

**Curso 2006/07**  
**HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES/16**  
**I.S.B.N.: 978-84-7756-774-5**

**LAURA AGUILERA ÁVILA**

**Género y salud:  
un análisis de la relevancia de la tipificación sexual  
en la salud de mujeres y hombres**

**Directora**  
**MARÍA PILAR S. MATUD AZNAR**



**SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS**  
**Serie Tesis Doctorales**

**A MI FAMILIA**

# AGRADECIMIENTOS

Antes de iniciar la exposición de este trabajo me gustaría mostrar mi agradecimiento a las personas que han colaborado para hacerlo posible.

En primer lugar, le agradezco a la Dra. Doña M<sup>a</sup> Pilar Matud Aznar la confianza que puso en mí al ofrecerme este tema de estudio y la ayuda prestada en el desarrollo del mismo, especialmente el tiempo y esfuerzo de los últimos días. Su gusto por la investigación y la dedicación constante han supuesto un aliciente en mi propio trabajo.

Agradezco también a quienes formaron parte de este equipo de investigación sus ánimos y ayuda en todos estos años, ya que quizás sin ellos no hubiese seguido adelante.

También ha supuesto un impulso para mí, y no sólo en este trabajo, la información y ayuda de Olga Moraza, cuya profesionalidad es mi punto de referencia en muchas ocasiones.

Al departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de esta Universidad que ha puesto a mi disposición los medios necesarios para que este trabajo salga adelante.

La ayuda en el terreno personal también ha sido indispensable para sobrellevar el trabajo que ha supuesto esta investigación. Por esta razón le agradezco a mi padre, a mi madre, a mi hermano, a mi hermana, a mis amigas Rebeca, Sara e Isa, a mis amigos Jairo y Felipe y a mis compañeras Carmen, Cristina y Anisia, su gran ayuda.

Por último, le agradezco a Alberto todo el tiempo que me ha regalado y el gran apoyo que ha supuesto que haya estado a mi lado todo este tiempo.

En definitiva, he de agradecer este trabajo a todas las mujeres y hombres que han estado en mi vida estos años de quienes cada día aprendo algo nuevo.

# ÍNDICE

## ÍNDICE

### ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>15</b>
1.1. SEXO Y GÉNERO .....	16
1.1.1. Sexo .....	16
1.1.2. Género .....	25
1.1.3. Identidad de género .....	30
1.1.4. Principales teorías de las diferencias de género .....	32
1.1.5. Estereotipos de género .....	36
1.1.6. Roles de género .....	41
1.1.7. Tipificación sexual. Masculinidad y feminidad .....	43
1.2. GENERO Y SALUD .....	54
1.2.1. Principales diferencias de género en salud .....	57
1.2.2. Roles sexuales y salud.....	66
1.2.3. Múltiples roles y salud .....	69
1.2.4. Estrés, género y salud.....	73
1.2.5. Violencia de género.....	77
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>79</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>82</b>
3.1. DISEÑO .....	82
3.2. PARTICIPANTES.....	82
3.2.1. Muestra de la población general .....	82
3.2.2. Muestra del estudiantado de psicología .....	88
3.3. INSTRUMENTOS .....	90
3.4. PROCEDIMIENTO .....	93

<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>96</b>
4.1. ROLES SEXUALES. ROL SEXUAL Y GÉNERO. TIPIFICACIÓN SEXUAL	96
4.1.1. Roles sexuales .....	96
4.1.2. Rol sexual y género.....	97
4.1.3. Tipificación sexual .....	99
4.1.4. Diferencias de medias entre la muestra de la población general y del estudiantado universitario en las medidas del BSRI.....	102
4.2. ESTADO DE SALUD AUTOINFORMADO, ESTRÉS, PERSONALIDAD Y ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD.....	103
4.2.1. Estado de salud autoinformado, estrés y personalidad en la muestra de la población general .....	103
4.2.2. Estilo de vida relacionado con la salud en la muestra de población general .....	106
4.2.3. Estado de salud autoinformado, estrés y personalidad en el estudiantado universitario.....	108
4.2.4. Estilo de vida relacionado con la salud en el estudiantado universitario.....	110
4.2.5. Diferencias en las variables estudiadas entre la muestra de la población general y la del estudiantado universitario .....	112
4.3. ROL SEXUAL Y SALUD .....	113
4.3.1. Rol sexual y salud en la muestra de población general.....	114
4.3.2. Rol sexual y salud en el estudiantado universitario.....	122
4.4. TIPIFICACIÓN SEXUAL Y SALUD. MASCULINIDAD, FEMINIDAD Y SALUD.....	128
4.4.1. Tipificación sexual y salud. Masculinidad y salud en la muestra de la población general .....	129
4.4.2. Tipificación sexual y salud. Masculinidad y salud en el estudiantado universitario.....	137
4.5. TIPIFICACIÓN SEXUAL Y FUENTES DE ESTRÉS .....	145
4.5.1. Tipificación sexual y fuentes de estrés de alta intensidad en la población general .....	146
4.5.2. Tipificación sexual y fuentes de estrés de alta intensidad en el estudiantado universitario.....	152
4.5.3. Tipificación sexual y fuentes de estrés de baja intensidad	

en la población general .....	157
4.5.4. Tipificación sexual y fuentes de estrés de baja intensidad en el estudiantado universitario.....	161
4.6. GÉNERO Y FUENTES DE ESTRÉS .....	165
4.6.1. Género y fuentes de estrés de alta intensidad en la pob. gnral	165
4.6.2. Género y fuentes de estrés de alta intensidad en el estudiantado universitario.....	170
4.6. 3.Género y fuentes de estrés de baja intensidad en la población general .....	176
4.6.4.Género y fuentes de estrés de baja intensidad en el estudiantado universitario.....	181
4.7. ROLES SEXUALES Y ESTILO DE VIDA.....	186
4.7.1. Roles sexuales y estilo de vida en la población general.....	186
4.7.2. Roles sexuales y estilo de vida en el estudiantado universitario.....	187
4.8. ROLES SEXUALES Y SATISFACCIÓN CON EL ROL OCUPACIONAL EN LA MUESTRA TOTAL.....	189
4.9. ROLES SEXUALES Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	192
<b>5. RESUMEN, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>197</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>212</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>220</b>
7.1. ANEXO 1: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.....	221
7.2. ANEXO 2: BEM SEX ROLE INVENTORY .....	222
7.3. ANEXO 3: INVENTARIO DE AUTOESTIMA.....	223
7.4. ANEXO 4: CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK.....	225
7.5. ANEXO 5: ESCALA DE APOYO SOCIAL.....	228
7.6. ANEXO 6: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.....	229
7.7. ANEXO 7: CUESTIONARIO DE ESTRÉS CRÓNICO Y DE CONTRARIEDADES DIARIAS.....	233
7.8. ANEXO 8: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL ROL.....	234

# ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 1: Distribución de la muestra por edades (población general).....	83
GRÁFICO 2: Estado civil (población general).....	84
GRÁFICO 3: Número de hijos/as (población general).....	84
GRÁFICO 4: Distribución de edades de los hijos e hijas (población general).....	85
GRÁFICO 5: Nivel de estudios (población general).....	86
GRÁFICO 6: Profesión (población general).....	86
GRÁFICO 7: Personas que conviven en el mismo hogar (población general).....	87
GRÁFICO 8: Parentesco de la unidad de convivencia (población general).....	88
GRÁFICO 9: Distribución de la muestra por edades (estudiantado psicología).....	88
GRÁFICO 10: Personas que conviven en el mismo hogar (estudiantado psicología) .	89
GRÁFICO 11: Parentesco de la unidad de convivencia (estudiantado psicología).....	90
GRÁFICO 12: Distribución de la tipificación sexual en la muestra total.....	100
GRÁFICO 13: Distribución de la tipificación sexual (población general).....	100
GRÁFICO 14: Distribución de la tipificación sexual (estudiantado de psicología).....	101
GRÁFICO 15: Enfermedades y consumo de medicamentos autoinformados (población general).....	104
GRÁFICO 16: Cigarros diarios y bebidas alcohólicas consumidas a la semana (población general).....	107
GRÁFICO 17: Horas semanales dedicadas al deporte (población general).....	107
GRÁFICO 18: Enfermedades y consumo de medicamentos autoinformados (estudiantado psicología).....	108
GRÁFICO 19: Cigarros diarios y bebidas alcohólicas consumidas a la semana (estudiantado psicología).....	111
GRÁFICO 20: Horas semanales dedicadas al deporte (estudiantado psicología).....	111

GRÁFICO 21: Medias marginales estimadas de síntomas somáticos (población general).....	117
GRÁFICO 22: Medias marginales estimadas de síntomas de ansiedad e insomnio (población general) .....	117
GRÁFICO 23: Medias marginales estimadas de síntomas de depresión grave (población general).....	118
GRÁFICO 24: Medias marginales estimadas de síntomas de malestar psicológico (población general) .....	118
GRÁFICO 25: Medias marginales estimadas en síntomas de ansiedad e insomnio (estudiantado universitario).....	123

## TABLAS

TABLA 1: Frecuencia y porcentajes de clasificación en rol sexual (BSRI) para la muestra total .....	96
TABLA 2: Frecuencia y porcentajes en los roles de género en la población general.....	97
TABLA 3: Frecuencia y porcentajes en los roles de género en el estudiantado de psicología.....	97
TABLA 4: Análisis de contingencia entre roles sexuales y género.....	98
TABLA 5: Análisis de contingencia entre roles sexuales y género en la población general .....	98
TABLA 6: Análisis de contingencia entre roles sexuales y género en estudiantado .....	99
TABLA 7: Diferencia de medias en función del género en tipificación sexual entre ambas submuestras .....	102
TABLA 8: Diferencia de medias en las puntuaciones del BSRI entre ambas submuestras .....	102
TABLA 9: Datos descriptivos de los síntomas de salud mental (GHQ-28), autoestima y apoyo social (población general) .....	105
TABLA 10: Datos descriptivos de estrés crónico, contrariedades diarias e insatisfacción con el rol ocupacional (población general) .....	105
TABLA 11: Datos descriptivos del EPQ-R (población general).....	106
TABLA 12: Datos descriptivos de los síntomas de salud mental (GHQ-28), autoestima y apoyo social (estudiantado universitario) .....	109
TABLA 13: Datos descriptivos de estrés crónico, contrariedades diarias e insatisfacción con el rol ocupacional (estudiantado universitario) .....	109



