any relationship between sexual attraction and gender typology?. *The Spanish journal of psychology*, 9(01), 3-9.
- Fernández, J., Quiroga, M. A., & Rodríguez, A. (2006). Dimensionalidad de la atracción sexual [Sexual attraction: Its dimensionality]. *Psicothema*, 18, 392-399.
- Fernández, N., Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Fitzpatrick, K. K., Euton, S. J., Jones, J. N., & Schmidt, N. B. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of affective disorders*, 87(1), 35-42.
- Fonseca, C. & Quintero, M. L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica (México)*, 24(69), 43-60.
- Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2448-2455.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of personality and social psychology*, 75(1), 269.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Balsam, K. F., & Mincer, S. L. (2010). Disparities in health-related quality of life: a comparison of lesbians and bisexual women. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2255-2261.
- Fresco, D. M., Rytwinski, N. K., & Craighead, L. W. (2007). Explanatory flexibility and negative life events interact to predict depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(5), 595-608.
- Friedman, M. S., Koeske, G. F., Silvestre, A. J., Korr, W. S., & Sites, E. W. (2006). The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 621-623.
- Gallacher, F., & Klieger, D. M. (1995). Sex role orientation and fear. *The Journal of psychology*, 129(1), 41-49.
- Galupo, M. P., Davis, K. S., Gryniewicz, A. L., & Mitchell, R. C. (2014). Conceptualization of sexual orientation identity among sexual minorities: Patterns across sexual and gender identity. *Journal of Bisexuality*, 14(3-4), 433-456.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Garbers, S., McDonnell, C., Fogel, S. C., Eliason, M., Ingraham, N., McElroy, J. A., ... & Haynes, S. G. (2015). Aging, Weight, and Health Among Adult Lesbian and Bisexual Women: A Metasynthesis of the Multisite "Healthy Weight Initiative" Focus Groups. *LGBT Health*.

García, J. F., Musitu, G., Riquelme, E., & Riquelme, P. (2011). A confirmatory factor analysis of the "Autoconcepto Forma 5" questionnaire in young adults from Spain and Chile. *The Spanish journal of psychology*, *14*(02), 648-658.

García, M. E. A., Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., & Sanz-Blasco, R. (2011). *Ansiedad rasgo y salud autoinformada como variables predictoras de la atención médica en población española. Ansiedad y Estrés*, *17*(2), 125-136.

García-Bacete, F. Musitu, G. (1993). Un programa de intervención basado en la autoestima: análisis de una experiencia. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, *15* (1), 57-68.

García-Soriano, G., Belloch, A., & Castañeiras, C. (2010). Áreas en las que Basamos Nuestra Autoestima y su Influencia sobre el Bienestar Emocional: Validación de la escala de contingencias de la autoestima para su uso en castellano. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *19*(1), 5-13.

García-Vega, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, *2011*. Vol 32(3), 282-288.

Gartrell, N. K., Bos, H. M., & Goldberg, N. G. (2011). Adolescents of the US national longitudinal lesbian family study: sexual orientation, sexual behavior, and sexual risk exposure. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(6), 1199-1209.

Gehricke, J. G., & Shapiro, D. (2000). Reduced facial expression and social context in major depression: discrepancies between facial muscle activity and self-reported emotion. *Psychiatry Research*, *95*(2), 157-167.

Gelb, D., Rogers, W.H., Tarlov, A.R., McHorney, C.A., Ware, J.E. (1997). Gender differences in medical treatment: The case of physician-prescribed activity restrictions. *Social Science & Medicine*, *45*(5), 711-722.

Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, *91*(6), 933.

Ginsburg, G. S., & Silverman, W. K. (2000). Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, *14*(1), 57-67.

Godoy, J.F., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M.L. (2011). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En Caballo, V.E., Salazar, I.C., Carrobbles, J.A. (Ed.) *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 363-393). Madrid: Pirámide.

Goldsmith, R. E. (1986). Dimensionality of the Rosenberg self-esteem scale. *Journal of social Behavior and Personality*, *1*(2), 253.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gómez, F., & Delgado, J. E. B. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (10), 100-123.

Gómez, F., & Delgado, J. E. B. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (10), 100-123.

Gómez-Peresmitré, G., & Ávila, E. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(6), 153-166.

González, C., Ramos, L., Caballero, M.A., Wagner, F.A. (2002). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 2003, 15(4), 524-532.

González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A. (2004). Orientación sexual: un desafío actual para la atención de adolescentes. *Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc*, 11(3), 69-78.

González, M. J., & Jurado Guerrero, T. (2009). Cuándo se implican los hombres en las tareas domésticas?: un análisis de la " Encuesta de Empleo del Tiempo".

González-Pianda, J. A., Pérez, J. C. N., Pumariega, S. G., & García, M. S. G. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.

Good, J. J., & Sanchez, D. T. (2010). Doing gender for different reasons: why gender conformity positively and negatively predicts self-esteem. *Psychology of Women Quarterly*, 34(2), 203-214.

Good, J.J., Sánchez, D.T. (2010). Doing gender for different reasons: why gender conformity positively and negatively predicts Self-Esteem. *Psychology of Women Quarterly*, 34(2), 203-214.

Gottschalk, L. (2003). Same-sex sexuality and childhood gender non-conformity: A spurious connection. *Journal of Gender Studies*, 12(1), 35-50.

