

Estereotipos de género y salud mental. Una mirada crítica.

Trabajo Final de Grado:

Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud

Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Estudiante: Bartolomé Ordines Mestre

Nombre Consultor/a: Francisco José Eiroá Orosa

Fecha de entrega: 14/5/2024



Esta obra está sujeta a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada
3.0 España de Creative Commons

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	Estereotipos de género y salud mental. Una mirada crítica
Nombre del autor:	Bartolomé Ordines Mestre.
Nombre del consultor/a:	Francisco José Eiroá Orosa
Fecha de entrega:	5/2024
Ámbito del Trabajo Final:	Psicología Clínica y de la Salud: campo de la psicología de la salud.
Titulación:	Grado en Psicología
Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):	
<p>Con relación al género, se constata una tasa diferencial de prevalencias sintomatológicas. Mientras en el género femenino se observan mayores tasas de trastornos afectivos, en los hombres se observa un número mayor de conductas autoagresivas, agresivas, alcoholismo, delincuencia y suicidio. El objetivo de esta investigación es establecer la influencia de la masculinidad tradicional, cuyas exigencias sociales siguen suprimiendo lo relacionado con la expresión emocional y subrayando la importancia de ser fuerte y no necesitar ayuda, con los síntomas afectivos externalizantes observados mayoritariamente en hombres. Se pretende problematizar los estereotipos de género tradicionales sobre cómo funcionan las personas para la prevención y el tratamiento de la salud mental. Se empleará una metodología cuantitativa de tipo descriptiva correlacional, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se usará la técnica de bola de nieve hasta alcanzar una muestra de 113 varones, de 25 a 64 años,</p>	

residentes en Castellón, Valencia y Alicante. Se administrará en formato digital, mediante el traspaso a cuestionarios de Google, el BDI-II, que mide los síntomas recogidos en el DSM-V, y la Escala de Riesgo de Depresión Masculina MDRS-22, que informa acerca de los síntomas afectivos alternativos más externalizantes. Asimismo, se aplicará la Escala de Normas de Rol Masculino ENRM. Tras comparar la variable depresión en sus distintas formas de expresión, aunque no implica causalidad, se espera que las puntuaciones más altas en la MDRS-22, mantengan una correlación significativa con la presencia de una ideología masculina tradicional y sus distintas dimensiones reflejadas en la ENRM, lo cual concuerda con las hipótesis iniciales.

Palabras clave (entre 4 y 8):

Estereotipos, género, masculinidad, síntomas externalizantes, depresión.

Abstract (in English, 250 words or less):

Regarding gender, the differential rate of symptomatologic prevalence is striking. While the female gender shows higher rates of affective disorders, men show higher rates of self-aggressive and aggressive behaviors, alcoholism, delinquency, and suicide. This research aims to establish the influence of traditional masculinity, whose social demands continue to suppress emotional expression, and emphasize the importance of being strong and not needing help, on the externalizing affective symptoms observed mostly in men. The aim is to problematize traditional gender stereotypes about how people function for the prevention and treatment of mental health. A quantitative methodology of a descriptive correlational type will be used, using non-probabilistic convenience sampling. The snowball technique will reach a sample of 113 males, aged 25 to 64 years, residents of Castellón, Valencia, and Alicante. The BDI-II, which measures the generic affective symptoms listed in the DSM-V, and the Male Depression Risk Scale MDRS-

22, which provides information about the most externalizing alternative affective symptoms, will be administered digitally by transferring them to Google questionnaires. The ENRM Male Role Norms Scale will also be applied. After comparing the variable depression in its different forms of expression, although it does not imply causality, high scores on the MDRS-22 are expected to maintain a significant correlation with the presence of a traditional masculine ideology and the different domains reflected in the ENRM, which is consistent with the initial hypotheses.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Stereotypes, gender, masculinity, externalizing symptoms, depression

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN	7
1.2. REVISIÓN TEÓRICA.....	9
1.2.1. <i>Conceptualización del constructo sexo-género</i>	12
1.2.2. <i>Desmontando mitos</i>	14
1.2.3. <i>Identidad grupal</i>	15
1.2.4. <i>Procesos de socialización postpatriarcal: “el hombre nace o se hace”</i>	17
1.2.5. <i>Diferencias de género y salud mental</i>	19
1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS	21
1.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	22
2. MÉTODO	22
2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.2. PROCEDIMIENTO	23
2.3. PARTICIPANTES.....	24
2.4. INSTRUMENTOS.....	26
2.5. ANÁLISIS PLANTEADOS	27
3. DISCUSIÓN	29
4. CONCLUSIONES	31
5. REFERENCIAS.....	33

1. Introducción

1.1. Contexto y justificación

En lo referente a la salud mental, en todo el mundo se observan diferencias significativas en los patrones epidemiológicos entre hombres y mujeres. Revisando los datos globales del Ministerio de Sanidad de España, recogidos en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, 2017) por ejemplo, la prevalencia de trastornos depresivos es casi 3 veces más frecuente en mujeres (58,5%) que en hombres (23,3%). Por el contrario, se observa una mayor tendencia en hombres a padecer esquizofrenia en cualquiera de sus formas, siendo que la sintomatología también es más grave en ellos (Pubill, 2024). Asimismo, en 2020, casi tres cuartas partes de las personas que cometieron suicidio en España fueron hombres en comparación con las mujeres, según el Instituto Nacional de Toxicología Forense (INTCF, 2020). Además, el consumo de alcohol también es mayor entre los hombres que en las mujeres, 3,6% frente a 1,1%, según el Informe Ejecutivo EDADES (2022).

A ojo desnudo, la conclusión a la que se podría llegar es que las mujeres padecen más enfermedades y acuden con más regularidad a los servicios de salud que los hombres, a pesar de que ellos presentan una prevalencia de enfermedades más graves. ¿A qué se debe, pues, esta tasa diferencial de prevalencias sintomatológicas? Abordar esta cuestión estrictamente desde una perspectiva biomédica o conductual no haría más que enmascarar el problema, acentuando si cabe los estereotipos de género (Ferrer, Acosta y Broche, 2021). En la presente investigación se pretende analizar la influencia de dichos estereotipos de género (introyectados desde cultura) en las diferentes formas de expresión y manifestación del malestar psíquico. En base a los datos observados y desde una perspectiva de género, parece que los hombres presentan mayor dificultad a la hora de informar sobre la sintomatología afectiva por el hecho de pertenecer al género que les corresponde. Y es que, la masculinidad tradicional, es un medio a través del cual se definen como hombres y se confieren poder y estatus social y, por ende, se diferencian

de las mujeres aun pagando un alto peaje (Möller-Leimkühler 2010). Los expertos reportan que la poca apertura emocional en hombres se relaciona con el abuso de alcohol como analgésico, conductas de riesgo, delictivas y autoagresivas, etc. (Blake, 2008). Asimismo, existe consenso en cuanto al hallazgo empírico de que los hombres buscan ayuda con menos frecuencia para problemas emocionales que las mujeres (Mahalik & Di Bianca, 2021). En contraste, da la impresión de que a la mujer se la acepta mejor bajo estos esquemas (debilidad, dependencia, emocionalidad, etc.), inherentes a dicha categoría social, no sin sufrir consecuencias negativas (Courtenay, 2000). Luego entonces, esta investigación pretende indagar sobre la relación que existe entre los niveles de depresión externalizante observados en los hombres y la presencia de una ideología masculina tradicional. Se analizará la variable depresión, caracterizada por síntomas de tristeza, desesperanza, vacío, abulia, sentimiento de inutilidad, culpa, etc. y se comparará con el llamado síndrome de depresión masculino, marcado por síntomas alternativos observados predominantemente en hombres (comportamientos externalizantes, supresión emocional, abuso de sustancias y búsqueda de riesgos). Síntomas que, según Sedlinská et al., (2021), contribuyen al sesgo de género en el diagnóstico de la depresión. Ante semejantes manchas ciegas en nuestra cultura a la hora de abordar el continuum salud-enfermedad dictadas por una marcada perspectiva masculina, en este estudio se busca problematizar los estereotipos sobre cómo funcionan los hombres y las mujeres. Examinar las creencias a través de las cuales interpretamos la realidad, y reivindicar la necesidad de ser neutrales en el abordaje de la salud mental, adoptando una postura integral y antropológica.