TABLA 14: Datos descriptivos del EPQ-R (estudiantado universitario) .....	110
TABLA 15: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas de salud mental en los hombres de la población general.....	114
TABLA 16: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas de salud mental en las mujeres de la población general .....	115
TABLA 17: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del GHQ-28 entre mujeres y hombres de la población general.....	116
TABLA 18: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del SEI entre mujeres y hombres de la población general.....	120
TABLA 19: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en extraversión en la muestra de la población general .....	122
TABLA 20: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas de ansiedad e insomnio en el estudiantado universitario .....	123
TABLA 21: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del GHQ-28 entre hombres y mujeres en el estudiantado universitario .....	124
TABLA 22: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del SEI entre mujeres y hombres en el estudiantado universitario .....	125
TABLA 23: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en estrés crónico, contrariedades diarias e insatisfacción con el rol laboral entre mujeres y hombres en el estudiantado universitario .....	127
TABLA 24: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en extraversión en la muestra de estudiantado universitario .....	127
TABLA 25: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y las variables sociodemográficas (población general).....	129
TABLA 26: Coeficientes de correlación en mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y las variables sociodemográficas (población general).....	130
TABLA 27: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (población general).....	130
TABLA 28: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (población general).....	131
TABLA 29: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (población general).....	132
TABLA 30: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (población general).....	132
TABLA 31: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (población general).....	133

TABLA 32: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (población general).....	134
TABLA 33: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (población general) .....	135
TABLA 34: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (población general).....	135
TABLA 35: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y el EPQ-R (población general) .....	136
TABLA 36: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y el EPQ-R (población general) .....	136
TABLA 37: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (población general).....	137
TABLA 38: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (población general).....	137
TABLA 39: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y edad para el alumnado universitario .....	138
TABLA 40: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (estudiantado universitario).....	139
TABLA 41: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (estudiantado universitario) .....	139
TABLA 42: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (estudiantado universitario).....	140
TABLA 43: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (estudiantado universitario) .....	140
TABLA 44: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (estudiantado universitario).....	141
TABLA 45: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (estudiantado universitario).....	142
TABLA 46: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (estudiantado universitario).....	142
TABLA 47: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (estudiantado universitario).....	143
TABLA 48: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y del EPQ-R (estudiantado universitario).....	143
TABLA 49: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y del EPQ-R (estudiantado universitario).....	144

TABLA 50: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (estudiantado universitario) .....	144
TABLA 51: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (estudiantado universitario).....	145
TABLA 52: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y tipos de problemas personales y familiares en la población general.....	147
TABLA 53: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas económicos en la población general.....	148
TABLA 54: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas de salud en la población general.....	149
TABLA 55: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas laborales en la población general.....	150
TABLA 56: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas sociales en la población general.....	151
TABLA 57: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y otro tipo de problemas en la población general.....	151
TABLA 58: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y tipos de problemas personales y familiares en el estudiantado universitario.....	152
TABLA 59: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas económicos en el estudiantado universitario .....	153
TABLA 60: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas de salud en el estudiantado universitario .....	154
TABLA 61: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas laborales/de estudio en el estudiantado universitario.....	155
TABLA 62: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas sociales en el estudiantado universitario .....	156
TABLA 63: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y otro tipo de problemas en el estudiantado universitario .....	156
TABLA 64: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones personales en la población general.....	157
TABLA 65: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones familiares, de economía y de salud en la población general .....	158
TABLA 66: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones laborales y sociales en la población general .....	159
TABLA 67: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones rutinarias en la población general.....	160

TABLA 68: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones personales en el estudiantado universitario .....	161
TABLA 69: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones familiares, de economía y de salud en el estudiantado universitario.....	162
TABLA 70: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones laborales y sociales en el estudiantado universitario.....	163
TABLA 71: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones rutinarias en el estudiantado universitario .....	164
TABLA 72: Análisis de contingencia entre género y problemas personales y familiares en la población general .....	166
TABLA 73: Análisis de contingencia entre género y problemas económicos en la población general.....	167
TABLA 74: Análisis de contingencia entre género y problemas de salud en la población general.....	168
TABLA 75: Análisis de contingencia entre género y problemas laborales en la población general.....	169
TABLA 76: Análisis de contingencia entre género y problemas sociales en la población general.....	169
TABLA 77: Análisis de contingencia entre género y otro tipo de problemas en la población general.....	170
TABLA 78: Análisis de contingencia entre género y problemas personales y familiares en el estudiantado universitario .....	171
TABLA 79: Análisis de contingencia entre género y problemas económicos en el estudiantado universitario .....	172
TABLA 80: Análisis de contingencia entre género y problemas de salud en el estudiantado universitario.....	173
TABLA 81: Análisis de contingencia entre género y problemas laborales en el estudiantado universitario .....	174
TABLA 82: Análisis de contingencia entre género y problemas sociales en el estudiantado universitario .....	175
TABLA 83: Análisis de contingencia entre género y otro tipo de problemas en el estudiantado universitario .....	175
TABLA 84: Análisis de contingencia entre género y situaciones personales en la población general.....	176
TABLA 85: Análisis de contingencia entre género y situaciones familiares, de economía y de salud en la población general.....	177

TABLA 86: Análisis de contingencia entre género y situaciones laborales y sociales en la población general.....	178
TABLA 87: Análisis de contingencia entre género y situaciones rutinarias en la población general.....	180
TABLA 88: Análisis de contingencia entre género y situaciones personales en el estudiantado universitario.....	181
TABLA 89: Análisis de contingencia entre género y situaciones familiares, de economía y de salud en el estudiantado universitario.....	182
TABLA 90: Análisis de contingencia entre género y situaciones laborales y sociales en el estudiantado universitario.....	183
TABLA 91: Análisis de contingencia entre género y situaciones rutinarias en el estudiantado universitario.....	185
TABLA 92: Medias y desviaciones típicas de horas del deporte en mujeres y hombres de población general.....	186
TABLA 93: Medias y desviaciones típicas de consumo de alcohol en mujeres y hombres de población general.....	187
TABLA 94: Medias y desviaciones típicas de número de cigarrillos diarios en mujeres y hombres de población general.....	187
TABLA 95: Medias y desviaciones típicas de horas del deporte en mujeres y hombres de estudiantado universitario.....	188
TABLA 96: Medias y desviaciones típicas de consumo de alcohol en mujeres y hombres de estudiantado universitario.....	188
TABLA 97: Medias y desviaciones típicas de consumo de tabaco en mujeres y hombres de estudiantado universitario.....	189
TABLA 98: Análisis de contingencia entre roles sexuales y roles ocupacionales en la muestra total.....	190
TABLA 99: Análisis de contingencia entre roles sexuales y roles ocupacionales en la muestra total.....	190
TABLA 100: Análisis de contingencia entre roles sexuales y satisfacción con el rol ocupacional en la muestra total.....	191
TABLA 101: Análisis de contingencia entre roles ocupacionales desempeñados y satisfacción con el rol laboral en la muestra total.....	192
TABLA 102: Análisis de contingencia entre roles sexuales y grupos de edad en la muestra total.....	193
TABLA 103: Análisis de contingencia entre roles sexuales y el nivel de estudios en la muestra total.....	194

TABLA 104: Análisis de contingencia entre roles sexuales y la profesión en la muestra total ..... 195

TABLA 105: Análisis de contingencia entre roles sexuales y estado civil en la muestra total ..... 195

TABLA 106: Análisis de contingencia entre roles sexuales y número de hijos/as en la muestra total ..... 196

# 1. INTRODUCCIÓN

*“Unos afirman que las mujeres emancipadas de nuestros días no logran en el mundo nada importante y que, por otra parte, les cuesta encontrar un equilibrio interior. Otros exageran los resultados que obtienen y cierran los ojos ante sus dificultades. En realidad, nada permite decir que han equivocado el camino; no obstante, es evidente que no están tranquilamente instaladas en su nueva condición: sólo han recorrido la mitad del camino. La mujer que se libera económicamente del hombre no está por ello en una situación moral, social y psicológica idéntica a él. La forma en que se implica en su profesión y se consagra a ella depende del contexto que constituye la forma global de su vida. Cuando aborda su vida de adulta, no tiene tras ella el mismo pasado que un niño; la sociedad no la considera con los mismos ojos; el universo se le presenta desde una perspectiva diferente”.*

**Simone de Beauvoir, *El segundo sexo***

Dado que el contexto de desarrollo para hombres y mujeres continúa siendo diferente, en el presente trabajo vamos a estudiar las posibles asociaciones que se establecen entre el seguimiento de los roles y estereotipos de género y la salud.

## 1.1. SEXO Y GÉNERO

La distinción y delimitación de los términos sexo y género es una cuestión que no está definitivamente resuelta, influyendo en su uso desde factores cronológicos hasta ideológicos (Matud, 2004a). Pese a ello, la mayoría de autores/as entiende por género el sistema formado por los aspectos no fisiológicos del sexo. Plantean que si el sexo representa la distinción biológica entre hombre y mujer, el género representa el contenido sociocultural de cada una de estas categorías (Worrell, 1993); los significados que las sociedades y las personas adscriben a las categorías de macho y hembra (Eagly, 1995). Aunque existen autores/as que consideran que también el sexo tiene elementos de construcción social (Butler, 1990; Laqueur, 1990), y otros/as que plantean que los términos *sexo* y *género* deben usarse de modo intercambiable ya que los aspectos biológicos y sociales pueden interactuar y son muy difíciles de distinguir (Maccoby, 1998). A continuación revisaremos una serie de terminología y conceptos relacionados con ambos términos que consideramos relevantes para el presente trabajo.

### 1.1.1. Sexo

La definición de la categoría *sexo* no está exenta de controversia y no es hasta mediados del siglo XX cuando se considera determinada por múltiples factores. Hasta ese momento, se entendía el sexo de una persona en función de sus características sexuales externas y es Money quien, a partir de 1955, lo considera determinado por cinco categorías biológicas distintas: sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo hormonal, sexo de los órganos internos y sexo determinado por la apariencia y función de los genitales externos (García-Mina, 2003). Además, encontramos el sexo asignado al nacer y el sexo con el que la persona se identifica, que no son siempre coincidentes.

### Desarrollo de la diferenciación sexual humana

La sexuación de los humanos, o diferenciación sexual, comienza en el momento de la fertilización, intervalo en que se establece el sexo cromosómico o genético. Éste



va a depender de la dotación cromosómica del gameto paterno (Vaticón y Tresguerres, 1996). El cariotipo es 46,XY en hombres y 46,XX en mujeres. A este respecto, las autoras M<sup>a</sup> Jayme y Victoria Sau (1996) reflexionan acerca del hecho de que, desde una perspectiva genética, hombres y mujeres tan sólo se diferencien por un par de cromosomas, mientras que comparten el resto, un total de 22 pares. El cromosoma X es el que aporta mayor información genética, siendo la función del cromosoma Y no conocido totalmente en la actualidad. Sin embargo, su presencia implica una determinación testicular y en ausencia de este cromosoma Y, la gónada primitiva se desarrolla como ovario.