Grabe, S., Hyde, J. S., & Lindberg, S. M. (2007). Body objectification and depression in adolescents: The role of gender, shame, and rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 31(2), 164-175.

Gray-Little, B., Williams, V. S., & Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(5), 443-451.

Green, R. (1982). The best interests of the child with a lesbian mother. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 10(1), 7-15.

Greenberg, J., & Arndt, J. (2011). Terror management theory. *Handbook of theories of social psychology*, 1, 398-415.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter?. *Personality and individual differences*, 35(6), 1241-1254.

Greenier, K. D., Kernis, M. H., & Waschull, S. B. (1995). *Not all high (or low) self-esteem people are the same* (pp. 51-71). Springer US.

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102(1), 4.

Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1464.

Grimmell, D., & Stern, G. S. (1992). The relationship between gender role ideals and psychological well-being. *Sex Roles*, 27(9-10), 487-497.

Guay, F., Delisle, M. N., Fernet, C., Julien, E., & Senecal, C. (2008). Does task-related identified regulation moderate the sociometer effect? A study of performance feedback, perceived inclusion, and state self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 36, 239-254.

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological bulletin*, 127(6), 773.

Haro, J., Palacin, C. Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dold, M., Alonso, J. y grupo ESEMeD España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barcelona)*, 126(12), 445-451.

Haro, J., Palacin, C. Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dold, M., Alonso, J. y grupo ESEMeD España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barcelona)*, 126(12), 445-451.

Heatherton, T. F., & Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social psychology*, 60(6), 895.

Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (1998). A theory of unmitigated communion. *Personality and Social Psychology Review*, 2(3), 173-183.

Helmreich, R.L., Spence, J.T., Wilhelm, J.A. (1981). A psychometric analysis of the Personal Attributes Questionnaire. *Sex Roles*, 7(11), 1097-1108.

Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., & Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez: actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155.

Herrero, J., Musitu, G., & Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de psicología social*, 10(2), 191-204.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hetrick, E. S., & Martin, A. D. (1987). Developmental issues and their resolution for gay and lesbian adolescents. *Journal of homosexuality*, 14(1-2), 25-43.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2004). Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism. *The American journal of psychiatry*, 161(9), 1581-1587.
- Hibbard, J.H., Pope, C.R. (1983). Gender roles, illness orientation and use of medical services. *Social Science & Medicine*, 17(3), 129-37.
- Hoffman, R.M., Borders, L.D. (2001). Twenty-five years after the Bem Sex-Role Inventory: a reassessment and new issues regarding classification variability. *Measurement and Evaluation in counseling and Development*, 34, 39-55.
- Holt, C.L. (1998). Assessing the current validity of the Bem Sex-Role Inventory. *Sex Roles*, 39(12), 929-941.
- Horn, S. S. (2007). Adolescents' acceptance of same-sex peers based on sexual orientation and gender expression. *Journal of youth and adolescence*, 36(3), 363-371.
- Horwitz, A. V., & White, H. R. (1987). Gender role orientations and styles of pathology among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 158-170.
- Hu, S., Pattatucci, A. M., Patterson, C., Li, L., Fulker, D. W., Cherny, S. S., ... & Hamer, D. H. (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nature genetics*, 11(3), 248-256.
- Hurt, M.M., Nelson, J.A., Turner, D.L., Haines, M.E., Ramsey, L.R., Erchull, M.J., Liss, M. (2007). Feminism: What is good for? Feminine norms and objectification as the link between feminist identity and clinically relevant outcomes. *Sex Roles*, 57, 355-363.
- Iannizzotto, M. E., & de Mangione, E. C. D. D. (2011). Componentes de una " genuina autoevaluación". Su relación con indicadores de depresión en adolescentes argentinos. *Praxis: revista de psicología*, (20), 29-40.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2005). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/informeSNS2005ParteGeneralCompleta.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). Encuesta Nacional de Salud en España.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). Encuesta de Estructura Salarial en España.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). Defunciones según la causa de muerte año 2013. Notas de prensa. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- Jardine, R., Martin, N. G., Henderson, A. S., & Rao, D. C. (1984). Genetic covariation between neuroticism and the symptoms of anxiety and depression. *Genetic Epidemiology*, 1(2), 89-107.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jiménez-García, G. I. (2004). *La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Jiménez-García, G. I., & Tobal, J. J. M. (2003). El Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD): un nuevo instrumento para medir la tristeza/depresión. *Ansiedad y estrés*, 9(1), 17-34.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 423-427.
- José, G., Miranda, X., Anias Calderón, J., & Cardona, M. (1990). Resistencia eléctrica de la piel como método auxiliar en el diagnóstico de la depresión. *Rev. Hosp. Psiquiátr. La Habana*, 31(2), 189-96.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 391.
- Kaiseler, M., Polman, R. C., & Nicholls, A. R. (2012). Gender differences in appraisal and coping: an examination of the situational and dispositional hypothesis. *International Journal of Sport Psychology*, 43(1), 1-14.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Anderson, G. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in emotional and physiological responses to the Trier Social Stress Test. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(1), 87-98.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 426-435.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 426-435.
- Kendler, K. S., Myers, J. M., & Neale, M. C. (2000). A multidimensional twin study of mental health in women. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 506-513.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587-593.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., Gilman, S. E., & Kessler, R. C. (2000). Sexual orientation in a US national sample of twin and nontwin sibling pairs. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1843-1846.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kernis, M. H., & Waschull, S. B. (1995). The interactive roles of stability and level of self-esteem: Research and theory. *Advances in experimental social psychology*, 27, 93-141..