1.2. Revisión teórica

Desde que se tienen datos, numerosos estudios han demostrado de manera firme y sólida que existe una diferencia de género relativa a la presencia de síntomas y trastornos en salud mental. En el caso de la depresión, por ejemplo, históricamente se observan tasas más elevadas en mujeres. No obstante, tales asimetrías no son estables a lo largo del ciclo vital, pues, las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos afectivos disminuyen a partir de la adultez tardía debido a un decremento de las tasas de frecuencia en el género femenino.

Hasta el momento, se han barajado diferentes hipótesis para explicar las diferencias en el ámbito del género en salud mental. Es importante resaltar que no tienen por qué ser excluyentes entre sí (Cova, 2005).

Hipótesis biológicas: Son las que más han prestado atención a la inestabilidad de las diferencias a lo largo del ciclo vital. Especialmente se centran en el funcionamiento de las hormonas reproductivas (el papel de los estrógenos y la progesterona), ya que el aumento de síntomas disfóricos en mujeres se produce de forma paralela con el incremento de estas hormonas en la pubertad, tendiendo a disminuir en la menopausia. Este hecho proporciona cierto atractivo a esta hipótesis (Rutter et al, 2003). Pero, no obstante, el peso de las hormonas reproductivas para el desarrollo de trastornos afectivos no ha podido demostrarse nítidamente ni por los cambios puberales, ni por el riesgo de trastornos depresivos relacionados con el parto ni por los ciclos menstruales (Whiffen, 1992; en Cova, 2005). Por otro lado, también hay controversia sobre la influencia de la testosterona como factor protector en el caso del género masculino (Sáez, 2017). Pese a la inconsistencia de los datos, los factores genéticos pueden tener una influencia indirecta en la vulnerabilidad a la depresión a través de la heredabilidad de temperamentos ansiosos, tasas altas de neuroticismo, etc.

Hipótesis psicosociales: estas hipótesis resaltan dos aspectos interrelacionados. Por un lado, la variabilidad intergrupala se explicaría por la influencia de distintas demandas sociales

y culturales, a través de su impacto en el desarrollo emocional, social y cognitivo de ambos sexos. A saber, si la influencia de los procesos de socialización, estereotipos y distintos roles sociales predisponen a la mujer a un desarrollo mayor de emociones como la empatía, dificultades para procesar la rabia, sentimientos de culpa. Así como diferentes sensibilidades ante eventos vitales. Estrategias de afrontamiento pasivas ante las experiencias desagradables o adversidades; modos distintos de procesar la rabia, dificultades para ser asertivas o defender sus puntos de vista o necesidades. Se han encontrado evidencias sobre una mayor frecuencia de estas características en mujeres y de su estrecha relación con la vulnerabilidad a la depresión (Zahn-Waxler, 2000; Nolen, Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; en Cova, 2005). Asimismo, también se ha constatado que la autoestima corporal de la mujer es un factor capital entre ellas, pues supone un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos (Sáez, 2017). Otros aspectos que suponen un factor de vulnerabilidad serían el grado de significación que se le otorga a las relaciones, así como el sentirse responsables del bienestar de los demás. Por el contrario, la frecuencia de dichas variables es menos observable en el sexo opuesto, por lo que tendrían menor impacto depresivo ante las desequilibrantes adversidades de la vida en el grupo varonil. En la misma línea, las pautas socializadoras empleadas en los hombres y un estilo de vida socialmente más estimulado propician una forma distinta de experimentar, expresar el malestar y afrontar los desafíos (Hankin & Abramson, 2001). El segundo aspecto a valorar de la hipótesis psicosocial es la existencia de diferencias en la exposición a eventos y condiciones adversas en la vida que favorecen la aparición de la depresión. Entre ellas, la frecuencia de maltrato, abuso o violencia sexual (Koss, 1993; en Cova, 2000). La precariedad laboral o el desempleo, también afecta más a las mujeres. La invisibilidad de la mujer relegándola exclusivamente a las tareas domésticas y de crianza, supone muy poco reconocimiento social y económico y mucha insatisfacción. Recuérdese el “*síndrome de ama de casa*”, en el caso de presentar apatía, tristeza, o falta de autoestima ante un trabajo no remunerado y sin

reconocimiento familiar. O el “*síndrome de la superwoman*”, ante el estrés que suponen jornadas laborales interminables, el rol de madre, el de esposa excepcional, etc.

Hipótesis artificiales: Por el momento se han presentado explicaciones a las diferencias de género en salud mental (poniendo como ejemplo la depresión), y aceptando ciegamente los resultados de los estudios epidemiológicos. No obstante, más allá del empleo de diagnósticos clínicos dependientes de la subjetividad del experto, susceptibles de sesgos sexistas (Culberston, 1997; en Cova, 2005) se plantea la posibilidad de sesgos epistemológicos en los criterios empleados para evaluar. Es decir, si estos son igual de apropiados para ambos géneros (Sedlinská et al., 2020). Voces expertas han planteado que algunos criterios diagnósticos de valoración de trastornos captan mejor la forma en que las mujeres tienden a experimentar y expresar algunos síntomas, cayendo en la posibilidad de patologizar ciertas experiencias habituales en ellas y no necesariamente desadaptativas. Sin embargo, estos criterios de evaluación no serían tan aptos para captar la forma en que experimentan y expresan el malestar emocional de los hombres. Esto resulta congruente con los estudios que afirman que los hombres tienden a externalizar el malestar más intensamente con sus acciones e impulsos, lo cual nos remite a las pautas de socialización masculina donde, entre otras cosas, se fomenta la supresión de la emocionalidad (Hammond, 2012). Contrastando con el género femenino, donde habría una tendencia a centrar el foco en la experiencia emocional, sin manifestación de hostilidad (Rice et al., 2013). Desde estos parámetros es inevitable pensar en lo que algunos investigadores han planteado. Y es que las diferentes formas de expresar el malestar podrían ser dos maneras equivalentes pero distintas de depresión entre géneros. Mientras en unos hay una tendencia al consumo de sustancias, a la acción, a la violencia y a la auto agresividad (obsérvense las tasas de suicidio, delincuencia y alcoholismo). En ellas se observan otras reacciones frente al malestar psíquico, más centradas en la experiencia emocional (Cleary, 2012). En la misma línea, un estudio reciente realizado mediante entrevistas

semiestructuradas a seis profesionales de la salud mental, los participantes declararon la falta de conocimiento y comprensión en el abordaje de trastorno límite de la personalidad en población varonil (Davies, Pipkin & Lega, 2024). Los temas que trataron en las entrevistas versaban sobre las diferencias de género, estereotipos, barreras para la prestación de cuidados y formas de mejorarlos, etc.