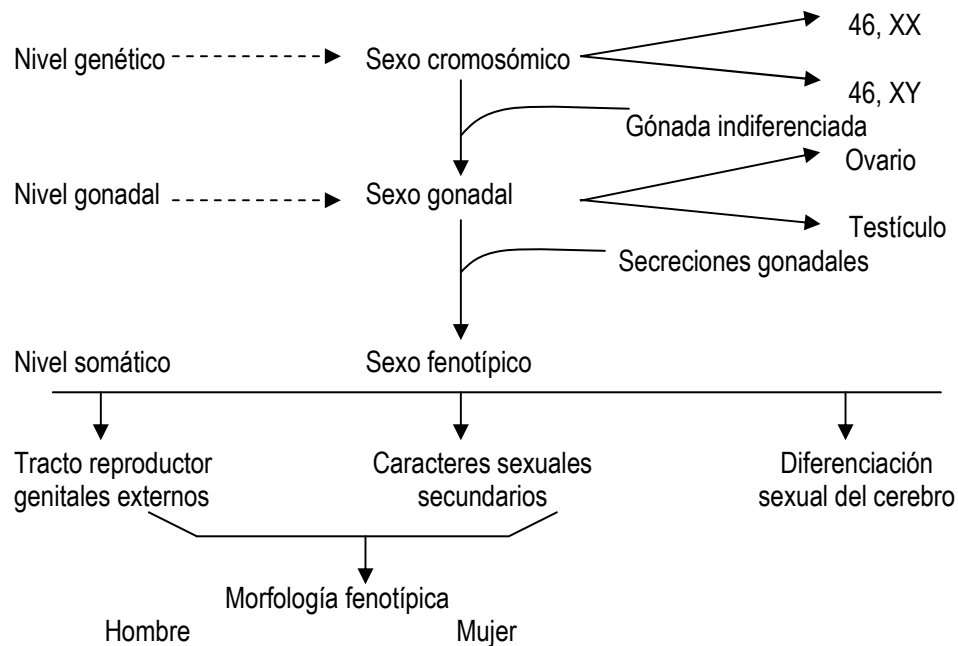
Un estadio posterior del desarrollo sexual es el gonadal que culmina alrededor del tercer mes de gestación. Esta fase abarca desde el primer esbozo de los futuros aparatos sexuales (séptima semana) hasta el desarrollo y diferenciación de los mismos (12<sup>o</sup> semana), convirtiéndose en los testículos (que necesitan de la secreción de hormonas específicas) o en los ovarios (en ausencia de inductores específicos). En este estadio tiene lugar la diferenciación hormonal, producida en un momento de la ontogénesis en que las secreciones de las gónadas inducen la diferenciación de los genitales internos y externos. Esta va a depender de la acción de agentes morfogénicos que deben tener una concentración específica y actuar en un tiempo preciso del desarrollo; además, la estructura diana debe ser sensible a la acción de estos inductores para que se produzca tal diferenciación.

Los distintos niveles y concentración de hormonas van a afectar a la conducta de las personas en dos facetas (Jayme y Sau, 1996). Por un lado, en la época *prenatal*, las hormonas van a tener efectos en la organización de determinadas estructuras, no sólo del sistema reproductor sino también del sistema nervioso. Así, la testosterona va a mantener la masculinización del feto en todo el embarazo. Otro momento en el que la conducta se ve afectada por estas secreciones es *durante y después de la pubertad*. En este periodo van a tener lugar dos funciones principales: por un lado, activan o inhiben determinadas conductas y, por otro, son las responsables de la aparición de las características sexuales secundarias. También es importante señalar que las hormonas

sexuales más importantes son diferentes para hombres y mujeres. Los primeros se caracterizan por poseer el grupo de hormonas denominado *andrógenos*, que se produce en los testículos y entre las que destaca la testosterona. Las mujeres segregan *estrógenos* y *progesterona*, que son producidas por los ovarios. Pero las diferencias entre hombres y mujeres no podemos decir que se deban a una cuestión de presencia / ausencia de dichas hormonas, sino de la proporción o cantidad de las mismas (Vaticón y Tresguerres, 1996).

La última etapa de la diferenciación sexual es la cerebral (Jayme y Sau, 1996) y se produce cuando ya existe suficiente maduración del feto como para que las hormonas lleguen al cerebro. No obstante, no debemos olvidar que la conducta humana no está controlada de forma rígida por las hormonas, como ocurre con algunos animales. Aún así, parece que existe cierta conexión entre las hormonas sexuales y la diferenciación cerebral, y se produce una similitud con la diferenciación del sistema reproductor; es decir, partiendo de un cerebro sexualmente indiferenciado, necesitamos la presencia de hormonas masculinas para que induzcan un cerebro masculinizado, mientras que en ausencia de las mismas, el cerebro tendrá una organización femenina. Pero no está demostrado que esta diferenciación sexual cerebral afecte al funcionamiento cognitivo o afectivo de la persona, sino que solo existe evidencia de su impacto en la organización y actividad hormonal. No obstante, la relevancia de los andrógenos prenatales en las diferencias entre mujeres y hombres es un tema que ha suscitado muchas publicaciones y datos contradictorios. Así, en un estudio reciente Gooren (2006) plantea que la exposición a andrógenos en la época prenatal parece predisponer a desarrollar una identidad masculina, aunque aparentemente no es decisiva en el 40-50% de los casos.

La siguiente figura (tomada de Vaticón y Tresguerres, 1996) resume lo expuesto en este apartado referente a la diferenciación sexual humana.



Asimismo, Unger y Crawford (1992) diferencian siete estadios en la diferenciación sexual humana normal. El primero es el estadio cromosómico, o sexo cromosómico, y las diferencias se caracterizan, como ya se ha citado, por la presencia de los cromosomas XX en las mujeres y XY en los hombres. El segundo estadio es el gonadal, o sexo gonadal, caracterizándose las mujeres por la presencia de ovarios y los hombres por la de testículos. El tercero, o sexo hormonal, es el estadio de las hormonas gonadales, con la presencia de estrógenos en las mujeres y andrógenos en los hombres. El cuarto, o sexo de los órganos internos, es el estadio en que se desarrolla los órganos accesorios internos, caracterizándose las mujeres por el útero y las trompas de Falopio y los hombres por los vasos deferentes y las vesículas seminales; el quinto estadio es el de los genitales externos, con la presencia en el caso de las mujeres del clítoris, los labios y el orificio vaginal y en los hombres del pene y del escroto. El sexto estadio es el de la etiqueta sexual, que es hembra en el caso de la mujer y macho en el hombre. Y el estadio séptimo, que es típico de los humanos, corresponde al género de crianza, que es femenino en el caso de las mujeres y masculino en los hombres. En este desarrollo sexual pueden aparecer anomalías o

alteraciones que pueden ser fundamentalmente de dos tipos (Jayme y Sau, 1996; Unger y Crawford,1992):

**a) Cromosómicas:** las más comunes son:

*Síndrome de Turner.* Personas que poseen tan sólo un cromosoma X o que, si tienen otro, éste es anormal o está fragmentado. Presentan genitales externos aparentemente femeninos, por lo que se las identifica como mujeres. Son estériles y de pequeña estatura (con una media de 1'40 cm.). Asimismo, y por la insuficiencia de hormonas sexuales femeninas, carecen de características sexuales secundarias, lo que se conoce por infantilismo psicosexual. La frecuencia de este síndrome, aunque discutida, está en torno a los 1/2.500 y si el diagnóstico se establece de forma temprana se pueden administrar hormonas que mejoren los caracteres sexuales secundarios y aumenten la estatura.

*Mujeres XXX.* Son mujeres de apariencia normal, aunque suelen ser muy altas y desgarbadas. También son fértiles pero suelen tener problemas anatómicos y esqueléticos. Su incidencia es baja, en torno a 1/1.000.

*Hombres XXY* o síndrome de Klinefelter. Son personas que tienen mayor estatura que la media, pero por el cromosoma X de más están feminizadas. Su pene y testículos son pequeños (aspecto enucoide) y no tienen caracteres sexuales secundarios de aspecto masculino ya que su nivel de hormonas sexuales masculinas es muy bajo, pero sí indicios de feminidad (crecimiento de vello púbico y ginecomastia) y esterilidad. La frecuencia de aparición de este síndrome es igual al anterior (1/1.000).

*Hombres XYY.* También son muy altos y fenotípicamente normales. Su coeficiente intelectual es normal, pero se ha planteado que tiene algunos problemas de personalidad y que el cromosoma Y adicional les predispone a la violencia y a cometer delitos, ya que se ha encontrado que su frecuencia es relativamente alta en estudios realizados con hombres encarcelados en Europa y en Estados Unidos. Pero tales estudios han sido criticados en las últimas décadas, ya que están sesgados al haber sido realizados en contextos institucionales.

**b) Hormonales:**

*Síndrome adrenogenital o pseudohermafroditismo.* Casos en los que las glándulas adrenales producen progesterona, que por un defecto hereditario, se transforma en una sustancia cuyos efectos son similares a los de la testosterona. Las mujeres afectadas tienen cromosomas XX, ovarios, trompas de Falopio y útero normales, pero sufren una masculinización, por lo que los genitales externos son parecidos a los de los hombres.

*Síndrome de feminización testicular o insensibilidad a los andrógenos.* Se produce también por un defecto hereditario en personas con cromosomas XY y comporta que los tejidos embrionarios no sean capaces de responder, o respondan de forma parcial, a la testosterona. Pueden llegar a ser personas con genitales externos femeninos, pero sin los internos por lo que la vagina es incompleta, carecen de útero y de trompas de Falopio; por lo tanto, son estériles. Además, suelen tener los testículos en el abdomen. Su apariencia puede ser la de una mujer atractiva pero sus cromosomas son 46XY, es decir, son personas genotípicamente masculinas.

*Déficit de 5 alfa-reductasa.* Se trata de otra alteración hereditaria cuya consecuencia es que la enzima que ayuda a que la testosterona se convierta en dihydrotestosterona (que produce la fusión del escroto y el crecimiento del pene) es escasa, por lo que los genitales externos son ambiguos. Con el efecto de la testosterona de los testículos en la pubertad los órganos se masculinizan llegando a ser normales.

**Sexo como variable estímulo y como variable sujeto.**

En los estudios de las diferencias sexuales realizados desde la psicología se ha entendido el sexo bien como una variable que funciona como estímulo o como una categoría en la que lo que interesa es el sexo de la persona que está sujeta a estudio (Unger, 1979). Como señala esta autora, parece haber dos tipos de diferencias de sexo: una localizada dentro del individuo (el sexo como una variable del sujeto) y otra

que existe dentro de las personas con quien el individuo interactúa (el sexo como una variable estímulo).

El **sexo como variable estímulo** se refiere a todos aquellos trabajos que investigan si el dimorfismo sexual determina de algún modo las interacciones que no sean estrictamente sexuales entre hombres y mujeres. Se trata de estudios que analizan los efectos que pueden provocar en una persona la percepción de la otra como hombre o como mujer (García-Mina, 2003).