Kernis, M. H., Paradise, A. W., Whitaker, D. J., Wheatman, S. R., & Goldman, B. N. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1297-1305.

Kessler, R. C., Matthias, A., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative.

Kim, H. J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2012). Hispanic lesbians and bisexual women at heightened risk or health disparities. *American Journal of Public Health*, 102(1), e9-e15.

King M, Walker C, Levy G, et al. Development and Validation of an International Risk Prediction Algorithm for Episodes of Major Depression in General Practice Attendees: The PredictD Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1368-1376. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1368.

King, M., & Nazareth, I. (2006). The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study. *BMC Public Health*, 6(1), 127.

King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., ... & Davidson, O. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales Controlled, cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 552-558.

King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., ... & Davidson, O. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 552-558.

Kinnish, K. K., Strassberg, D. S., & Turner, C. W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation: A multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 173-183.

Klein, F. (1999). Psychology of sexual orientation. (Eds.) Bohan y Russell. Conversations about Psychology and sexual orientation. New York: NYU Press.

Klein, F. (2014). Are you sure you're heterosexual? Or homosexual? Or even bisexual?. *Journal of Bisexuality*, 14(3-4), 341-346.

Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of homosexuality*, 11(1-2), 35-49.

Kleinplatz, P., McCarrey, M., & Kateb, C. (1992). The impact of gender-role identity on women's self-esteem, lifestyle satisfaction and conflict. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 24(3), 333.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 125(4), 470.

Knapp, M., MOSSIALOS, E., & THORNICROFT, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica. *Líneas futuras en salud mental. Observatorio Europeo de Políticas y sistemas sanitarios. Ministerio de Salud y consumo.*

Kohut, A., Wike, R., Bell, J., Horowitz, J. M., Simmons, K., Stokes, B., ... & Devlin, K. (2013). The Global Divide on Homosexuality. *Pew Research Center.*

Kohut, A., Wike, R., Bell, J., Horowitz, J. M., Simmons, K., Stokes, B., ... & Devlin, K. (2013). The Global Divide on Homosexuality. *Pew Research Center.*

Laframboise, H. L. (1973): Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*; 108, 388- 391.

Lake, R. I., Eaves, L. J., Maes, H. H., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2000). Further evidence against the environmental transmission of individual differences in neuroticism from a collaborative study of 45,850 twins and relatives on two continents. *Behavior Genetics*, 30(3), 223-233.

Lakkis, J., Ricciardelli, L. A., & Williams, R. J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex roles*, 41(1-2), 1-16.

Lalonde, M. A. (1981): *A new perspective on the health of Canadians: a working document.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Landazabal, M. G., Anabitarte, A. D., & Fernández, J. I. P. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (1), 53-63.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In *Research in Psychotherapy Conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US.* American psychological association.

Lang, P. J. (1988). What are the data of emotion?. In *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (pp. 173-191). Springer Netherlands.

Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: brain mechanisms and psychophysiology. *Biological psychiatry*, 44(12), 1248-1263.

Largo, F. J. E. (1995). *Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del ISRA* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

Lasheras, M.L., Pires, M., Rodríguez, M. M. (2004). *Género y Salud.* Instituto Andaluz de la Mujer.