1.2.1. Conceptualización del constructo sexo-género.

El ser humano estructura la realidad y construye significados sobre la base de la diferencia (Jayme, 2002). Citando a Lacan (en Barroso, 2012), un significante no significa nada si no es en relación con otro significante, a propósito de la estructuración del inconsciente como el lenguaje. Así, la lógica que subyace a la clasificación de los seres humanos en dos grupos distintos responde a que, si a cosas distintas las agrupamos en un mismo conjunto o categoría, lo que se hace es remarcar sus similitudes. O, por el contrario, si las agrupamos en categorías distintas, entonces acentuamos sus diferencias (Tajfel y Turner, 1979). Luego entonces, la consecuencia implícita que se deriva de esta lógica es exhibir que los hombres y las mujeres son más diferentes que semejantes, y que uno es a partir del otro, aunque la similitud o la diferencia sea una cuestión de perspectiva.

Los humanos pertenecen a una especie de mamíferos caracterizada por el dimorfismo sexual (Jayme & Sau, 1996). Un fenómeno biológico que dota al ser humano de una morfología externa lo suficientemente distinta como para formar dos subcategorías. Principalmente basadas en el aparato reproductor; son las categorías de sexo: masculino y femenino. Desde la base de esta divergencia biofisiológica y anatómica, las sociedades humanas han tratado siempre de atribuir modelos de comportamiento a las personas asociados a dicha distinción original e “inevitable”. La autora defiende que se nace con una neutralidad psicosocial, pero, no obstante, desde el momento que se adjudica el sexo, o incluso antes de nacer, de acuerdo con la genitalidad, se determina y se refuerza indefectiblemente la masculinidad o la feminidad.

Estos modelos de comportamiento atribuidos a los sexos han ido configurando unos contenidos mediante procesos no solo cognitivos, sino emocionales y comportamentales, que han desembocado en una nueva taxonomía, el género. Entonces, aunque sexo y género mantienen una íntima relación, ambos términos no deberían confundirse. El género tiene que ver con un conjunto de rasgos, características y atributos que sitúan al hombre en una posición diferente con respecto a la mujer, estableciéndose una relación de poder asimétrica e injusta que impregna el discurso en la vida cotidiana. Smiler (2004; en Martínez et al., 2010), sin embargo, defiende que tales entidades no son opuestas pues ambas se pueden encontrar en un mismo individuo desde una perspectiva andrógina. Los estereotipos de género hacen referencia al conjunto de ideas sobre lo que implica ser un hombre o una mujer. Asimismo, los roles de género aluden a expectativas normativas en cuanto al comportamiento, que asignan a cada categoría un lugar o posición social; lo esperable o lo deseable. Siguiendo a Poblete y Campo (2018) la permanencia como mancha de aceite de estas ideas que actúan como dispositivos de dominación solamente puede explicarse por una construcción inconsciente de las subjetividades (cómo nos pensamos como sujetos en una época determinada), perpetuándose generación tras generación por identificación de los sujetos con los modelos y cuya transmisión se da también de manera inconsciente, de la estructura social a la estructura psíquica. No se trata de hombres y mujeres sexuados, sino de engendros estructurales de “lo masculino y lo femenino” que parecen anquilosados en la sociedad y gobiernan a unos y otras, delimitando los marcos de lo posible y de lo pensable. Mientras lo masculino, simbolizado por el hombre, históricamente ha simbolizado el poder, la fuerza, la dominación, la racionalidad, y la competencia, el autocontrol, el control sobre el entorno, el éxito, la competitividad, la agresividad, la vida pública y la acción. Lo femenino, en cambio, encarnaba todo lo opuesto. A saber, la pasividad, la emocionalidad, la delicadeza, la servidumbre, etc.

1.2.2. Desmontando mitos.

Rose (1996) hace que reflexionemos acerca las supuestas verdades relacionadas con la diferencia entre sexos donde históricamente se ha situado a la mujer en una posición de subordinación. Las creencias sobre la emocionalidad inherente a las mujeres y la ausencia de esta en hombres están arraigadas a las ideas occidentales de los dualismos de cuerpo y mente, emoción y razón. Sin embargo, estudios recientes demuestran que la emocionalidad entre géneros no es tan diferente, sino que se expresan de manera distinta por un marcado patrón de género que moldea las subjetividades (Cleary, 2012)

Las preguntas que en su tiempo incumbían a Kant motivaron a Michel Foucault en su estudio sobre las relaciones de poder: ¿quién soy?, ¿qué puedo hacer?, ¿qué debo hacer?, de las cuales, sus respuestas deberían ser indagadas desde las relaciones de poder en la “ontología del presente” (Tirado, 2009). En términos foucaultianos, para problematizar la realidad del presente deben considerarse las condiciones en las que se establece una de tantas verdades que producen los regímenes del saber (la ciencia, la religión, la medicina, la escuela, la familia, sistema jurídico, etc.), para poder indagar en los criterios que rigen la normalidad o anormalidad psicológica en cada género (Rose, 1996). El impacto y la repercusión de la psiquiatría y el psicoanálisis, atravesados por el sistema patriarcal de la modernidad acabó impregnado el imaginario colectivo. Un imaginario donde se dibujaba al hombre como centro del universo, y a una mujer subordinada a él. Era difícil, por así decirlo, tener una perspectiva crítica puesto que se interpretaba la realidad a través de estas verdades. Centenares de textos escritos en el siglo XIX, describían la realidad intentando persuadir de la debilidad de la mujer, resaltar su belleza como “objeto de deseo”, o su virtud para “servir a los otros” (Poblete y Campo, 2018)

Rubín (en Suzzi, 2016) afirma, y con razón, que la contribución de las ideas clásicas del psicoanálisis acabó naturalizando al patriarcado en la modernidad, atribuyendo causas psíquicas a lo que en realidad eran relaciones asimétricas de poder entre los géneros. El patriarcado es una forma de organización política, religiosa y social que atraviesa todas las estructuras del tejido social y sitúa a los hombres en una posición de privilegio en relación con las mujeres, convirtiendo a la mujer en la sombra del hombre; invisible (Volnovich, 2012; en Poblete y Campo 2018)

Siguiendo a Foucault (en Tirado, 2009), el poder se articula en un doble sentido, por un lado, en la relación sujeto-verdad: la verdad sobre uno mismo es esencial para identificarse como tal y para hacerlo en relación con los demás, esto nos remite de nuevo a la pregunta de Kant sobre quién soy. Es decir, cómo se percibe uno, en relación con la supuesta verdad. Por otro lado, en la relación con el saber y la correspondencia entre sexo-género: aquí entran en juego los discursos producidos por parte de las ideologías dominantes sobre lo esperable en cada género y la salud mental. A saber, estar sano significa estar activo, dirigirse al logro, ser racional, etc. características todas, históricamente atribuidas al hombre ideal, pareciendo que la ética de la salud se acerca a “lo masculino”.