Existe abundante bibliografía sobre este aspecto y hay muchos estudios clásicos que se han ocupado de estas posibles diferencias. Sánchez (1998) plantea que la importancia del sexo en este análisis se debe a que es la característica más destacable en la otra persona, la que podemos evaluar con mayor facilidad y a la que la sociedad da más importancia. La comparación que se pueda establecer entre ambos sexos va a estar determinada por las *características del contexto* y los *esquemas de género*, es decir, las propias creencias con las que una persona se acerca a la situación. Para estudiar el modo en que influye el sexo en una interacción interpersonal, cuando lo consideramos una variable estímulo, se puede considerar dicha interacción en tres fases (Sánchez, 1998).

- A) Conductas y expectativas del observador: La persona que inicia esa interacción tiene, como ya se citó, unos *esquemas de género*. Posee unos estereotipos acerca de cómo son y qué pueden hacer hombres y mujeres y, además, dichos estereotipos le han sido confirmados o refutados en diferentes ocasiones, por lo que también posee esta información extra sobre los mismos. Por otro lado, le dará mayor o menor importancia a estos estereotipos en función de su *historia de socialización* y lo centrales que sean para esa persona las características asociadas al género. También van a influir en la interacción las *características de la situación*, de manera que los estereotipos van a ser menos importantes en aquellas situaciones muy estructuradas, probablemente porque se deja menor libertad de acción. Otro proceso cognitivo que actúa es la *memoria selectiva*, de modo

que se recordará más fácilmente la información que concuerde con el estereotipo de género que aquella que no sea acorde.

- B) Conducta – respuesta del sujeto diana: La forma en que se comporte la primera persona va a influir en la segunda, ya que va a cumplir o no las expectativas y atribuciones realizadas en la primera fase. El resultado de esta interacción la continuará modulando.
- C) Interpretación que realiza la persona de la conducta – respuesta emitida por el sujeto diana: La conducta desplegada por la persona con la que se interactúa confirmará o desechará las concepciones previas que estaban basadas en el estereotipo de género. En el caso de que sean confirmadas, se justificarán las concepciones previas. En caso de que no lo sean, y siempre con la intención de disminuir la disonancia cognitiva, se pueden aportar explicaciones que consideremos coherentes acerca de la conducta observada y que sean consistentes con los esquemas de género, a pesar de no haber sido confirmados.

Esta concepción del sexo como variable estímulo tiene gran influencia en distintas áreas vitales (Sánchez, 1998). Así, **en la familia**, padres y madres educan diferencialmente a sus hijos e hijas desde una edad muy temprana para que adquieran los comportamientos de género adecuados socialmente; siendo los padres los que mayores diferencias muestran en este comportamiento y los hijos varones los que más patrones educativos consistentes con su rol van a recibir. Otro ámbito fundamental para la diferenciación sexual es el de las **relaciones de amistad**. Si el papel de los padres y madres es el de enseñar a sus hijos e hijas los roles de género, las amistades son las que se ocupan de mantener y fomentar estas conductas diferenciales. De este modo, buscando contextos conocidos y familiares, los niños y las niñas se segregarán en grupos de diferente sexo; ambos buscan grupos donde poder ensayar las conductas adecuadas y donde conseguir objetivos, por lo que las niñas prefieren situaciones de intimidad para practicar la cooperación y los niños contextos competitivos donde puedan manifestar conductas de confrontación.

El constructo **sexo como variable sujeto**, con mayor tradición dentro de la psicología, se refiere a los trabajos e investigaciones que clasifican a los sujetos en función del dimorfismo sexual externo (hombre/mujer) para verificar si existen diferencias (o semejanzas) entre los dos sexos en el desempeño de tareas y en todas las variables intrapersonales posibles, como son personalidad, inteligencia, motivación, etc. (Fernández, 1996). Este campo es uno de los más desarrollados en la psicología y así lo podemos ver por los múltiples estudios que existen al respecto, hasta el punto de ser uno de los ámbitos destacados dentro de la psicología diferencial. Se trata de una extensa área de estudio cuya amplitud de resultados se ha tratado de organizar y resumir en varios trabajos. Uno de los pioneros fue el realizado por Maccoby y Jacklin en el año 1974 tras analizar aproximadamente 1.600 investigaciones (Martínez, 1998). Sus conclusiones básicas, aún citadas en algunos manuales, las agrupan en tres grandes bloques:

- a) *Mitos infundados*, tales como que las mujeres son más sociables y sugestionables que los hombres, que ellas tienen menor autoestima, etc. no fundamentados en estudios que tuviesen en cuenta el sexo en sí, sino extraídos de estudios con otros propósitos;
- b) *Diferencias sexuales bien establecidas*, la mayoría de ellas relacionadas con procesos cognoscitivos;
- c) *Campos dudosos con necesidad de ulteriores investigaciones*.

Asimismo, podemos hablar de una perspectiva actual basada en revisiones meta-analíticas. Martínez (1998), en un trabajo de revisión de esta perspectiva, plantea que, en cuanto a las destrezas cognitivas, aparecen mayores diferencias en los grupos de variables siguientes: lo verbal, lo numérico y lo perceptivo. Los estudios realizados en los últimos 20 años ponen de manifiesto que la magnitud de dichas diferencias es escasa, así como su consistencia relativa, además de contar con poca estabilidad en el tiempo. En lo que se refiere a las diferencias en el comportamiento social y la personalidad, existen pruebas de pequeñas diferencias



entre los sexos en la dirección de los estereotipos de género. Es decir, los hombres adoptan conductas ligeramente más asertivas, activas y agresivas, con un locus de control interno relativamente mayor; mientras que las mujeres muestran comportamientos más emocionales, ansiosos, tiernos, sociables y presentan un mejor ajuste entre el yo y el ideal del yo. Todas estas diferencias hay que matizarlas, ya que en muchos casos son mínimas, permitiéndonos afirmar que son considerablemente mayores las semejanzas que las diferencias en función del sexo.

Recientemente, Hyde (2005) ha sintetizado los resultados de 46 meta-análisis sobre estudios psicológicos de diferencias entre mujeres y hombres y ha encontrado que, de forma consistente, las diferencias en un amplio rango de variables son muy escasas o nulas. Esta autora encontró que los tamaños de los efectos de las diferencias del 78% de las áreas estudiadas eran pequeñas o cercanas a 0. Las diferencias más importantes se daban en algunas conductas motoras y sexuales, siendo la magnitud de las diferencias moderada en agresividad. Además, tales diferencias variaban en función de la edad y del contexto.

Fernández (1996) también propone un tercer conglomerado en torno al sexo, el que se desarrolla como sexualidad que, quizás debido a los tabúes que lo rodean, puede ser el menos nombrado y estudiado.

### 1.1.2. Género

El constructo género plantea una gran controversia a la hora de ser definido y descrito y existe cierta confusión conceptual en su uso. Para entenderlo, además, debemos hacer referencia al término sexo, ya que su contraposición nos va a ofrecer las claves para definirlo.

En la revisión que hace García-Mina (2003) del desarrollo del término desataca que algunos autores y autoras **entienden los términos sexo y género como intercambiables**; entre ellos/as cita a Ashmore y Del Boca, y a Katz y Worrell, que los utilizan de este modo porque quieren dar importancia al carácter social que también está detrás de las categorías hombre y mujer. Así, en sus trabajos utilizan la palabra

*género* para hacer referencia a las variables orgánicas que diferencian a mujeres y hombres, mientras que para referirse a las características y conductas que se consideran adecuadas para hombres y para mujeres, utilizan el término *rol sexual*.

Jayne y Sau (1996), plantean que el término género designa un conjunto de cosas que comparten características; en el caso de los seres vivos, el género los clasifica en los grupos *femenino* y *masculino*. Esta clasificación en dos grupos hace que se acentúen las similitudes dentro del propio grupo, y se resalten las diferencias con el otro (Tajfel, 1984). Esto conlleva el hacer patente que hombres y mujeres son más diferentes que iguales. Como señalan Hare-Mustin y Marecek (1990), se trata de dualidades y dicotomías en torno a las cuales se ha organizado el pensamiento occidental desde Aristóteles hasta la actualidad y que hacen que, con mucha frecuencia, hombres y mujeres estén representados como una dicotomía y se usen como metáforas para representar contrastes, oposición o complementariedad.

El uso del término *género* es relativamente reciente, ya que hasta hace tan solo unos 30 años el vocablo utilizado era *sexo*. Su uso fue introducido por las investigadoras feministas en cada una de sus áreas, la Filosofía, la Historia, la Psicología, etc. Unger (1979) señala que el término *sexo* se venía utilizando hasta ese momento tanto como variable independiente como dependiente; utilizado como variable independiente hacía referencia a su naturaleza biológica, considerándolo el origen de las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres; al utilizarlo como variable dependiente se enfatizaba la relevancia de las diferentes experiencias socioculturales de hombres y mujeres, considerándolo en gran medida como un fenómeno social fruto de tales experiencias diferenciadas. De este modo, se producía una confusión entre las propiedades biológicas y sociales relacionadas con el sexo, por lo que plantea la reconceptualización de la terminología partiendo el concepto *sexo* en función de sus características biológicas y sociales. Plantea que el término *género* “*puede ser usado para describir aquellos componentes no fisiológicos del sexo que culturalmente se consideran apropiados para hombres o para mujeres*” (1979, p. 1086), pudiéndose utilizar para aquellos rasgos en que el sexo actúa como una variable estímulo,

independientemente de si tales rasgos tienen o no su origen dentro del sujeto, refiriéndose así a la etiqueta social mediante la que distinguimos a dos grupos de personas.

Para Victoria Sau, en el momento en que se introduce en el ámbito de la investigación el término género, se articula un cambio cualitativo y fundamental en el estudio de las diferencias sexuales; *“naturaleza y cultura se enfrentan de nuevo encarnadas respectivamente en sexo y género”*, (Jayme y Sau, 1996, p. 56). A partir del dimorfismo sexual, y por la importancia que la sociedad atribuye a este hecho, comienza la construcción del género; pero es a partir de la representación e interpretación de la realidad cuando comienza a dotársele de un significado psicológico específico (Barberá, 1998a). Se trata de la construcción subjetiva del género.

Así, parece claro que cuando hablamos de género nos estamos refiriendo a una categoría social que adquirimos mediante la socialización. Dicha categoría solo puede tomar dos formas, la masculina y la femenina, por lo que el repertorio para elegir es escaso. Otra característica del constructo género que plantea Victoria Sau (1988, citada en Jayme y Sau, 1996), es que ambas condiciones, además de ser diferentes, se oponen de forma bipolar. Una tercera característica es que los géneros están jerarquizados, estando uno por encima y otro por debajo; en esta distribución desigual encontramos que el género dominante es el masculino y el femenino el subordinado. La relación de poder que se ha establecido entre ambos lleva a múltiples desigualdades, pero este no es el espacio para adentrarnos en ellas. La última característica que propone esta autora es que la estructura de los géneros es invariable, tanto en el tiempo como en el espacio; esto nos puede llevar a creer erróneamente que son diferencias “naturales”.