Lawrence C. Becker (1992). Good Lives: Prolegomena. *Social Philosophy and Policy*, 9, pp 15-37. doi:10.1017/S0265052500001382.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lawyer, S. R., & Smitherman, T. A. (2004). Trends in anxiety assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 101-106.
- Leary, M. R. (1999). Making sense of self-esteem. *Current directions in psychological science*, 8(1), 32-35.
- 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(1), 95-101.
- Lehavot, K. (2012). Coping strategies and health in a national sample of sexual minority women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 494.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253(5023), 1034-1037.
- Li, T., Dobinson, C., Scheim, A. I., & Ross, L. E. (2013). Unique issues bisexual people face in intimate relationships: A descriptive exploration of lived eRuxperience. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(1), 21-39.
- Lippa, R. A. (2008). The relation between childhood gender nonconformity and adult masculinity–femininity and anxiety in heterosexual and homosexual men and women. *Sex Roles*, 59(9-10), 684-693.
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American journal of preventive medicine*, 42(3), 221-228.
- Long, B. C. (1989). Sex-role orientation, coping strategies, and self-efficacy of women in traditional and nontraditional occupations. *Psychology of Women Quarterly*, 13(3), 307-324.
- López, E., Findling, L., Abramzón, M. (2006). Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*, 2(1), 61-74.
- López, J.C.G. y Medina, D.J.L.V. (2007). Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa) Tesis. *Psicología*, 15(2), 22-29.
- López, M. P. S., García, M. E. A., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Lu, L., & Wu, H. L. (1998). Gender-role traits and depression: Self-esteem and control as mediators. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(1), 95-107.
- Luhtanen, R., & Crocker, J. (1992). A collective self-esteem scale: Self-evaluation of one's social identity. *Personality and social psychology bulletin*, 18(3), 302-318.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological medicine*, 31(04), 593-604.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3.
- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52(7-8), 417-435.
- Manso-Martínez, M., Sánchez-López, M., & Cuéllar-Flores, I. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37-45.
- Marsh, H. W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifactors?. *Journal of personality and social psychology*, 70(4), 810.
- Martin, H. P. (1991). The coming-out process for homosexuals. *Psychiatric Services*, 42(2), 158-162.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(02), 458-467.
- Martinez, R. & Chacón, J.C. (2001). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Jurídicos.
- Martínez Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A., & García Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*, 18(2), 201-219.
- Martínez, M. T. G. (2009). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Aula*, 11.
- Matthews, A. K., Hughes, T. L., Johnson, T., Razzano, L. A., & Cassidy, R. (2002). Prediction of depressive distress in a community sample of women: The role of sexual orientation. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1131-1139.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Matud, M. P. (2008). Género y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1).
- Matud, M. P., Avero, P., López, M., Marrero, R., & Carballeira, M. (2001). Ansiedad en la mujer: un análisis de las variables personales y sociales más relevantes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 293-306.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2014). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764014564801.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Ibáñez, I., López, M., Freixanet, M. G., Aznar, M. J. M., ... & Baos, J. G. (2009). Roles de género y salud de mujeres y hombres. *Análisis y Modificación de Conducta*, 35(152).
- Matud, M. P., Díaz, F., Aguilera, L., Rodríguez, M. V., & Matud, M. J. (2003). Diferencias de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 3(1), 5-15.
- Matud, M.P., Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32(1), 53-58.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- McGrath, E. E., Keita, G. P. E., Strickland, B. R., & Russo, N. F. E. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression*. American Psychological Association.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical psychology review*, 29(6), 496-505.
- Meil, G. A. (2004). Cambios en las relaciones familiares y en la solidaridad familiar. *Arbor*, 178(702), 263-312.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Miguel Tobal, J. M., & Germes, A. O. (2004). Análisis psicométrico confirmatorio de una medida multidimensional del autoconcepto en español. *Revista interamericana de psicología= Interamerican journal of psychology*, 38(2), 285-293.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción (Vol.3)*, pp. 309-344. Madrid: Alhambra.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones, Sa.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1989). Avances en la evaluación de la ansiedad y sus implicaciones en la elección del tratamiento. *Terapia del Comportamiento*, (22-23), 125-128.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: psicopatología de las emociones. *Emotion and clinical practice: psychopathology of emotions*, in F. Palmero, EG Fernández-Abascal, F. Martínez and M. Cholíz (eds), *Psicología de la motivación y la emoción*, 571-81.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Miller, C. T., & Downey, K. T. (1999). A meta-analysis of heavyweight and self-esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 68-84.
- Molloy, B. L., & Herzberger, S. D. (1998). Body image and self-esteem: A comparison of African-American and Caucasian women. *Sex Roles*, 38(7-8), 631-643.
- 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(1), 75-81.
- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Morgan, E. M., & Thompson, E. M. (2011). Processes of sexual orientation questioning among heterosexual women. *Journal of sex research*, 48(1), 16-28.
- Mruk, C. (2006). Auto-estima, investigación, teoría y práctica. Bilbao: Desclee de Brower, S.A.
- Mruk, C. (2006). Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem (3rd Ed). New York: Springer.
- Mruk, C. (2013). Defining Self-Esteem as a Relationship between Competence and Worthiness: How a Two-Factor Approach Integrates the Cognitive and Affective Dimensions of Self-Esteem. *Polish Psychological Bulletin*, 44(2), pp. 157-164. Retrieved 28 Jul. 2015, from doi:10.2478/ppb-2013-0018.
- Mruk, C. J. (1999). Self- Esteem. *Corsini Encyclopedia of Psychology*.
- Mullis, R. L., & McKinley, K. (1989). Gender-Role Orientation of Adolescent Females Effects on Self-Esteem and Locus of Control. *Journal of Adolescent Research*, 4(4), 506-516.
- Muris, P., Meesters, C., & Knoop, M. (2005). The relation between gender role orientation and fear and anxiety in nonclinic-referred children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 326-332.
- Nathanson, C.A. (1977). Sex roles as variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health*, 3(2), 142-155.
- Nathanson, C.A. (1977). Sex, illness, and medical care: A review of data, theory, and method. *Social Science & Medicine* (1967), 11(1), 13-25.
- Navlet, M. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: Un estudio centrado en la diferencia entre deportes* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Newman, B. S. (1987). Development of Heterosexuals' Attitudes Toward Lesbians. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Bernie_Newman/publication/301712968_Development_of_Heterosexuals'_Attitudes_Toward_Lesbians/links/57a3b9bf08aee07544ad9460.pdf
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1987). Psychological distress, problem solving, and coping reactions: Sex role differences. *Sex Roles, 16*(3-4), 205-214.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism, 54*(5), 49-52.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology, 109*(3), 504.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin, 115*(3), 424.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology, 101*(3), 405.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology, 77*(5), 1061.
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Ron Norton, G. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(1), 50-63.
- Nurullah, A. S. (2010). Gender differences in distress: the mediating influence of life stressors and psychological resources. *Asian Social Science, 6*(5), p27.
- Observatorio de salud de la mujer (2006). Informe Salud y género 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., & Pertegal, M. Á. (2010). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje, 33*(2), 223-234.
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2002). Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(3), 98-106.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Women's Mental Health: An Evidence Based in Review*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud (2002). *Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Génova: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud, Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Women and Health: Today's evidence tomorrow's agenda*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar. Declaración de Madrid 2001*.

Orlofsky, J. L., & O'Heron, C. A. (1987). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations: Implications for personal adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 1034.

Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387.

Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.

Ortiz Hernández, L., & Cosme, J. A. G. (2003). Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México.