1.2.3. Identidad grupal

La teoría de la identidad social posibilita el entendimiento de gran parte de los procesos de identificación y desidentificación en cuanto al género (Tajfel y Turner, 1979). Las personas tienden a adherirse a grupos o categorías en base a una identificación con sus características, afinidades, sentimientos, pensamientos y roles sociales. El grupo formado por el género masculino, por ejemplo, construiría su identidad mediante procesos comparativos frente al

grupo femenino: “*nosotros frente a ellas*”. Es decir, se percibiría al “*otro*”, no por lo que es, sino por una representación de los demás sesgada por un fuerte sentimiento de pertenencia al grupo (una representación simbólica asignada culturalmente a cada sexo). Ahora bien, fruto de esta comparación los grupos pueden salir bien parados (reforzados) o mal parados, lo que implicaría hacer algo al respecto. En este instante cabe apuntar que, cuando un individuo del grupo percibe que su identidad está en conflicto, como se comentará más abajo, se verá inclinado a cambiar de grupo; otro en el que se sienta más auténtico y se identifique mejor. Esto es especialmente importante para problematizar los estereotipos, pues estos son ideas sobre grupos homogéneos. Desde estos parámetros, se ha reportado que la identidad masculina se confecciona sobre dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios (Lazarevich y Mora-Carrasco, 2009). Por una parte, un hiperdesarrollo del yo exterior (acción, logro), y por otra parte una supresión de la dimensión emocional. Así, si la esfera privada pertenecía a la mujer, la esfera pública es la arena donde se proyectan los hombres. Por lo tanto, entre los comportamientos que se incluyen en esta categoría se encuentra la agresividad, la independencia, la competitividad y el apego a lo externo. Siendo que este conjunto de características aporta seguridad al hombre.

La razón por la cual se decidió analizar hace veinte años la construcción de la identidad masculina tuvo que ver con las altas tasas de mortalidad en edades reproductivas, relacionadas con ciertas formas de socialización masculina que predisponen a la violencia y la autodestrucción, poniendo en peligro la integridad física y mental de las mujeres, de los niños, de otros hombres y de ellos mismos (Åhlander, et al, 2023). La incorporación de la mujer al mercado laboral y por tanto su independencia económica también fue un factor desencadenante para problematizar la identidad masculina, así como el movimiento feminista, LGTBI, etc. La mujer adquiere independencia, empoderamiento y seguridad, y esto hace que los esquemas tradicionales de la masculinidad se tambaleen. Los estereotipos de la mujer tradicional

empiezan a desquebrajarse, aludiendo de nuevo a Tajfel y Turner (1979). A través de estos estudios, el abordaje con perspectiva de género permite comprender la relación que existe entre el género y la sintomatología psiquiátrica observada en los datos epidemiológicos. Los mismos datos epidemiológicos ofrecidos por Medina y Cols (2003, en Lazarevich y Mora-Carrasco, 2009) en México, muestran una mayor prevalencia en mujeres de depresión y ansiedad, y estos datos coinciden con estudios anteriores realizados a nivel nacional e internacional. Sin embargo, los hombres mostraron mayor prevalencia en consumo de alcohol y drogas. Si se tiene en cuenta que la mitad de las personas con adicción ya presentaban depresión antes de dicha adicción, se puede llegar a la conclusión de que las mujeres y los hombres expresan el malestar de diferentes formas. El perfil de muerte entre hombres y mujeres también varía, pues en ellos se destaca un perfil con actitudes autodestructivas, delictivas y homicidas, mientras las muertes de mujeres con edades entre 15 y 64 años se asocian con la socialización de género masculino (violencia de género). La idea a la que se llega es que la masculinidad tradicional es poco saludable, entre otras cosas porque, ante el miedo a ser ridiculizados por mostrar “*su vulnerabilidad*”, toda la sociedad acaba pagando un alto precio (Eisler & Blalock, 1991)

1.2.4. Procesos de socialización postpatriarcal: “el hombre nace o se hace”

La base para la construcción de las identidades de género se enraíza en los procesos de socialización internalizados desde la infancia (Bonelli, 2019) Es difícil, en cualquier caso, establecer una causalidad entre factores biológicos y factores culturales. Más bien se debería pensar en una compleja interrelación entre ambos (Jayme, 2002). La categoría género, emerge de los movimientos de liberación feminista en los años sesenta y supone otro paradigma libre de esencialismos, pues, entre otras cosas permitió desnaturalizar la desigualdad e hizo visible lo que no podía verse a simple vista (la no necesaria correspondencia entre sexo-género). Desde

entonces, esta desigualdad comenzó a dejar de pensarse como algo natural y en cambio, se empezó a ver como producto de normas sociales impuestas que describen a uno en oposición al otro: público/privado; pasivo/activo; racional/emocional, etc. (Bonelli, 2019)

A partir de encuestas y entrevistas se realizó un estudio para analizar los estereotipos de género que los padres transmitían a sus hijos desde la socialización primaria. Se demostró que estaba habiendo una transformación desde el seno familiar debido a unas pautas socializadoras más igualitarias. Por consiguiente, la transmisión de estereotipos de género ya no sería tan distinta como antaño. En estos procesos, por ejemplo, se observó más equidad en la distribución de tareas domésticas, de crianza y atributos psicosociales (aunque algo diferentes), pero no tan antagónicos. Se comenta que la familia es un microsistema dentro del sistema social y por consiguiente una de sus funciones socializadoras es preparar a sus miembros para integrarse lo mejor posible en la sociedad, una sociedad cambiante donde las antiguas pautas se van quedando obsoletas. En este sentido, Berger y Luckman (1996; en Bonelli, 2019) en concordancia con Mead, mantienen que en el proceso de socialización primaria los niños y las niñas observan los comportamientos de los otros significantes en respuesta a sus acciones (en este caso los padres) y con la consideración que estos tienen de ellos. Los padres les sirven de espejo donde se reflejan y refuerzan sus comportamientos. Por otro lado, los niño/as realizan aprendizajes vicarios imitando el modelo de sus padres. Si el padre se implica en las tareas del hogar, a saber, es más probable que el niño lo haga. De este modo, los pequeños internalizan el mundo social de los otros significantes y la idea de lo femenino y lo masculino (estereotipos), pues estos suponen la base de la identidad de género (Motzkus, & Jarry, 2024). Castoriadis (1988, en Bonelli, 2019) subraya que los estereotipos de género se hallan en el imaginario social como una serie de significaciones que instituyen a la sociedad. Es decir, que aportan orden y sentido a las personas, grupos e instituciones que la conforman. Este orden simbólico compartido se transmite generación tras generación y

normaliza valores, modelos de conducta y maneras de ser y estar. Este imaginario social tiene una doble vertiente, por un lado, la instituida, siendo la que aporta cohesión a la sociedad, manteniéndola unida. Por otro lado, la instituyente, posibilitando ciertos cambios en el transcurso de la historia. Estos significados compartidos moldean las subjetividades de los individuos, las cuales son susceptibles de cambio a lo largo y ancho de las épocas. Sin embargo, Williams y Best (1990; en Bonelli, 2019) afirman que los cambios no se producen de manera automática, ya que para modificar los estereotipos de género deben producirse transformaciones en ciertos rasgos socioculturales (estructuras sociales y psíquicas) que han permanecido como manchas de aceite y han impregnado a toda la sociedad como algo natural e inamovible, hasta el punto de configurar las identidades de género.