En el ámbito de la psicología, se ha venido utilizando el término desde diferentes concepciones, en función del paradigma que se siga. Así, Barberá (1998a), propone cuatro formas de entenderlo:

- a) *El género como un rasgo estable*. Dentro del paradigma clásico de la psicología diferencial, se entiende el género como un rasgo que todas las personas

tenemos y que la psicología sólo tiene que estudiar y descubrir. Se entiende el género como una categoría básica de la personalidad y el objetivo de esta disciplina es describirla, compararla y medirla. Dentro de este modelo, encontramos otras dos orientaciones. Por un lado, la comparación del comportamiento entre hombres y mujeres, y por otro, la comparación y medición de los rasgos de masculinidad y feminidad.

- b) *El género como un proceso psicológico.* Encuadrado dentro del paradigma cognitivo, no se estudia el género desde la conducta, sino que la investigación se centra en el análisis de los procesos psicológicos que intervienen en la construcción del mismo. Es importante el hecho de que se interese por los procesos cognitivos y los afectivo–motivacionales, pero considera a la persona como un sujeto aislado al interpretar los procesos de género como características internas. Estos/as autores/as interpretan el género como un esquema cognitivo que se construye a lo largo del tiempo para llegar a formar parte del autoconcepto. De este modo, el esquema de género que cada persona posea va a influir en el procesamiento de la información que cada uno/a realice, de manera que va a guiar el comportamiento.
- c) *El género como un sistema de clasificación social.* Equiparable a la estrategia de investigación ya citada de “sexo como variable estímulo”, se basa en que la percepción de diferencias entre hombres y mujeres sirve para procesar la información que entra por los diferentes canales y ayuda a generar en los/as otros/as, rasgos, roles y conductas.
- d) *El género como proceso psicosocial.* Desde esta perspectiva, el género no se define como un rasgo estable ni como un simple reflejo de la realidad social; se trataría de un proceso constructivo en el que los procesos psicológicos interactúan con los contextos sociales. Desde este enfoque lo interesante es analizar las relaciones mutuas que se establecen entre factores situacionales y estructuras sociales, en interacción con los diferentes procesos psicológicos.

De este proceso de interacción fluyen actitudes, expectativas, atribuciones y valores.

Para esta autora, el género posee una triple naturaleza bio-psico-social; pero no significa que sea la suma de sus partes, sino que los procesos que intervienen y las variables con que interactúa, son las que le dotan de significado.

Otro autor que propone la relación del género con la biología y el medio ambiente es Sternberg (1993) y lo hace a través de un modelo con cuatro niveles que van aumentando en complejidad. Así, el primer nivel entiende que las diferencias de género se deben a factores biológicos o medioambientales, siendo ambos excluyentes. En el segundo nivel se entiende que las diferencias de género pueden ser causa tanto de factores biológicos como de factores medioambientales, por tanto, la intervención se puede llevar a cabo en cada uno de estos ámbitos. Lo que incorpora el tercer nivel al anterior es la influencia que puede llegar a ejercer la interacción entre ambos factores en las diferencias de género. Por último, el nivel cuarto, entiende esas interacciones como funciones temporales y espaciales y, por tanto, su influencia va a cambiar con el tiempo y va a estar en función de la variabilidad de las personas.

Así, se encuentra que cada día se enfatiza más el carácter multidimensional del género. Según Barnett, Marshall, Raudenbush y Brennan (1993) el género es un constructo que consiste en sentidos biológicos, psicológicos y sociales. Lo definen incluyendo, pero no limitado, al sexo biológico, a las experiencias de socialización diferenciales, a las expectativas individuales para la definición social, a los roles específicos de género y a las actitudes de rol sexual. Consideran que el género es principalmente el producto de procesos culturales y sociales, y destacan que cada sociedad tiene sus propias normas acerca de cómo deben comportarse mujeres y hombres. Se trata de una línea de razonamiento que indica que los repertorios conductuales de mujeres y hombres son básicamente los mismos, pero las diferencias en el contexto y en los períodos históricos influyen en la selección de conductas de ambos. Plantean que una confusión importante surge cuando las diferencias entre mujeres y hombres, diferencias que reflejan una determinada cultura y un determinado

periodo histórico, son tratadas como diferencias de sexo, es decir, diferencias naturales y, por tanto, invariables.

Pero, dado que desde el nacimiento las experiencias de socialización son diferentes para niños y niñas, y los roles sociales de mujeres y hombres son muy diferentes en la mayoría de las culturas, va a ser muy difícil separar las diferencias de género de las de sexo (Barnett *et al.*, 1993). Consideran que solo cuando las mujeres y los hombres tengan experiencias similares y desarrollen vidas parecidas se podrá esperar detectar diferencias de sexo. Los roles familiares y laborales reflejan, por tanto, no diferencias innatas en los repertorios, sino diferencias en la elección. Las diferencias observadas pueden derivar de potenciales similares (Deaux, 1984).

Así, se ha planteado que no es posible una separación absoluta entre sexo y género, ya que las expectativas culturales para mujeres y hombres (el género) no se pueden separar de las observaciones del cuerpo físico de mujeres y hombres (el sexo). Y desde algunas perspectivas se considera que las construcciones culturales del género incluyen en alguna medida los aspectos biológicos que diferencian a mujeres y hombres, es decir lo que para la mayoría de autores/as constituye el sexo.

Alrededor del concepto género, ya de por sí complejo, y de su significado se han planteado otros términos que tratan de ampliarlo, completarlo e, incluso, explicarlo. Todos ellos están fuertemente conectados e interrelacionados, por lo que la descripción de unos ayuda a la de los demás, si bien su separación puede resultar artificial en algunas ocasiones y puede inducir a considerar como distintos procesos y/o conceptos que son muy similares. A continuación vamos a describir las características que consideramos más relevantes de una serie de términos tales como *rol de género*, *identidad de género*, *tipificación sexual (o de género)*, *masculinidad*, o *feminidad*, entre otros.

### **1.1.3. Identidad de género**

Por *identidad de género* se entiende, en sentido amplio, el fenómeno por el que las personas nos percibimos como hombres o como mujeres (Frable, 1997; Spence,

1993). Se trata de un proceso psicológico que afecta a un conjunto de sensaciones, percepciones, creencias y pensamientos que tienen en común su carácter subjetivo; y su evolución se vincula con el aprendizaje de conductas y actividades tipificadas y con los roles de género (Barberá (1998a). También se ha planteado que se lleva a cabo a través de la actitud de los agentes sociales cercanos, abarcando el conjunto de procesos que posibilitan la conceptualización de uno/a mismo/a como hombre o como mujer. Corsi y Bonino (2003) plantean que, a grandes rasgos, podemos decir que la identidad masculina tradicional se ha construido sobre dos procesos: el hiperdesarrollo del yo exterior y la represión de la esfera emocional. En contraposición, la identidad femenina tradicional se sustenta en el hiperdesarrollo del cuidado a los/as otros/as y la manifestación de las emociones y sentimientos.

La identidad de género suele sustentarse en el sexo asignado al individuo y es el resultado del juicio que cada persona hace de su propio cuerpo (Jayme y Sau, 1996). Para estas autoras, el género tiene una doble vertiente: la colectiva, que implica la adaptación de las personas a las expectativas de la sociedad, llamada **roles de género**; y la individual, que se refiere a cómo cada persona vive su propio género y mantiene su individualidad, ésta es la llamada **identidad de género**. Según dichas autoras, la identidad de género *“describe los sentimientos y cogniciones que cada persona tiene por el hecho de ser una mujer o un hombre”* (Jayme y Sau, 1998, p. 60). Estas autoras plantean que la asignación del sexo se hace en función del examen de los genitales externos del/de la recién nacido/a e, incluso actualmente, antes del nacimiento, mientras permanece en el útero. No obstante, esta asignación puede estar equivocada ya que, tal como se describió anteriormente, no siempre los genitales externos coinciden con el resto de las características que definen el sexo de la persona. Pero desde el mismo momento de la asignación de un sexo u otro, los comportamientos de las personas que le rodean van a estar condicionadas por dicha categorización, recibiendo un trato u otro en función del sexo asignado. Por tanto, ya desde este momento, el bebé va a estar inmerso/a en un contexto social construido según su sexo genital. Así, antes del nacimiento ya comienza la adquisición del género y este será

relevante a lo largo de todo el ciclo vital. En el siguiente epígrafe vamos a exponer de forma muy resumida las principales teorías sobre las diferencias de género, siguiendo principalmente las revisiones de Jayme y Sau (1996), Matud (2004a) y de Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira (2002).

#### **1.1.4. Principales teorías sobre las diferencias de género**

Las primeras referencias en nuestra cultura a las diferencias que existen entre hombres y mujeres las encontramos en filósofos como Platón o Aristóteles. Éste y otros pensadores generalmente consideraban a la mujer como inferior al hombre, idea que permanece durante siglos, incluso más allá del nacimiento de la psicología como tal. Así, Juan Huarte de San Juan, basándose en la teoría de Aristóteles que consideraba lo femenino como una versión inferior de lo masculino, planteaba que el talento de la mujer era inferior al del hombre ya que para desarrollar el talento era necesaria la sequedad, por lo que la mujer no lo podía poseer ya que era “fría y húmeda”.

Esta tendencia a considerar a la mujer como un ser inferior podemos encontrarla incluso en autores del siglo XX, como es el caso de Freud. Para éste, la adquisición de la identidad de género está modulada por la biología en interacción con factores socioculturales, familiares y físicos (Matud *et al.*, 2002). Plantea que las formas de pensar y actuar están definidas por el sexo biológico (Jayme y Sau, 1996), aunque el factor clave de la identidad de género, no solo en la propuesta de Freud sino en toda la perspectiva psicodinámica es la identificación del niño/a con el progenitor del mismo sexo, postulado que no ha sido verificado empíricamente.

Otro autor que se interesó por el proceso de adquisición de la identidad de género es Kohlberg, quien, basándose en los trabajos de Piaget, en los años 60 propuso un modelo cognitivo-evolutivo que plantea que el desarrollo del género depende del desarrollo cognitivo del infante. Este autor plantea que el/la niño/a está en un nivel evolutivo inferior y sólo cuando alcance la suficiente madurez podrá percibir la realidad de la misma manera que los/as adultos/as. Subraya el papel activo del infante en la organización de las concepciones y percepciones relacionadas con su propio rol,



su entorno y su cuerpo. Así, alrededor de los tres años, los/as niños/as ya han aprendido a identificar su sexo, pero hasta los cinco o seis años no entienden que el género es algo temporalmente inmutable (Jayme y Sau, 1996). Este fenómeno es el que Kohlberg denomina *constancia de género* de se compone de tres estadios: la identidad de género (catalogarse a sí mismo/a como niño o niña), la estabilidad de género (reconocimiento de que el género se mantiene en el tiempo) y la consistencia de género (saber que el género es invariante a pesar de los cambios en apariencia o actividad) (Matud *et al.*, 2002). Una vez logran la constancia de género se sienten motivados para buscar modelos del mismo sexo y aprender a comportarse como hombres o como mujeres.