Ortiz, V. G. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 117-128.

Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud mental*, 28(4), 49.

Ortiz-Hernández, L., & García, M. I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México [Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City]. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 913-925.

Oost, K. M., Livingston, N. A., Gleason, H. A., & Cochran, B. N. (2016). Gender performance stress and risk for psychopathology: looking beyond sexual orientation. *Journal of LGBT youth*, 13(3), 231-248.

Pachón, B. C. (2006). La sociedad de consumo y los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (4), 321-335.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Páez, D., Zubieta, E., Mayordomo S., Jiménez, A., Ruíz, S. (2003). Identidad. Auto-concepto, auto-estima, auto-eficacia y locus de control. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S., Zubieta, E. (Ed.) *Psicología, cultura y educación*. Madrid: Pearson Educación.
- Palapattu, A. G., Kingery, J. N., & Ginsburg, G. S. (2006). Gender role orientation and anxiety symptoms among African American adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 34(3), 423-431.
- Palomino, P.A., Grande, M.L., Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91.
- Paredes, K. F., Mancilla-Díaz, J. M., Vásquez-Arévalo, R., Rayón, G. Á., & Aguilar, X. L. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10(3), 829.
- Parent, M. C., & Moradi, B. (2010). Confirmatory factor analysis of the conformity to feminine norms inventory and development of an abbreviated version: the CFNI-45. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 97-109.
- Park, L. E., Crocker, J., & Vohs, K. D. (2005). Contingencies of self-worth and self-validation goals. *Unpublished manuscript, University of Michigan, Ann Arbor*.
- Patterson, C. J., Sutfin, E. L., & Fulcher, M. (2004). Division of labor among lesbian and heterosexual parenting couples: Correlates of specialized versus shared patterns. *Journal of Adult Development*, 11(3), 179-189.
- Pavón, A., Moreno, J.A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: diferencias por géneros. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(1), 7-23.
- Pelham, B. W., Koole, S. L., Hardin, C. D., Hetts, J. J., Seah, E., & DeHart, T. (2005). Gender moderates the relation between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41(1), 84-89.
- Peplau, L. A., & Garnets, L. D. (2000). A new paradigm for understanding women's sexuality and sexual orientation. *Journal of Social Issues*, 56(2), 330-350.
- Peplau, L. A., & Huppín, M. (2008). Masculinity, femininity and the development of sexual orientation in women. *Journal of gay & lesbian mental health*, 12(1-2), 145-165.
- Peplau, L. A., Spaulding, L. R., Conley, T. D., & Veniegas, R. C. (1999). The development of sexual orientation in women. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 70-99.
- Pérez, M., García, J.M. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. (Ed.) Álvarez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., Amigo, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Phillips, G., & Over, R. (1995). Differences between heterosexual, bisexual, and lesbian women in recalled childhood experiences. *Archives of sexual behavior*, 24(1), 1-20.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Piers, E. V. (1977). *The Piers-Harris Children's Self Concept Scale:(The Way I Feel about Myself)*. Counselor Recordings and Tests.
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación.
- Plaza, J. F. (2012). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista ICONO14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 8(3), 62-83.
- Plaza, J. F. (2012). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista ICONO14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 8(3), 62-83.
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2009). Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Archives of sexual behavior*, 38(3), 400-410.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60(4), 747-770.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, 130(3), 435.
- Reid, A. (2004). Gender and sources of subjective well-being. *Sex Roles*, 51(11-12), 617-629.
- Reid, G. (2015). La homofobia como estrategia política. *Política exterior*, 29(167), 126-136.
- Rice, K., Tsianakas, V., & Quinn, K. (2007). Women and Depression. *Gender Impact Assessment*, (1), i.
- Rieger, G., & Savin-Williams, R. C. (2012). Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 611-621.
- Rieger, G., Linsenmeier, J. A., Gygax, L., & Bailey, J. M. (2008). Sexual orientation and childhood gender nonconformity: evidence from home videos. *Developmental psychology*, 44(1), 46.
- Rizwan, M., & Ahmad, R. (2015). Self-Esteem Deficits Among Psychiatric Patients. *SAGE Open*, 5(2), 2158244015581649.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410-417.
- Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14(3), 161-181.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Roberts, K. E., Schwartz, D., & Hart, T. A. (2011). Social anxiety among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. <http://dx.doi.org/10.1037/12315-009>
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., Regier, D.A. (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Tree Sites. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 949-958.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 27(2), 151-161.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Rodríguez-Saavedra, R. y Cano-Vindel, A. (1995). Relación entre adquisición y patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental. *Ansiedad y Estrés* 1, 105-111.
- Rohlfs, I. (2003). Género y salud: diferencias y desigualdades. *Quark*, 27, 36-40.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvente, M., Llacer, A., Mazarrasa, L., Pasarín, M.I. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14 (2), 146-155.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), pp. 60-71.
- Rohlfs, I., García, M. D. M., Gavaldà, L., Medrano, M. J., Juvinyà, D., Baltasar, A., ... & Muñoz, D. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18, 55-64.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., & Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2004). Ethnic/racial differences in the coming-out process of lesbian, gay, and bisexual youths: A comparison of sexual identity development over time. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 215.
- Rosario, M., Shinn, M., Mørch, H., & Huckabee, C. B. (1988). Gender differences in coping and social supports: Testing socialization and role constraint theories. *Journal of Community Psychology*, 16(1), 55-69.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61, 52.
- Rosenberg, M., & Pearlman, L. I. (1978). Social Class and Self-Esteem among Children and Adults. *American Journal of Sociology*, 84(1), 53-77.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American sociological review*, 141-156.