1.2.5. Diferencias de género y salud mental

Diferentes estudios dan fe de que la construcción social y el aprendizaje del género están estrechamente relacionados con la forma en que las personas experimentan, expresan y actúan ante los problemas de sus vidas. En un estudio reciente en el contexto de la depresión, Addis & Hoffman (2017) reportan que las normas sociales masculinas comunes, como la autosuficiencia, el autocontrol y la represión de las emociones, pueden suponer serias barreras para los hombres a la hora de buscar ayuda profesional cuando están sufriendo o incluso que reconozcan su propia angustia subjetiva. Asimismo, la percepción de lo propiamente masculino en contextos particulares (como, entre amigos), muchas veces puede suponer variaciones significativas en la forma de explicar la angustia emocional, dependiendo de quién está escuchando en una interacción particular, si la audiencia supone poner en jaque su estatus masculino. Así, pues, el género es un aspecto omnipresente en la salud mental, pues se halla en contextos que van desde los criterios diagnósticos formales, (Ferrer, Acosta y Broche, 2020) hasta las formas en que las personas etiquetan, perciben y sienten. Los autores ponen de relieve

los sesgos relacionados con el diagnóstico de la depresión. Por ejemplo, afirman que los hombres tienden a ser infravalorados en relación con las mujeres. En la misma línea, existen otros estudios reveladores. Como el que se realizó en Irlanda mediante entrevistas en profundidad a 52 adultos jóvenes (Cleary, 2012), todos ellos varones que habían presentado intentos de suicidio. Los resultados hallaron que los jóvenes presentaban altos niveles de dolor emocional, pero tenían problemas para identificar los síntomas (fenómeno conocido como alexitimia) y revelar la angustia. Todo esto, junto con los mecanismos de afrontamiento utilizados, se relacionó con una forma de masculinidad prevalente en su entorno social. La interiorización de las ideologías dominantes o hegemónicas sobre el concepto de masculinidad estaba en la base del problema, pues, con intención de no mostrar vulnerabilidad, los jóvenes utilizaron el alcohol y las drogas para sobrellevar la situación, lo cual exacerbó y prolongó su angustia. Con el tiempo, esto los condujo a una situación de escasas opciones. La única salida, el suicidio.

Mahalik & Di Bianca (2021), para comprender mejor el rechazo de los hombres a buscar ayuda para problemas de salud mental, analizaron las complejas relaciones entre la depresión, el estigma y la masculinidad. En una muestra de 258 hombres que obtuvieron puntuaciones altas en la prueba PHQ-2, y completando el estudio con medidas a través de cuestionarios que evaluaban el auto estigma (sentirse fuera del grupo de referencia), la autosuficiencia (sentirse capaces), el control emocional (supresión de emociones), y la probabilidad general de buscar ayuda. Bien, pues los resultados resaltaban que la mediación de variables como: A) la autosuficiencia, el control emocional y el auto estigma se relacionaban directamente con una probabilidad menor de buscar ayuda. B) la falta de autosuficiencia y el control emocional predecían un mayor auto estigma. C) la depresión predecía una menor percepción de autosuficiencia.

1.3. Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis

Problema de la investigación: En lo referente al género, llama la atención la tasa diferencial de prevalencias sintomatológicas. Mientras en el género femenino se observan mayores tasas de trastornos afectivos, de ansiedad, trastornos psicósomáticos, etc. En los hombres se observa un número mayor de conductas autoagresivas, agresivas, alcoholismo, delincuencia, suicidio.

Pregunta de investigación 1: ¿Qué relación existe entre los niveles de depresión externalizante observados en los hombres y la presencia de una ideología masculina tradicional?

Objetivo: Establecer la influencia de la masculinidad tradicional con los síntomas afectivos externalizantes observados en hombres.

Pregunta de investigación 2: ¿influyen los estereotipos asociados a cada género a la hora de expresar el malestar emocional, y, por consiguiente, pedir ayuda profesional? Bajo esta pregunta de investigación se pretende indagar sobre:

Objetivo: problematizar los estereotipos de género tradicionales sobre cómo funcionan las personas para la prevención y el tratamiento de la salud mental.

Objetivo: Concienciar a los lectores de la influencia de tales estereotipos de género, especialmente las ideas sobre la masculinidad tradicional, que, al final acabamos pagando todos y todas.

1.4. Propósito de la investigación

En la presente investigación se pretende analizar la influencia de los estereotipos de género (introyectados desde cultura) en las diferentes formas de expresión y manifestación del malestar psíquico. El propósito es establecer la relación entre los síntomas afectivos externalizantes observados en hombres (supresión emocional, uso de sustancias como estrategia de afrontamiento, conductas de riesgo, ira, agresividad, etc.) y la presencia de una ideología masculina tradicional. Se busca problematizar los estereotipos sobre cómo funcionan los hombres y las mujeres. Examinar las creencias a través de las cuales interpretamos la realidad, reivindicar la necesidad de ser neutrales en el abordaje de la salud mental, adoptando una postura integral y antropológica.

2. Método

2.1. Diseño de la investigación

Se pretende llevar a cabo un tipo de investigación cuantitativa mediante el empleo de instrumentos para una medición objetiva de las variables (Hernández y Baptista, 2014). El estudio es de tipo descriptivo correlacional ya que se persigue determinar la correlación entre ambas variables (Martínez-Cortés & Mora-Carrasco, 2018).

Las variables que se pretenden evaluar son, por un lado, la ideología masculina tradicional: creencias y normas referidas al estatus (el éxito laboral y profesional, respeto), normas relacionadas con la dureza (fortaleza física, emocional y mental, la independencia y la autosuficiencia) y la antifeminidad (actitud frente a las emociones, comportamientos y tareas que son tradicionalmente atribuidas a la mujer). Por otro lado, la variable depresión en sus diferentes manifestaciones. Se pretende comparar la variable depresión, tal y como se describe en el DSM-5 (APA, 2013), la cual alude a los síntomas genéricos de la depresión (abulia,

anhedonia, tristeza, desesperanza, culpa, fatiga, etc.), síntomas que se enmarcan mejor con esquemas “femeninos”, con otro modo, más específico de depresión externalizante, resaltando aspectos como la agresividad, la ira, asunción de riesgo, el consumo de sustancias, etc. Esta variable está relacionada con el modo en el que generalmente expresa el hombre su angustia. tiene que ver con la supresión activa de las emociones negativas, así como la incapacidad de identificarlas, o la minimización de su impacto. El uso problemático de drogas o abuso de alcohol como estrategia de afrontamiento, evasión o adormecimiento. La sintomatología somática en forma de quejas físicas con posible origen psicológico. Deterioro de la salud física. La asunción de riesgos que implican peligro real amenaza o imprudencia, o poca consideración hacia el bienestar propio. Luego entonces, al comparar las diferentes formas de expresión de malestar y relacionarlos con una ideología masculina tradicional obtendremos una visión más completa de la compleja relación entre la depresión, la masculinidad y los síntomas específicos de los hombres.

2.2. Procedimiento

Para comprobar las hipótesis, primero se analizarán las distintas formas de expresión de la depresión: Tanto la sintomatología recogida en el DSM-5, como los síntomas de depresión externalizante (supresión de las emociones, consumo de drogas, consumo de alcohol, ira y agresión, síntomas somáticos y asunción de riesgos) y la mayor presencia de una ideología tradicional dominante (creencias y normas referidas al estatus, normas relacionadas con la dureza y la antifeminidad). Para tal fin, se aplicará la Escala de Riesgo de Depresión Masculina MDRS-22 (Rice et al., 2013), el Inventario de Depresión de Beck BDI-II, y la Escala de Normas de Rol Masculino ENRM, en su versión española (Thomson y Pleck, 1986) mediante la herramienta de Formularios de Google, donde se introducirán los instrumentos sin ninguna modificación en los ítems, a excepción del MDRS-22, que fue traducido al español, siguiendo

el método de retrotraducción y teniendo en cuenta los Principios para las Buenas Prácticas para el proceso de traducción y adaptación cultural, donde se garantiza una equivalencia conceptual (Wild et al., 2005; en Walther et al., 2021). El traspaso de las escalas al formulario se realiza para ofrecer la posibilidad de contestar de forma anónima y para facilitar un mayor alcance de la muestra.