Para la teoría del aprendizaje social, y para autores como Mischel o Bandura, hay dos aspectos clave en la adquisición del género: el refuerzo y la imitación. El/la niño/a, a través de la interacción con el medio, aprende diferentes patrones de conducta que, con el tiempo, va generalizando a otras situaciones. Si observa que mediante estas conductas obtiene lo que desea, tenderá a repetir dicha conducta en el futuro. Este refuerzo puede ser administrado por los/as demás o por uno/a mismo/a. Otro aspecto importante en la adquisición del género es el aprendizaje por observación. La clave está en qué tipo de conductas se imitan, si las que son reforzadas o las que provengan de personas que concuerdan con su sexo. Jayme y Sau (1996) destacan que, en el proceso de adquisición del género que plantea Mischel, niños y niñas aprenderán por observación la conducta de ambos progenitores imitando más al padre o a la madre en función del poder que observen en cada uno/a de ellos/as.

Según Barberá (1982), todos los agentes sociales intervienen a la hora de configurar la identidad de género al premiar las conductas “adecuadas” para cada sexo y al ignorar o castigar las que no se consideran correctas. No obstante, en otros trabajos (Weinraub y Frankel, 1977, citados en Matud *et al.*, 2002) se encuentra un aprendizaje cruzado en función del género, aunque va a depender del tipo de conductas. Se ha planteado, en este sentido, que la mera observación de modelos no explicaría el aprendizaje de las conductas ya que las metas, los criterios internos y las

reacciones de autoevaluación de niños y niñas van a jugar un papel determinante (Jayme y Sau, 1996).

Las formulaciones iniciales del aprendizaje social del género se fueron ampliando y se comenzó a dar importancia a otros factores tales como los refuerzos positivos y negativos, las consecuencias, las modificaciones y reacciones de las conductas y se ha enfatizado que la imitación de conductas estará influida por factores tales como la disponibilidad de modelos, la similitud con uno/a mismo/a o el poder que tengan dichos modelos. Más recientemente, Bussey y Bandura (1999) formularon una teoría social-cognitiva del desarrollo y diferenciación de género que comparte muchos puntos con la teoría del aprendizaje social. Sin embargo, este nuevo planteamiento enfatiza el papel activo y constructivo de las personas y la capacidad de autocontrol de las mismas. Se basa principalmente en la explicación del desarrollo y funcionamiento del género, detallando cómo se construyen y cómo funcionan las concepciones de género a partir de experiencias complejas y diferentes.

De la teoría de selección natural de Darwin, parte la sociobiología y la teoría evolucionista. Su idea básica es que hombres y mujeres han desarrollado conductas diferentes por el valor adaptativo que tiene cada una de ellas. De este modo, las diferencias de género surgen de la adaptación ancestral a los diferentes retos y demandas reproductivas a las que se han tenido que enfrentar mujeres y hombres. Según la teoría evolucionista, si las mujeres se aparean con hombres “inadecuados” tienen mucho que perder por los costes de la reproducción, por lo que tendrán menor número de parejas sexuales; por el contrario, los hombres se tienen que asegurar su descendencia, por lo que serán más promiscuos. (Fernández-Montraveta, 2000). Esta teoría ha recibido muchas críticas ya que, como señala dicha autora: *“Durante mucho tiempo se han utilizado ejemplos seleccionados o interpretaciones ad-hoc del comportamiento de los animales para justificar los estereotipos sexistas y mantener el status quo de las relaciones de poder en nuestra sociedad y a veces para ridiculizar y restar legitimidad a cualquier intento de cambio”* (Fernández-Montraveta, 2000, p. 435).

También se ha aludido a causas biológicas tales como genes, hormonas y la estructura y funcionamiento cerebral para explicar las diferencias entre mujeres y hombres en cognición, conducta y roles de género. Se trata de una investigación muy amplia cuya revisión va más allá del alcance del presente trabajo. En todo caso cabe destacar la falta de concordancia (cuando no contradicción) en los resultados, así como las deficiencias metodológicas que caracterizan tradicionalmente muchos de estos estudios, tales como tamaños de las muestras muy pequeñas, o la inclusión de personas que habían muerto por problemas neurológicos o con otros problemas de salud, por lo que la generalización de los resultados a la población general es, cuando menos, dudosa. Además, es importante tener en cuenta que el encontrar diferencias en personas adultas no nos indica su origen, ya que el medio también podría influir en tales diferencias. Así, como señala Fausto-Sterling (1994, tomado de Matud, 2004a) la relevancia de los factores biológicos en las diferencias entre mujeres y hombres en capacidades cognitivas y conducta social aún no ha sido probada ya que hay muy pocas diferencias de sexo absolutas, y sin no hay una completa igualdad social no podremos conocer con seguridad las que hay.

Las teorías socioculturales y estructurales del género hacen hincapié en las estructuras y organizaciones sociales que definen y apoyan al género más que en los mecanismos que explican su adquisición. Desde este acercamiento se plantea que el origen de las diferencias de género no está tanto en las características invariables de la persona como en sus prácticas sociales e institucionales. De esta perspectiva destaca la teoría del rol social propuesta por Eagly (1987), donde plantea que las diferencias entre hombres y mujeres podrían explicarse por los roles de género, definidos como las expectativas compartidas acerca de cómo debe desenvolverse socialmente cada sexo.

Por último, las teorías constructivistas y postmodernas consideran que el género no es un rasgo de los individuos sino una construcción dinámica que caracteriza las interacciones sociales. Se trata de un acuerdo que caracteriza las interacciones sociales, planteándose así que una persona no “tiene” un género, sino que “hace” género (Deaux y LaFrance, 1988).

### **1.1.5. Estereotipos de género**

El concepto de “estereotipo” hace referencia a “un sistema de creencias acerca de las características que se piensa son compartidas por los miembros de un grupo” (Barberá, 1998a, p. 85). Como señala dicha autora, se trata de una construcción cognitiva o sociocognitiva sobre los atributos compartidos por un grupo humano y hay dos aspectos clave. Por un lado, la conceptualización de que el estereotipo, en cuanto construcción subjetiva, incluye no sólo creencias sino también expectativas y atribuciones causales, por lo que dichos pensamientos no suelen coincidir con la realidad siendo, más que reflejos exactos del mundo, imágenes mentales muy elaboradas cognitivamente. El otro aspecto es que el estereotipo suele estar compuestos por un conjunto de ideas que encajan entre sí.

El término *estereotipo* fue utilizado por primera vez en 1922 por el periodista Lippman para referirse a aquellas imágenes culturalmente determinadas que se inmiscuyen en las facultades cognitivas de las personas y en sus percepciones del mundo. Los estudiados con mayor frecuencia son los relativos a las razas y a las nacionalidades. Los referentes al género se citan desde 1936, con los trabajos de Terman y Miles, pero sin utilizar el término género ya que hasta 1955, con el trabajo de Money, no se había utilizado este concepto (García-Mina, 2003)

María Jayme y Victoria Sau (1996) proponen una serie de características generales de los estereotipos que resumimos a continuación.

- Los estereotipos pueden disiparse a lo largo del tiempo, pero tenderán a permanecer si no hay nada que estimule su cambio.
- No son innatos sino aprendidos a través de la interacción social.
- Despojan a las personas de su carácter individual, ya que homogenizan a sus miembros bajo determinadas características.
- Las opiniones que originan se pueden concretar en conductas reales que los refuercen.

- Y, por último, a pesar de que las características incluidas en un estereotipo no tienen por qué ser negativas, éstos suelen nacer del conflicto entre grupos, con el objetivo de distanciar y segregar.

Un aspecto importante de los estereotipos está en quién tiene la capacidad y el poder de generarlos. Así, Tajfel (1984), diferenciando entre los endo y los exogrupos, plantea tres funciones de los estereotipos sociales, es decir, de los que son compartidos por un gran número de personas: 1) el intento de comprender grandes hechos sociales, que se caracterizan por ser complejos y dolorosos; 2) la justificación de acciones contra los exogrupos; 3) la diferenciación positiva del endogrupo respecto del exogrupo cuando se entiende que la permanencia o estabilidad del grupo está debilitada.

Los **estereotipos de género**, es decir, las creencias sobre las características de las mujeres y de los hombres, se consideran como bloques cerrados y diferenciados entre sí, teniendo los hombres el privilegio de contar con las características positivas y las mujeres con las negativas. Sirven para mantener el orden social (Jost y Kay, 2005; Lott, 1990), ya que los hombres generalmente han tenido más poder que las mujeres y esto se sigue perpetuando a través de los estereotipos, ya que las personas que se alejen de los atributos deseables van a ser rechazadas por el resto. Y, pese a los cambios sociales de los últimos años, existe evidencia empírica de la relevancia de los estereotipos en la desigualdad de mujeres y hombres. Así, en un estudio realizado recientemente (Mast, 2004) se encontró la existencia de una jerarquía implícita en los estereotipos de género que indica que los hombres son asociados más rápidamente con jerarquía y las mujeres con estructuras más igualitarias, tendencia que se daba en ambos género aunque era más acusada en los hombres.

En cuanto a la **formación** de los estereotipos, Barberá (1998a) plantea que son el resultado de un complejo proceso psicosocial que tiene lugar a lo largo del tiempo y en el que van a participar diferentes estímulos del contexto, las propias experiencias y la elaboración personal que cada sujeto lleve a cabo con esa información. Esta última va a depender del nivel de maduración de cada uno/a, encontrándose que, a mayor

edad, mayor flexibilidad. También parecen influir otras variables, entre las que esta autora destaca la clase social, el nivel educativo, la raza o el estatus socioeconómico. Los estereotipos están profundamente arraigados en la estructura mental de las personas y todos/as participamos de forma activa en su construcción y su actualización. Ésta última se suele basar en la metáfora de la *profecía autocumplida*, según la cual, nuestro sistema de creencias sociales sobre el género, es decir, lo que esperamos de los hombres y de las mujeres, es tan poderoso que va a intervenir en el procesamiento de la información, generando percepciones sesgadas acerca de la realidad. Y estas ideas generan en cada uno/a de nosotros/as una serie de conductas, intereses, actitudes, etc., que lo que hacen es ratificar el cumplimiento de la profecía.

Algunas de las fuentes que conforman dichos estereotipos son, según Milton y Hippel (1996, citado en Barberá, 1998b), representaciones de las diferencias reales entre grupos tratándose, por tanto, de construcciones adecuadas, aunque parciales, de lo que nos rodea. Funcionan como esquemas de conocimiento que permiten un procesamiento más rápido y eficiente pero, como sucede con cualquier otro esquema, es selectivo por lo que se pierde la información relativa a las características individuales y se olvida lo personal. Por tanto, cuando los estereotipos se refieren a características inherentes a las personas es muy probable que se deforme la realidad y nos lleven a errores, ya que implican cuestiones personales. En el caso de los estereotipos de género este hecho tiene aún más importancia, ya que todas las personas tenemos un género y por lo tanto, tenemos un gran número de experiencias sobre estos estereotipos. Un problema importante de los estereotipos es que admiten una escasa variabilidad individual y, en el caso que nos ocupa, se entiende que las características de las “mujeres” son totalmente distintas, si no opuestas, a las características de los “hombres”. Esto los convierte en un elemento de conceptualización social peligroso y discriminatorio ya que los pensamientos estereotipados, al representar de forma esquemática la realidad, implican un uso muy extendido (Barberá, 1998b). Además, dado que los estereotipos se activan más fácilmente cuando la información de la que se

dispone es escasa, cuando se trata de una evaluación rápida y superficial, la interpretación que se haga va a ser imprecisa y va a estar sesgada.