Ruble, D. N., Greulich, F., Pomerantz, E. M., & Gochberg, B. (1993). The role of gender-related processes in the development of sex differences in self-evaluation and depression. *Journal of Affective Disorders*, 29(2), 97-128.

Rust, P. C. (2001). Two many and not enough: The meanings of bisexual identities. *Journal of Bisexuality*, 1(1), 31-68.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.

Sáez, M. S. C., & Mateo, C. M. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 55(3), 455-474.

Saffon, S., & Saldarriaga, L. M. (2015). La internalización del ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75-90.

Saghir, M. T., Robins, E., Walbran, B., & Gentry, K. A. (1970). Homosexuality. IV. Psychiatric disorders and disability in the female homosexual. *American Journal of Psychiatry*, 127(2), 147-154.

Salanova, M., Bresó, E., & Schaufeli, W. B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 215-231.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211.

Sánchez, E. S. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *anales de psicología*, 15(2), 251-260.

Sanchez, 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(1), 63-77.

Sánchez, E., Garrido, A., & Alvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 17-33.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sánchez-Herrero Arbide, S., del Pilar Sánchez-López, M., & Aparicio-García, M. (2011). Salud, ansiedad y autoestima en mujeres de mediana edad cuidadoras y no cuidadoras. *Ansiedad y Estrés*, 17(1).

Sánchez-López, M. D. P., Cuellar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health. *Women & health*, 52(2), 182-196.

Sanchez-Lopez, M. P., Flores, I. C., Dresch, V., & Aparicio-Garcia, M. (2009). Conformity to feminine gender norms in the Spanish population. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37(9), 1171-1185.

Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Limiñana, R., & Corbalán, J. (2012). Differential personality styles in men and women: The modulating effect of gender conformity. *SAGE Open*, 2(2), 2158244012451752.

Sánchez-López, M.P. (2013). *La salud de las mujeres*. Madrid: Síntesis.

Sánchez-López, M.P., Aparicio, M.E. Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.

Sandfort, T. G., de Graaf, R., & Bijl, R. V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 15-22.

Sanfilippo, M. P. (1994). Masculinity, femininity, and subjective experiences of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 144-157.

Saunders, K.J., Kashubeck-West, S. (2006). The relations among feminist identity development, gender role orientation, and psychological well-being in women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(2), 199-211.

Savin-Williams, R. C. (1989). Gay and lesbian adolescents. *Marriage & Family Review*, 14(3-4), 197-216.

Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of sexual behavior*, 41(1), 103-110.

Scheer, S., Parks, C. A., McFarland, W., Page-Shafer, K., Delgado, V., Ruiz, J. D., ... & Klausner, J. D. (2002). Self-reported sexual identity, sexual behaviors and health risks: Examples from a population-based survey of young women. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 69-83.

Schick, V., Rosenberger, J. G., Herbenick, D., Calabrese, S. K., & Reece, M. (2012). Bidentity: Sexual behavior/identity congruence and women's sexual, physical and mental well-being. *Journal of Bisexuality*, 12(2), 178-197.

Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89(4), 623.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Schwalbe, M. L., & Staples, C. L. (1991). Gender differences in sources of self-esteem. *Social Psychology Quarterly*, 158-168.

Schwalbe, M. L., & Staples, C. L. (1991). Gender differences in sources of self-esteem. *Social Psychology Quarterly*, 158-168.

Scott, S. M., Wallander, J. L., Depaoli, S., Elliott, M. N., Grunbaum, J. A., Tortolero, S. R., ... & Schuster, M. A. (2015). Gender role orientation is associated with health-related quality of life differently among African-American, Hispanic, and White youth. *Quality of Life Research*, 24(9), 2139-2149.

Sebastián, J., Aguiñiga, C., & Moreno, B. (1987). Androginia psicológica y flexibilidad comportamental. *Estudios de Psicología*, 8(32), 13-30.

Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

Sell, R. L., & Becker, J. B. (2001). Sexual orientation data collection and progress toward Healthy People 2010. *American Journal of Public Health*, 91(6), 876.

Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I—The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Psychiatry*, 2(1), 2

Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American journal of Psychiatry*, 160(3), 541-546.

Skidmore, W. C., Linsenmeier, J. A., & Bailey, J. M. (2006). Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 685-697.

Skidmore, W. C., Linsenmeier, J. A., & Bailey, J. M. (2006). Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Archives of sexual behavior*, 35(6), 685-697.

Smith, T. W. (2011). Cross-national differences in attitudes towards homosexuality.

Solar, F. C. (2005). Una Perspectiva Evolutiva de las Diferencias de Género en la Presencia de Trastornos Depresivos. *Terapia Psicológica se encuentra incluida en las siguientes bases de datos: Latin-Index; LILAS de BIREME; PSICODOC, PsycINFO (American Psychological Association, APA)*, 23(1), 49-57.

Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271-302.

Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of sexual behavior*, 32(5), 403-417.