Al inicio del formulario se incluirá un apartado donde aparece información sobre el propósito de la investigación y los criterios para la participación (hombres mayores de 25 años), así como a modo de consentimiento informado, se ofrecerá información sobre el anonimato absoluto y la libertad de abandono sin ninguna repercusión para el sujeto. Las primeras preguntas irán dirigidas a obtener datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios). El estudio pedirá la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Valencia.

Para la distribución del formulario, se emplearán herramientas de mensajería instantánea como *Whatsapp* y *Telegram*. El objetivo es animar a los primeros participantes a que difundan el formulario a los contactos (grupos) que cumplan con los requisitos de la población diana. Por último, una vez alcanzada una muestra representativa se cerrará el acceso al formulario y se volcarán los resultados en una plantilla de Excel para su posterior análisis estadístico.

2.3. Participantes

Teniendo en cuenta que en la Comunidad Valenciana hay un total de 1421400 hombres con edades comprendidas entre los 25 y 64 años se calculará el tamaño muestral ideal utilizando la fórmula para poblaciones finitas. Se establecerá un nivel de confianza del 95%, lo cual significa que estamos 95% seguros de que los resultados obtenidos en la muestra representarán la población general. Se asumirá una proporción del 50%, común cuando no se tiene información previa sobre la variable de interés; en este caso se supone que la

proporción de hombres con riesgo de depresión es igual a la proporción de hombres sin riesgo. Una precisión de 10%, asumiendo un porcentaje de pérdidas del 15%, lo cual tiene en cuenta posibles participantes que no completen el estudio o queden datos incompletos. Con estos parámetros, el tamaño muestral necesario será de 113 participantes. El uso de esta fórmula para poblaciones finitas es apropiado porque se pretende estimar una proporción. Al considerar el nivel de confianza, precisión y porcentaje de pérdidas, se persigue obtener resultados confiables y representativos. En resumen, el cálculo del tamaño muestral se justifica por la necesidad de obtener resultados válidos y generalizables a la población de hombres de la Comunidad Valenciana.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Los participantes serán, por tanto, 113 varones, de entre 25 y 64 años, residentes en las 3 provincias de la Comunidad Valenciana: Castellón, Valencia y Alicante. Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia utilizando el método de bola de nieve. La participación será totalmente voluntaria y anónima. Los únicos criterios de selección son la edad y el género, ya que solo se requerirá la participación masculina y ser mayor de 25 años.

2.4. Instrumentos

Inventario de depresión de Beck. El Beck-II (BDI) Es uno de los instrumentos de evaluación de vanguardia de la depresión más utilizados a nivel mundial. Es de fácil aplicación y aborda toda la sintomatología que recoge el DSM-5. Se aplica en tan solo 5-10 minutos y aunque no es suficiente para confirmar un diagnóstico, es muy valioso para identificar y medir la gravedad de los síntomas. Su adaptación a la población española cuenta con una fiabilidad de consistencia interna elevada, con un coeficiente alfa de 0,87. Consta de 21 ítems con escala Likert de 4 posibles respuestas cada uno (2 de los 21 tienen 7). Es aplicable a partir de 13 años. Se debe contestar en relación con la situación en las 2 últimas semanas (Sanz et al., 2005).

Escala de Riesgo de Depresión Masculina MDRS-22 (Rice et al., 2013) Este instrumento fue creado para evaluar la depresión externalizante en hombres. De muy fácil comprensión lectora, la herramienta posee propiedades psicométricas satisfactorias con subescalas validadas en la población australiana, inglesa y alemana. La fiabilidad de consistencia interna es elevada, cuyos valores oscilan entre 0,81 y 0,91. Las subescalas permiten la evaluación multidimensional de los subdominios de los síntomas de depresión externalizante. Consta de 22 ítems con escala Likert de 8 posibilidades de respuesta para obtener mayor precisión en la medida (0, en absoluto, hasta 7, casi siempre). Los ítems 12,19,20,21, miden la ira y la agresión (conciencia cognitiva o expresión de intensificación de la ira; conductas que muestran agresión física o verbal).

Los ítems 1,2,8,17 miden la supresión emocional (supresión activa de las emociones negativas, incapacidad para expresar e identificar las emociones negativas, minimización del impacto de las emociones). Los ítems 13,22,18, miden el uso de drogas (uso problemático de sustancias como estrategia de afrontamiento). Mientras los ítems 3,10,11,15 miden el uso de

alcohol (como estrategia de afrontamiento, medio de evasión, adormecimiento). Los ítems 5,6,7,9 miden la sin sintomatología somática (quejas físicas con posible origen psicológico, deterioro del estado de salud física). Finalmente, los ítems 4,14,16 miden la asunción de riesgos (conductas que implican un peligro real o amenaza, imprudencia o poca consideración por el bienestar personal). El instrumento contiene las instrucciones claras para su cumplimentación.

Escala de Normas de Rol Masculino ENRM. Se utilizó la adaptación española de la escala original de Thomson & Pleck, (1986). El instrumento mide la variable ideológica masculina tradicional. Para este fin, utiliza una escala Likert basada en 24 ítems a los que el sujeto debe contestar según el grado de acuerdo del 1. Totalmente de acuerdo, a 6. Totalmente desacuerdo. Las 24 afirmaciones se subdividen en 3 factores, cuyos coeficientes de fiabilidad para el primero fue un coeficiente alfa de .87, mientras que para el segundo y el tercero fue de 85, y 80, respectivamente (Matínez, Paterna, López & Velandrino, 2010). Mediante 11 preguntas, el primer factor mide las creencia y normas relativas al estatus (creencias relacionadas con el éxito laboral y profesional, así como el respeto) El segundo factor mide las normas referidas a la dureza (6 preguntas referidas a la fortaleza, tanto física, emocional como mental, así como la independencia y la autosuficiencia). El tercer factor alude a las normas de antifeminidad (7 preguntas sobre la actitud frente a las emociones, comportamientos y tareas tradicionalmente atribuidas a las mujeres).

2.5. Análisis planteados

Para el tratamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS en su versión 29. Se importará el documento Excel obtenido a través de *Google Forms*. Tras el volcado de datos y se procederá a realizar la codificación de todas las variables, tras lo cual se ejecutará una depuración de la base de datos, eliminando los correspondientes a aquellos participantes que hayan dejado más del 20% de los ítems sin contestar y eliminando también a

aquellos participantes que no cumplan con los criterios de inclusión. Asimismo, se calcularán las puntuaciones globales de las encuestas y se recodificarán y transformarán variables con el fin de crear variables nuevas.

Para el análisis estadístico se llevará a cabo un análisis descriptivo para el cual se utilizarán tablas de frecuencia con porcentajes para las variables categóricas u ordinales y se utilizará la media y la desviación típica para describir las variables cuantitativas, como la variable edad. Se utilizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($N > 50$) para comprobar la normalidad de las variables cuantitativas, con las variables que se ajustan a la curva normal se aplicarán pruebas paramétricas y con el resto pruebas no paramétricas.

Para responder a la primera pregunta de investigación se aplicará la correlación de Pearson/Spearman (De Winter et al., 2016), (según los resultados de la prueba de normalidad), dado que se relacionarán dos variables cuantitativas (puntuación en depresión de ambos cuestionarios y puntuación en ideología masculina). Esta prueba arrojará información acerca de la intensidad y dirección de la relación, así como de la significación estadística.