El **contenido** de los estereotipos de género no sólo se refiere a rasgos de personalidad, sino que también incluyen actitudes e intereses, conductas de rol, rasgos físicos e, incluso, ocupaciones profesionales (Barberá, 1998a). También Deaux y Lewis (1984) afirman que las características físicas, los rasgos, las ocupaciones y las conductas conforman los estereotipos. No obstante, al mismo tiempo que se reconocen los múltiples componentes de los estereotipos, se ha hecho hincapié en que no se trata de diferencias absolutas, asumiéndose que cualquier persona puede desarrollar y mostrar en mayor o menor grado cada una de las características que componen los estereotipos; aunque es cierto que, cuando éstos se activan, suelen hacerlo en su polo más característico. Por ejemplo, en el caso de los estereotipos sobre la mujer, se activaría uno de los subgrupos que plantean DeWall, Altermatt y Thompson (2005) quienes opinan que los estereotipos femeninos están formados por cinco subgrupos, que son: amas de casa, profesionales, mujeres objeto y dos más de reciente incorporación, que son las feministas, relacionadas con la militancia política, y las identificadas por su actividad física, las mujeres atléticas.

Los estereotipos también tienen una **función** prescriptiva, a través de la cual las descripciones basadas en los mismos se convierten en normas pasándose de lo que es “típico” a lo que es “correcto” (Barberá, 1998b). En esta línea, las propuestas que se han hecho desde la cognición social consideran que los estereotipos de género surgen de acuerdos tácitos sobre lo que compone la realidad social que terminan por convertirse en mecanismos de control que van a separar lo que es normal de lo que es aceptable y de lo que es desviado.

Una vez formado el estereotipo, su **activación** suele producirse de una manera automática. Dicha movilización va a depender, según Deaux y Lewis (1984) de la información con la que cada persona cuente provocando que las diferencias individuales en su uso sean muy importantes. De este modo, Barberá (1998b) plantea

que si la mente está ocupada en otro asunto o si tenemos más información sobre la persona que vamos a evaluar, menor será la activación del estereotipo.

Dado que los estereotipos están fuertemente implantados en la forma de pensar de las personas, y precisamente por este hecho, son difíciles de **modificar**, incluso aunque en algunas ocasiones no sean coherentes con la propia experiencia. En estas situaciones se genera un estado de disonancia que se puede solventar mediante múltiples mecanismos. Uno de ellos es la atribución causal, que permite introducir variadas excepciones a la regla general y así justificar los posibles desajustes a través de la instauración de subcategorías. Cuando la inclusión de nuevas subcategorías es excesiva, resulta más fácil modificar el estereotipo, y esta sería una manera de cambiarlos. Según la revisión de Barberá (1998b), otras propuestas realizadas por distintos autores para explicar la alteración de los estereotipos serían la actualización, que tiene lugar cada vez que aparezca una inconsistencia, cambios bruscos tras varias inconsistencias juntas, y el cambio que se produce tras añadir nuevos casos o tras el refuerzo de los anteriores. No obstante, todos estos modelos coinciden en que la presencia de cambios va a depender del contexto.

Wilde y Diekman (2005) han estudiado el desarrollo de estos estereotipos desde el pasado, pasando por el presente y haciendo previsiones para el futuro. Afirman que las mujeres están incrementando sus características masculinas entre el pasado y el futuro, siendo las características de los hombres más estables. Los hombres tienen el liderazgo y asumen otras manifestaciones de poder, además de características agénticas; las mujeres tienen el papel subordinado y asumen características comunales. Si los roles cambian en la sociedad, las nuevas características de hombres y mujeres son percibidas como mejores. Los cambios de estereotipos más notables tienen lugar en las mujeres trabajadoras, mientras que los relacionados con roles familiares son más estables. Por último, para estas autoras, los hombres no han incluido características femeninas en sus comportamientos.

Pero, a pesar de los pequeños cambios que se puedan ir produciendo en los estereotipos, la posición de discriminación de la mujer no se ha modificado.



Actualmente la discriminación abierta y hostil basada en los estereotipos de género rígidos no es “políticamente correcta” y, al menos en nuestro país, puede llegar a ser ilegal, pero podemos hablar de un nuevo sexismo, denominado ambivalente. Para Lameiras y Rodríguez (2002), dicho tipo de sexismo está compuesto por dos elementos con cargas afectivas antagónicas que parten de las complejas relaciones de aproximación / evitación que caracteriza a los sexos. Estos elementos son el hostil, que asume los estereotipos como verdaderos y posee una carga afectiva negativa; y el benévolo, que está compuesto por un paternalismo protector, diferencias de género vistas como complementarias e intimidad heterosexual. Ambos elementos son negativos porque colocan a la mujer en un lugar inferior. Porque no hay que olvidar que, como afirman Jost y Kay (2005), en los estereotipos de género las actitudes hacia el grupo desaventajado de las mujeres son, con mucha frecuencia, favorables en el contenido pero perjudicial en sus consecuencias. Así, el considerar a las mujeres como cálidas, simpáticas, amables o empáticas puede hacer que se les considere como menos competentes.

Y también existe una nueva forma de sexismo denominada neosexismo o sexismo moderno que es más sutil y se caracteriza por negar que las mujeres estén discriminadas, por la oposición a sus demandas y por la falta de apoyo a las políticas de igualdad (Lips, 2001, tomado de Matud, 2004a).

#### **1.1.6. Roles de género**

El *rol de género* se refiere, tal como recoge García-Mina (2003), al conjunto de comportamientos y rasgos que están asociados a un sexo u otro; se trata de una serie de conductas que no son sólo las que manifiestan los hombres y las mujeres, sino las que los/as demás esperamos que representen. De los hombres se espera, entre otras muchas cosas, que sean fuertes y competitivos y que se incorporen al mundo laboral, y de las mujeres que sean débiles y sumisas y se ocupen del cuidado de su familia. Esta división de tareas, actividades y funciones es común en toda organización social y la segregación laboral es un ejemplo de ello. Cuando esta separación la hacemos en

función del sexo, lo que hacemos es segregar los campos de actividad y los ámbitos sociales basándonos en la diferenciación anatómica, lo que da lugar a una división jerarquizada de actividades masculinas y femeninas (Bonilla, 1998). Según esta autora, a lo largo de la historia, las variaciones del comportamiento de ambos sexos no se explican tanto por la biología o la socialización de rasgos interiorizados, como por una construcción social, arraigada en la división jerárquica del mundo en función del sexo. El proceso de socialización hace que las personas asumamos unos roles mediante los que está organizada la relación entre los sexos; se trata de funciones consideradas propias de cada sexo, es decir, prácticamente inherentes a nuestra naturaleza. En palabras de Rosa Pastor (1996, p. 259) *“el escenario social se organiza sobre la base del cumplimiento por parte de hombres y mujeres de unas específicas reglas de juego en las que los participantes han de desenvolverse”*. Los roles fundamentales se basan en la procreación y la producción, siendo la primera y todo lo que ello conlleva propio de las mujeres y la segunda de los hombres. Los espacios se dividen en interno para las mujeres y externo para los hombres

El concepto de rol, que proviene de la psicología social, se fundamenta en la socialización temprana en los papeles de género, de forma que el sexo, además de ser un hecho biológico, permanecerá invariable a lo largo de toda la vida, por lo que es posible aplicar anticipadamente una educación determinada (Bonilla, 1998). Es más, el papel que adoptan las personas, al ser congruente con lo que se espera de ellas y ser aceptado como adecuado para su sexo, se irá perpetuando a lo largo del tiempo. De este modo la existencia y persistencia de los estereotipos, roles, etc. depende de la estabilidad de la que goce la diferenciación sexual; y, al contrario, los cambios que se vayan sucediendo en cuanto a la posición y papel de ambos sexos provocará cambios en las creencias y estereotipos, aunque ya vimos las consideraciones respecto a estos cambios.

Por tanto, los roles de género son tanto causa como efecto de las expectativas diferenciales que se tengan para uno u otro sexo. Precisamente esta continuidad hace que las creencias iniciales se tomen como verdaderas y, aunque en algunos aspectos

exista un núcleo de verdad, los roles son exageraciones o simplificaciones de los mismos. No obstante, la conducta de hombres y mujeres va a estar influida por la manera en que las personas han interiorizado dichas conductas. Pero, en este sentido, puede haber conflictos. Así, podemos encontrar un conflicto intra-rol, cuando las diferentes expectativas entren en conflicto entre sí. También se puede dar un conflicto entre roles, en el momento en que las expectativas de un rol sean incompatibles con las de otro. Estos conflictos, sean del tipo que sean, puede llevar a las personas a vulnerar las normas asociadas con los roles y las consecuencias de dicha ruptura van a ir en consonancia con la importancia que para el rol tenga esa norma (Matud *et al.*, 2002). Además, se ha planteado que las consecuencias de esta ruptura con los roles tradicionales va a ser más negativa para los hombres que para las mujeres pues, cuando éstas lo hacen, puede aumentar su estatus, pero en el caso de ellos ocurre lo contrario, descendiendo de nivel.

Otra cuestión en torno a este constructo es la de los múltiples roles, entendidos como el desempeño de más de un rol tanto por hombres como por mujeres. No obstante, dado que este fenómeno, más común entre las mujeres se ha analizado básicamente en relación a la salud lo abordaremos más adelante.

#### **1.1.7. Tipificación sexual. Masculinidad y Feminidad**

La *tipificación sexual, o de género*, es el proceso por el que adquirimos una serie de conductas, habilidades y preferencias que se consideran culturalmente adecuadas por el hecho de ser mujer u hombre. Bem (1981a), plantea que la tipificación sexual es el proceso por el cual la sociedad transmuta hombres y mujeres en seres masculinos y femeninos. Este proceso de tipificación sexual, al igual que la conformación de la identidad, tiene lugar en la infancia, y es que todo lo cognoscible, tal y como señalan Jayme y Sau (1996), tiene una seña de género.