Spitzer, R. L. (2012). Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 757-757.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SPSS, I. (2012). Statistics for windows, version 20.0. *IBM Corp., Armonk, NY.*
- Stoppard, J. M., & Paisley, K. J. (1987). Masculinity, femininity, life stress, and depression. *Sex Roles, 16*(9-10), 489-496.
- Stoyanova, M., & Hope, D. A. (2012). Gender, gender roles, and anxiety: Perceived confirmability of self report, behavioral avoidance, and physiological reactivity. *Journal of anxiety disorders, 26*(1), 206-214.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review, 6*(1), 2-30.
- Tang, H., Greenwood, G. L., Cowling, D. W., Lloyd, J. C., Roeseler, A. G., & Bal, D. G. (2004). Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem?(United States). *Cancer Causes & Control, 15*(8), 797-803.
- Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. *Advances in experimental social psychology, 21*(181-228).
- Thompson, E. M., & Morgan, E. M. (2008). " Mostly straight" young women: variations in sexual behavior and identity development. *Developmental psychology, 44*(1), 15.
- Tinsley, E. G., Sullivan-Guest, S., & McGuire, J. (1984). Feminine sex role and depression in middle-aged women. *Sex Roles, 11*(1), 25-32.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental psychology, 46*(6), 1580.
- Udry, R., J., & Chantala, K. (2006). Masculinity–Femininity Predicts Sexual Orientation in Men but Not in Women. *Journal of Biosocial Science, 38*(06), 797-809.
- Valanis, B. G., Bowen, D. J., Bassford, T., Whitlock, E., Charney, P., & Carter, R. A. (2000). Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample. *Archives of Family Medicine, 9*(9), 843.
- Vázquez, C. & Jiménez, F. (2000). Compendio de escalas para la evaluación de la depresión y la manía. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 288-308). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., Nieto-Moreno, M. (2005). La evaluación de la depresión en adultos. En Caballo, V. (Ed). *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual. 14*, 401-432 .
- Vázquez, C., y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Vol. 2, 2ª ed. revisada* (pp. 233-269). Madrid: MacGraw Hill.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Velasco, S. (2005). El imaginario social y la salud de las mujeres. En: López Dóriga, B. *La publicidad y la salud de las mujeres*. Análisis y recomendaciones. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Velasco, S. (2008). Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Velasco, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Observatorio de Salud de la Mujer: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26, 156-182.
- Viera, A., López, S., & Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7(1-2), 34-9.
- Villa, I., Zuluaga C. & Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Verma, J. P. (2013). Cluster analysis: For segmenting the population. In *Data Analysis in Management with SPSS Software* (pp. 317-358). Springer India.
- Ward Jr, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American statistical association*, 58(301), 236-244.
- Walters, V. (2004). The social context of women's health. *BMC Women's Health*, 4(1) doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S2
- Warner, J., McKeown, E., Griffin, M., Johnson, K., Ramsay, A., Cort, C., & King, M. (2004). Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women. *The British Journal of Psychiatry*, 185(6), 479-485.
- Weinrich, J. D., & Klein, F. (2002). Bi-gay, bi-straight, and bi-bi: Three bisexual subgroups identified using cluster analysis of the Klein Sexual Orientation Grid. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 109-139.
- Weinrich, J. D., Klein, F., McCutchan, J. A., Grant, I., & HNRC Group. (2014). Cluster analysis of the Klein Sexual Orientation Grid in clinical and nonclinical samples: When bisexuality is not bisexuality. *Journal of bisexuality*, 14(3-4), 349-372.
- Weisbuch, M., Sinclair, S. A., Skorinko, J. L., & Eccleston, C. P. (2009). Self-esteem depends on the beholder: Effects of a subtle social value cue. *Journal of experimental social psychology*, 45(1), 143-148.
- Whitam, F. L., & Mathy, R. M. (1991). Childhood cross-gender behavior of homosexual females in Brazil, Peru, the Philippines, and the United States. *Archives of sexual behavior*, 20(2), 151-170.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.

Whitehead, N., & Whitehead, B. (1999). *My genes made me do it: A scientific look at sexual orientation*. Lafayette, LA: Huntington House Publishers.

Whitley, B.E. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(4), 765-778.

Witt, M. G., & Wood, W. (2010). Self-regulation of gendered behavior in everyday life. *Sex Roles*, 62(9-10), 635-646.

Wood, G. E., & Shors, T. J. (1998). Stress facilitates classical conditioning in males, but impairs classical conditioning in females through activational effects of ovarian hormones. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 95(7), 4066-4071.

Worthington, R. L., Savoy, H. B., Dillon, F. R., & Vernaglia, E. R. (2002). Heterosexual Identity Development A Multidimensional Model of Individual and Social Identity. *The Counseling Psychologist*, 30(4), 496-531.

Wupperman, P., & Neumann, C. S. (2006). Depressive symptoms as a function of sex-role, rumination, and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 189-201.

Zafra, A. O., Toro, E. O., & Garrido, J. M. (2008). Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, (31), 3.

Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of personality*, 74(1), 119-144.

Zucker, K. J. (2005). Forum: Commentary on Gottschalk's (2003)'Same-sex Sexuality and Childhood Gender Non-conformity: A Spurious Connection'. *Journal of Gender Studies*, 14(1), 55-60.

ANEXOS

ANEXO I

INVITACIÓN DE PARTICIPACIÓN

Desde la Universidad Complutense de Madrid estamos realizando un estudio con objeto de conocer mejor la salud de las mujeres. Nuestro interés es visibilizar la salud de mujeres, pero prestando especial atención a mujeres lesbianas y transexuales. Su participación es totalmente voluntaria y no se demorará más de 10-15 minutos. Si está interesada en participar, por favor, pinche en el siguiente enlace:

<https://docs.google.com/forms/d/12E8OXbHH647EC2vPJTInLmpLTFzzFJaKqN6eUeBEa7M/viewform>

Si tiene alguna duda o comentario puede ponerse en contacto con las investigadoras en las direcciones de correo que figuran más abajo. Le agradecemos mucho su colaboración.