Asimismo, para responder a la segunda pregunta de investigación, se aplicará la correlación de Pearson/Spearman con la puntuación en el cuestionario de Beck y la puntuación en las distintas subescalas del ENRM, tras lo cual se llevará a cabo una regresión lineal teniendo como variable dependiente la puntuación en el cuestionario de Beck y como independientes la puntuación en las distintas dimensiones del ENRM. Se realizará el mismo procedimiento teniendo como variable dependiente la puntuación en el MDRS-22, trabajándose en todos los casos, con un nivel de confianza del 95%. Finalmente, se realizará una regresión que sintetice los análisis planteados mediante una regresión lineal múltiple entre las distintas dimensiones del MDRS-22 y las distintas dimensiones de ENRM.

3. Discusión

Esta investigación tiene como objetivo principal observar si existe una relación directa entre los niveles de depresión alternativos identificados mayoritariamente en hombres y la presencia de una ideología masculina tradicional. Por otra parte, este estudio pretende arrojar luz sobre la influencia de los estereotipos de género masculino tradicionales a la hora de expresar el malestar psíquico, y, por tanto, pedir ayuda profesional.

Después de la comparar las puntuaciones totales de los distintos instrumentos empleados para medir la depresión (BDI-II y MDRS-22), y comprobar la respectiva diferencia de correlación que presentan con la escala de normas de rol masculino (ENRM), se espera que exista una mayor correlación entre niveles altos de la escala de riesgo de depresión masculina y niveles altos en las puntuaciones totales de la ENRM. Esto concuerda con la primera hipótesis planteada y también con los hallazgos que apuntan que la construcción social y el aprendizaje del género están estrechamente relacionados a la forma en que los hombres expresan, experimentan y actúan ante los problemas de sus vidas.

Seguidamente, tras el análisis de las diferentes dimensiones de la Escala de Riesgo Depresión Masculina, y la comparación de correlaciones entre estas y las diferentes dimensiones de la Escala de Normas de Rol Masculino, por ejemplo, se espera que puntuaciones altas en supresión emocional, abuso de alcohol y drogas, se relacionen significativamente con la dureza, la antifeminidad, las cuales apuntan a un tipo de hombre que no acepta mostrar vulnerabilidad emocional, un hombre que se autorregula solo, que sufre en silencio y por tanto utiliza sustancias como estrategia de afrontamiento. Lo cual estaría en consonancia con la segunda hipótesis planteada cuya idea converge con la afirmación de varios estudios que afirman que los hombres con una ideología masculina tradicional tienen menos tendencia a buscar ayuda para problemas de salud mental por el hecho de sentirse desplazados del grupo de referencia (Mahalik & Di Bianca, 2021).

Asimismo, puntuaciones altas en ira o agresividad se espera que correlacionen positiva y significativamente con la antifeminidad. También se espera que las puntuaciones altas en sintomatología somática mantengan una estrecha relación con la dureza, entendida como fortaleza física, emocional y mental, que tanto idolatra la masculinidad tradicional, así como la asunción de riesgos.

Por otro lado, en caso de que los resultados obtenidos no confirmasen las hipótesis planteadas y por lo tanto estuvieran en discordancia con las intervenciones anteriores llevadas a cabo por otros investigadores, en este caso, se debería descartar el peso de la influencia de la presencia de una ideología masculina tradicional que estuviese mediando en las puntuaciones altas en la sintomatología depresiva alternativa encontrada en hombres. Quizá se debería indagar entonces en otras variables de tipo biológico. O, por el contrario, en una transformación de los roles de género tradicionales en el seno de los cambios socioculturales contemporáneos.

No obstante, los resultados que son congruentes con las hipótesis esclarecen aspectos relativos al problema que motiva la investigación y abren nuevas puertas para futuras investigaciones: la diferencia observada de prevalencias sintomatológicas en salud mental entre géneros. Y en cambio, la constatación en hombres de conductas autoagresivas, supresión emocional, mayores tasas de alcoholismo, delincuencia y suicidio, pueden explicarse por medio de otras formas alternativas de expresar el malestar psíquico, mediados por una adherencia a las normas de rol tradicionales respectivas en cada género. En este punto sería importante resaltar que los hombres se ven sometidos a una especial presión cuando se apartan del modelo que ha sido diseñado para ellos, cuyas consecuencias, acabamos pagándolo todos y todas. Entonces, en este estudio se busca problematizar los estereotipos sobre cómo funcionan los hombres y las mujeres. Examinar las creencias a través de las cuales interpretamos la realidad, y reivindicar la necesidad de ser neutrales en el abordaje de la salud mental, adoptando una postura integral y antropológica.

4. Conclusiones

A lo largo del transcurso del desarrollo de este estudio se han ido salvando diferentes barreras y dificultades que han supuesto una gran implicación. Por varias razones, empezando por la elección de un tema que despertara curiosidad, segundo por el empleo de una búsqueda apropiada de información, su análisis, y tercero por la metodología y ejecución del estudio.

No se tenía una experiencia para la planificación en tan poco tiempo de este estudio, pues se han ido tomando decisiones sobre la marcha del transcurso de este. Una vez elegido el tema, lo más laborioso ha sido planificar cómo lo iba a llevar a cabo; es decir, cómo podía demostrar, en una muestra representativa de la población, que las variables implicadas en tales hipótesis se relacionaban entre sí. Hay que recalcar que el enfoque correlacional no implica causalidad, lo cual nos permite tan solo observar y predecir las relaciones entre variables. Con todo, recoger el testigo de otros estudios de investigación recientes llevados a cabo sobre la misma problemática ha sido de gran ayuda y todo un proceso de aprendizaje. Esto ha supuesto tener que refinar las preguntas de investigación durante el proceso, concretar las hipótesis, definir variables y la forma de operativizarlas, de hacerlas medibles, en este caso cuantitativamente. La elección de instrumentos para medir las variables sin calcar exactamente el mismo proceso llevado a cabo por otros investigadores ha sido, quizá, el proceso que requería más creatividad, y el más arduo también.

Una de las preguntas que se pretendía analizar en un principio: el hecho de si existían sesgos médicos a la hora de abordar el diagnóstico y el tratamiento en el contexto de género, se tuvo que descartar por la complejidad que conlleva reflejarlo todo en un mismo estudio, y por el hecho de acotar la investigación. Asimismo, ha sido difícil encontrar instrumentos validados en población española para medir los síntomas alternativos de depresión en hombres. Lo cual supone una de las limitaciones de este estudio, al haberse empleado una escala validada

en población australiana, inglesa y alemana. Por otro lado, se vio oportuno su empleo para poder compararlo con los instrumentos clásicos que miden la sintomatología genérica de la depresión, pues a veces no captan toda la gama de expresión de síntomas depresivos. Otra de las limitaciones que podría sesgar los resultados es el volcado de los instrumentos al formulario de Google, ya que esto podría limitar su cumplimentación a personas más mayores. Así mismo, aunque la estrategia de difusión digital posibilita un mayor alcance de la muestra y un ahorro económico, tiene el inconveniente de no poder hacer aclaraciones personalmente en caso de dudas.

Finalmente, ha sido un proceso muy enriquecedor cuya problemática abarca la interacción de aspectos tanto psicológicos, biológicos como socioculturales, lo cual ha requerido el empleo de muchos de los conocimientos adquiridos a lo largo de todo el grado.