ANEXOS

ANEXO II

Consentimiento Informado para la Participación en Investigación

Desde la Universidad Complutense de Madrid estamos realizando un estudio con objeto de conocer mejor la salud de las mujeres.

Su participación es voluntaria. Si decide participar se le pedirá que conteste a una serie de preguntas a través del siguiente cuestionario online. Los datos que usted aporte son completamente confidenciales, su nombre no aparecerá en ningún momento relacionado con sus datos.

En cualquier momento usted puede dejar de contestar la encuesta, aunque le pedimos que por favor intente contestarla hasta el final. En cualquier caso le agradecemos su tiempo.

A lo largo del cuestionario encontrará preguntas obligatorias (señalizadas mediante un asterisco de color rojo). Si deja alguna pregunta obligatoria sin contestar, no se le permitirá avanzar a la siguiente hoja (se le indicará mediante un recuadro rojo alrededor de la pregunta en cuestión). Revise y responda la pregunta correspondiente para poder dirigirse a la siguiente hoja.

Si tiene alguna duda o comentario puede consultar con las investigadoras en el contacto que figura más abajo.

Aceptación del Consentimiento Informado

Usted ha sido informada del propósito de este estudio así como del proceso de mantenimiento de la privacidad y confidencialidad de sus respuestas. Se le han proporcionado los datos de contacto de las investigadoras responsables en caso de que quisiera preguntar cualquiera duda relacionada con lo aquí expuesto antes de dar su consentimiento. Si acepta lo expuesto anteriormente, estará indicando que usted ha leído el texto presentado previamente, que acepta participar en esta investigación y que, por tanto, va a proporcionar sus datos para que sean utilizados bajo las condiciones previamente descritas.

- Acepto participar en el presente estudio.
- Lo siento, no estoy interesada en participar en el presente estudio.

**CUESTIONARIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS FEMENINAS
(VERSIÓN DE 40 ÍTEMS)**

ANEXO III

Las siguientes páginas contienen una serie de afirmaciones sobre cómo las personas podrían pensar, sentirse o portarse. Las afirmaciones se han diseñado para medir actitudes, creencias y comportamientos asociados con los roles de género femeninos, tanto tradicionales como no tradicionales.

Por favor, indique el grado en el que está **personalmente de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación**. Rodee con un círculo la respuesta que mejor refleje sus **pensamientos, sus propias acciones, sentimientos y creencias**:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Acuerdo
4. Totalmente de acuerdo

1. Cuidaría niños para divertirme.
2. Sería más feliz si fuera más delgada.
3. Me sentiría extremadamente avergonzada si tuviera muchas parejas sexuales.
4. Me siento incómoda si me escogen para alabarme.
5. Cuando estoy en una relación romántica, le doy toda mi energía.
6. Es importante mantener limpio el espacio donde se vive.
7. Si fuera soltera, me gustaría tener muchas citas.
8. Limpio mi casa regularmente.
9. Me siento atractiva cuando no voy maquillada.
10. Presumir no tiene nada de malo.
11. Estoy cómoda cuando el lugar donde vivo está un poco desordenado.
12. Cuidar niños no es para mí.
13. Ser agradable con los demás es extremadamente importante.

ANEXOS

14. Me maquillo regularmente.
15. No me tomo muchas molestias para mantener el contacto con mis amigos.
16. La mayoría de la gente disfruta más que yo de los niños.
17. Me gustaría perder algunos kilos.
18. No es necesario estar en una relación comprometida para tener sexo.
19. Odio contar mis logros a la gente.
20. Puedo ser feliz sin estar en una relación romántica.
21. No he limpiado mi casa en la última semana.
22. Por las mañanas me preparo sin mirarme mucho al espejo.
23. Tiendo a vigilar lo que me como para mantenerme delgada.
24. Siempre quito importancia a mis logros.
25. No me importa si mi casa tiene un aspecto desordenado.
26. Jamás me maquillo.
27. Mis planes vitales no dependen de tener una relación romántica.
28. Es importante tener un aspecto físico atractivo en público.
29. Si una amistad no funciona, le pongo fin.
30. Siempre estoy intentando perder peso.
31. Sólo tendría sexo con la persona amada.
32. Cuando estoy en una relación romántica, disfruto centrando mis energías en ella.
33. No temo herir los sentimientos de los demás para conseguir lo que quiero.
34. Cuidar niños me hace sentirme realizada.
35. Mi vida estaría completa sin una pareja.
36. Evito a los niños activamente.
37. Ganar peso me da pánico.
38. Sólo tendría sexo si tuviera una relación de compromiso, como el matrimonio.
39. Sólo soy amable con la gente que me gusta.
40. Me gusta estar cerca de niños.

ANEXOS

ANEXO IV

Página de confirmación de realización del cuestionario

Hemos registrado tu respuesta. Gracias por participar en la investigación.

**Si has elegido la opción "varón" en la pregunta correspondiente al sexo al que perteneces, se te habrá redirigido hasta el final del cuestionario. Te agradecemos tu participación, pero en esta ocasión estamos recogiendo datos de mujeres.