Como último apunte, algo que podría resultar relevante para futuros estudios relacionados con este, es el tema del suicidio, aspecto muy relacionado con la salud mental, en concreto la depresión. A pesar de que se observa una mayor prevalencia de suicidio en hombres que en mujeres, aún no hay una explicación contundente para esta problemática. No obstante, es interesante lo que afirma Tondo (2014). Y es que existe una diferencia en cuanto a la percepción de los motivos que llevan al suicidio en hombres y mujeres. A ellas se le atribuyen causas emocionales, mientras los suicidios cometidos por varones se asocian, precipuamente, a motivos económicos como podría ser una crisis económica, precariedad laboral o pérdida de empleo (Iglesias-García et al., 2017). En este punto es importante resaltar de nuevo la orientación al logro que históricamente se le ha atribuido al hombre, así como el rol de proveedor. Recuérdese la dimensión: estatus, en la ENRM, relacionada con las creencias sobre el éxito laboral y profesional.

5. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Editorial Panamericana.
- Åhlander, A., Strömbäck, M., Sandlund, J., & Wiklund, M. (2023). Living (dys)regulated and alienated young masculinity—Young men's embodied experiences of mental disorders and suicidality. *Counselling & Psychotherapy Research*, 23(4), 893905. <https://doi.org/10.1002/capr.12647>
- Addis, M. E., & Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through the lenses of gender. In R. F. Levant & Y. J. Wong (Eds.), *The psychology of men and masculinities* (pp. 171–196). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000023-007>
- Arcand, M., Juster, RP, Lupien, SJ y Marin, MF (2020). Roles de género en relación con los síntomas de ansiedad y depresión entre estudiantes y trabajadores. *Ansiedad, estrés y afrontamiento*, 33 (6), 661-674. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1774560>
- Barroso, A. de F. (2012). Sobre la Concepción de Sujeto en Freud y Lacan. *Alternativas En Psicología*, 16 (27), 115-123. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000200010&lng=pt&tlng=es.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory*.
- Blake, J. P. (2008). *Psychological distress, masculinity ideology, and self-threat: A model of men's attitudes toward help seeking*. Fordham University. <https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI3361369/>

- Bonelli, A. N. (2019). Estereotipos de género transmitidos a los niños y niñas en la familia postpatriarcal. *Journal De Ciencias Sociales*, (12).
<https://doi.org/10.18682/jcs.v0i12.872>
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74(4), 498–505.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Cova Solar, F., (2005). Una Perspectiva Evolutiva de las Diferencias de Género en la Presencia de Trastornos Depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 43-56.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523105>
- Davies, M., Pipkin, A., & Lega, C. (2024). Inpatient staff experiences of providing treatment for males with a diagnosis of borderline personality disorder: A thematic analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10.1111/jpm.13032.
 Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jpm.13032>
- Ferrer Lozano, D., Acosta Vidal, L. E., & Broche Pérez, Y. (2020). Estereotipos, sesgo de género y trastornos de personalidad. Reflexiones para una praxis más ética. *Psicosomática y Psiquiatría*, (15), 41–48.
<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1507>
- Eisler, R. M., & Blalock, J. A. (1991). Masculine gender role stress: Implications for the assessment of men. *Clinical Psychology Review*, 11(1), 45–60.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90137-J](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90137-J)

- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773>
- Hammond, W. P. (2012). Taking it like a man: Masculine role norms as moderators of the racial discrimination-depressive symptoms association among African American men. *American Journal of Public Health*, 102(SUPPL. 2), S232–S241. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300485>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (Vol. 6, pp. 102-256). México: McGraw-Hill.
- Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., ... Bobes, J. (2017). Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- Jayne, M., & Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género: fundamentos* (Vol. 92). Icaria Editorial.
- Jayne Zaro, M. (2002). La psicología del género en el siglo XXI.
- Julián, I. P., Donat, A. A., & Díaz, I. B. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, 11(46), 20-28.
- Lamas, M. (2018). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. <http://digital.casalini.it/9786078560578>
- Lazarevich, I., & Mora-Carrasco, F. (2009). Identidad masculina y salud mental. *Segunda época*, 3(5), 1-14.
- Mahalik, J. R., & Di Bianca, M. (2021). Help-seeking for depression as a stigmatized threat to masculinity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(2), 146. <https://doi.org/10.1037/pro0000365>

- Male Norms Role Scale (MRNS). *Estudios de psicología: Studies in Psychology*, 31(2), 159-
<https://doi.org/172.10.1174/021093910804952287>
- Martínez, M., Paterna, C., López, J.-A. & Velandrino, A. (2010). Análisis psicométrico y dimensional de la Escala de Normas de Rol Masculino en población española.
- Ministerio de Justicia. (2020). *Instituto Nacional de Toxicología Forense (INTCF)*.
<https://www.mjusticia.gob.es/es/institucional/organismos/instituto-nacional/intcf>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Informe Ejecutivo EDADES 2022*.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Ejecutivo_EDADES_es.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2017). *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)*.
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
- Motzkus, C. J., & Jarry, J. L. (2024). “Yoga is for girls”: Conformity to masculine norms interferes with yoga engagement in men. *Psychology of Men & Masculinities*, doi:
<https://doi.org/10.1037/men0000465>
- Möller-Leimkühler A. M. (2010). Higher comorbidity of depression and cardiovascular disease in women: a biopsychosocial perspective. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(8), 922–933. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.523481>
- Poblete, D. G., & Campo, Z. G. (2018). La articulación entre psicoanálisis y estudios de género. Una mirada para comprender las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y varones. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/106>

- Pubill, G. M. (2020). *Intervención en contextos culturales diversos*. 4a ed. Barcelona. FUOC.
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, *151*(3), 950–958. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.013>
- Rice, S. M., Kealy, D., Seidler, Z. E., Walton, C. C., Oliffe, J. L., & Ogradniczuk, J. S. (2021). Male-type depression symptoms in young men with a history of childhood sexual abuse and current hazardous alcohol use. *Psychiatry Research*, *304*, 114110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114110>
- Rose, N. (1996). “Una historia crítica de la psicología”. En *Inventing our Selves. Psychology, power, and personhood*. p. 41-66. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. ISBN 9780521646079.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of child psychology and psychiatry*, *44*(8), 1092-1115. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00194>
- Sáenz Herrero, M. (2017). Salud mental, género e igualdad. *Norte de Salud Mental*, *14*(56), 109–114
- Sanz, J., García Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez Valverde, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos TT - Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 3. Psychometric features in patients with psychological disorders. *Clínica y Salud*, *16*(2), 121–142. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/adaptación-española-del-inventario-para-la/docview/2478065723/se-2?accountid=15299>

- Sedlinská, T., Mühle, C., Richter-Schmidinger, T., Weinland, C., Kornhuber, J., & Lenz, B. (2021). Male depression syndrome is characterized by pronounced Cluster B personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 292, 725–732. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.114>
- Suzzi, G. S. (2016). Gayle Rubin y Judith Butler. Interlocuciones psicoanalíticas para el desmontaje del sistema sexo/género. In *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/52>
- Tajfel, H., y Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En Brooks (Ed.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-37).
- Thomsom, E. H. & Pleck, J. H. (1986). The structure of male role norms. *American Behavioral Scientist*, 29, 531-593. <https://doi.org/10.1177/000276486029005003>
- Tirado, F. (2009). Contrato, soberanía y poder. FUOC.
- Tondo, L. (2014). Brief History of Suicide in Western Cultures. En S. H. Koslow, P. Ruiz & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* (págs. 3-12). Cambridge: Cambridge University.
- Walther, A., Grub, J., Ehlert, U., Wehrli, S., Rice, S., Seidler, Z. E., & Debelak, R. (2021). Male depression risk, psychological distress, and psychotherapy uptake: Validation of the German version of the male depression risk scale. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100107. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100107>