Según la teoría del esquema de género propuesta por Bem (1981a), la tipificación sexual deriva en parte del procesamiento esquemático, es decir, de una disposición generalizada a procesar la información basándose en asociaciones relativas

al sexo que constituyen el esquema de género. Un esquema es una estructura cognitiva, una red de asociaciones que guía y organiza la percepción de las personas; funciona como una estructura anticipatoria, buscando y asimilando la información nueva en términos que son relevantes para el esquema. Se trata de un procesamiento muy selectivo que permite al individuo imponer estructura y sentido a un amplio rango de estímulos convirtiendo así la percepción en un proceso constructivo ya que lo percibido es producto de la interacción entre la información entrante y el esquema previo de la persona que percibe. Cuando tal esquema cognitivo se basa en el género, se procesaría toda la información entrante en base a éste, por lo que todo el conocimiento va a estar relacionado y mediado por el género.

También se ha planteado que el autoconcepto se asimila al esquema de género por lo que todos los contenidos que un/a niño/a aprende de la sociedad van a estar ligados con su propio sexo, es decir, consigo mismo/a. Los/as menores aprenden a seleccionar la información que ya han comprobado y constatado que es aplicable a su propio sexo y esto les permite organizar su autoconcepto, y por ende, su vida. Como indica Bem (1981a), el/la infante aprende a aplicar la selectividad esquemática al sí mismo/a eligiendo de entre las muchas dimensiones posibles de la personalidad humana solo aquel subgrupo definido como aplicable a su mismo sexo y, por tanto, elegibles para organizar los diferentes aspectos del auto concepto, que también llega a estar tipificado sexualmente. De forma simultánea, el/la niño/a también aprende a valorar su adecuación como persona en términos del esquema de género, emparejando sus preferencias, actitudes, conductas y atributos personales con los prototipos almacenados en el esquema, llegando así a ser una guía prescriptiva. Ello supone una motivación interna que mueve al individuo a regular su conducta de forma que se adecue a la definición de masculinidad y feminidad propia de su cultura. Y, a su vez, las conductas sexualmente tipificadas reforzarán la diferenciación del autoconcepto basado en el género, llegando de este modo a convertir un mito cultural en profecías autocumplidas y teniendo lugar la tipificación sexual.

Así, la teoría del esquema de género propuesta por Bem (1981a) plantea que la tipificación sexual resultará, en parte, del hecho de que el autoconcepto mismo está asimilado dentro del esquema de género. Según dicha teoría, habrá personas que asuman cognitivamente que en la sociedad hay una tipificación en función del género; estas personas van a construir un esquema mediante el que van computando la realidad; serán los/as tipificados/as sexualmente. Otras personas percibirán que no es necesario un esquema cognitivo especial para asimilar toda la realidad del género; dichas personas no están tipificadas sexualmente. Sandra Bem propone que la evaluación de tales tipos de personas será posible, además de por otro tipo de instrumentos (Bem, 1981b), a través de su inventario *Bem Sex Role Inventory* (BSRI, 1974). Ello se ilustra en el siguiente cuadro.

<i>Puntuación en el BSRI</i>		<b>Tipo de personas</b>	<b>Sexo</b>	
<b>Escala de Masculinidad</b>	<b>Escala de Femenidad</b>		<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
+	+	Andróginas	No tipificado/a	
+	-	Masculinas	<b>Tipificado sexualmente</b>	No tipificada
-	+	Femeninas	No tipificado	<b>Tipificada sexualmente</b>
-	-	Indiferenciadas	No tipificado/a	

Como se observa, la tipificación sexual está íntimamente relacionada con los términos de masculinidad y feminidad. Éstos, de una manera general, se refieren a las diferencias en rasgos, conductas e intereses que la sociedad ha asignado a cada uno de los géneros. Strathern (1979) plantea que se podría hablar de “moldes vacíos” que cada cultura se encarga de llenar con una serie de características, roles, intereses, actitudes y conductas. Estos modelos estructuran la vida cotidiana con una serie de normas que señalan los derechos y deberes que cada persona tiene por pertenecer a un sexo u otro (Lagarde, 1996). Aunque su contenido puede cambiar en función del

contexto el modelo de masculinidad es más valorado y tiene mayor prestigio que el modelo que ha sido asignado a las mujeres.

La androginia y la indiferenciación son las otras opciones de rol de género; la primera se define como un estilo de personalidad donde la persona es capaz de combinar por igual características masculinas y femeninas; el segundo término, por el contrario, se refiere a las personas que se atribuyen un bajo número de características tipificadas sexualmente como masculinas o femeninas (García-Mina, 2003).

En la década de los años treinta, y desde una perspectiva psicométrica, se introdujo y diseminó en psicología la existencia de unos rasgos de personalidad generales y opuestos, masculinidad y feminidad. Desde entonces ha habido varios intentos por identificar qué características son realmente las que definen a hombres y mujeres como masculinos y femeninos respectivamente. Generalmente, masculinidad y feminidad se refieren al conjunto de atributos, actitudes y conductas que definen el comportamiento de cada persona (Martínez, Barberá y Pastor, 1988). Se plantea que las personas también podemos participar en esta clasificación y, al identificarnos como masculinos o femeninas, tendremos en consideración lo que nos parecemos al resto de personas del mismo sexo. Así, las personas con una alta identidad de género argumentan que se sienten así porque se ajustan a lo que socialmente se etiqueta como características de su género. Las que puntúan bajo consideran que poseen características típicas del otro sexo, aunque también tienen del suyo (López-Zafra y López-Sáez, 2001). Con el fin de identificar y medir este constructo se construyeron diferentes instrumentos de medida, que pasaron por diferentes etapas, paralelas, en alguna medida, a la concepción de dichos constructos.

En una primera etapa, dominada por los modelos clásicos o de congruencia, se desarrollan los primeros cuestionarios sobre masculinidad – feminidad. El pionero fue el “Cuestionario de Análisis de Actitudes e Intereses”, elaborado por Terman y Miles en 1936. Posteriormente se desarrollaron otros instrumentos y las escalas de masculinidad-feminidad se incluyeron en la mayoría de los instrumentos de evaluación de la personalidad desarrolladas en aquellas décadas, tales como el “Cuestionario

Multifásico de Personalidad de Minnesota” (MMPI, Hathaway y McKinley, 1943) o el “Cuestionario de Personalidad de California” (CPI, Gough, 1952) (citados en Matud, 2004b). Según Fernández (1998) los instrumentos de evaluación de la masculinidad – feminidad de dicha etapa compartían las características siguientes:

- Pretendían conseguir demostrar las diferencias entre hombres y mujeres.
- Para buscar dichas diferencias incorporaban a los cuestionarios elementos de toda naturaleza.
- El ámbito de estudio es la personalidad.
- El objetivo se centra en exponer en qué aspectos psicológicos derivan las diferencias sexuales.
- En la medida en que se acercaban/separaban de los estándares clásicos, trataban de medir, al mismo tiempo, los aspectos normales/patológicos de hombres y mujeres.
- No se partía de ninguna teoría, sino que estaban basados más en creencias que en modelos teóricos.
- Se considera que el constructo masculinidad – feminidad es un continuo unidimensional y bipolar, por lo que quien es clasificado como masculino no puede serlo como femenino y viceversa.

Pero el análisis empírico de los resultados obtenidos con la utilización de dichos instrumentos ofrecieron datos que no apoyaban tal constructo: no era bipolar y los análisis factoriales no apoyaban su unidimensionalidad sino todo lo contrario, mostraban que era multidimensional. Uno de los trabajos más destacados en torno, no solo a la medida, sino incluso a la validez y utilidad del constructo masculinidad – feminidad fue el de Constantinople (1973, citado en Matud, 2004b). Tras la revisión de los principales tests para adultos de masculinidad – feminidad Constantinople concluyó que eran inadecuados ya que, aunque evaluaban diferencias de sexo en respuestas, no había una explicación teórica de las diferencias de sexo en masculinidad – feminidad. Dicha autora planteaba que si dicho constructo reflejaba las diferencias en una serie de subrasgos tales como agresividad, sensibilidad, autoconfianza etc. no quedaba clara la

utilidad de combinar tales medidas de forma que fuesen más características de las mujeres que de los hombres. Además, como señalan Jayme y Sau (1996), dichas escalas lo que hacían era simplificar excesivamente a las personas y acentuar artificialmente las diferencias entre los géneros.

Ante tales fracasos, a partir de los años setenta, comenzaron a ofrecerse otras alternativas. Se pretendía solucionar dos aspectos claves: el ateoricismo y el concepto unitario de masculinidad – feminidad. Para ello se apoyan en los trabajos de autores como Parsons y Bales, (1955, citado en Fernández, 1998), quienes proponen los términos “instrumental” y “expresivo” para diferenciar las actividades en las que se especializan los padres y las madres. Así, el primer concepto se refiere a las relaciones de la familia con su entorno en la búsqueda de unos objetivos y metas externas al propio sistema familiar; estas actividades serían las propias de los padres. Por el contrario, la expresividad, desarrollada por las madres, se caracteriza por la preocupación por las cuestiones internas del sistema, de manera que su funcionamiento esté integrado y no implique tensiones. Mediante la socialización se busca que los niños repliquen el modelo paterno y las niñas el de la madre. Estas dos funciones, instrumental y expresiva, se muestran independientes, por lo que tanto la madre como el padre y los/as hijos/as de ambos sexos pueden ejercer ambas funciones, lo que implica un mejor funcionamiento del sistema.

En la misma línea, Bakan, (1966, citado en Martínez y Bonilla, 2000), mantiene que la conducta humana puede adoptar dos modalidades distintas, similares a las anteriores. Las denomina “agency” (traducida al español como agencia/agente) y “communion” (traducida como comunión/comunal). La primera engloba las actividades de control, aserción, iniciativa, relaciones con el exterior, autoexpresión, autoprotección, etc. La segunda se relaciona con el contacto, el cuidado, la participación, la unión, la cooperación, la apertura, etc. También estas dos maneras de conducirse son independientes y la primera es típica en hombres y la segunda en mujeres. Aunque, como señala Abele (2003), las relaciones entre el sexo y los rasgos de agencia y comunión son muy complejas, quizá porque el género, en cuanto sentido psicológico



asignado a los sexos no es algo constante, sino que varía en función de los cambios culturales, históricos, situacionales y los roles pueden influir en el autoconcepto relativo al género que tiene una persona. Para esta autora, las persona con más rasgos agénticos serán más exitosas en sus ocupaciones y sus carreras y estos triunfos, a su vez, generarán un aumento en los rasgos de agencia; por tanto, esta relación no estaría modulada por el sexo. Del mismo modo que las personas que puntúen alto en rasgos comunales, independientemente de su ocupación, estarán influidas en mayor medida por sus roles familiares, ya sean hombres o mujeres. Abele (2003) afirma que, de forma general, los rasgos comunales son informados mayoritariamente por mujeres, mientras que las diferencias en las respuestas entre hombres y mujeres en los rasgos de agencia son inferiores. En un estudio realizado por dicha autora con una muestra universitaria, encontró que la comunión era predictora de los roles familiares mientras que la agencia también lo era, pero sólo en interacción con el sexo. Así, una puntuación baja en agencia podía convertirse en un obstáculo para la relación de los hombres con sus mujeres dentro de las relaciones familiares; pero para la mujer una baja puntuación en rasgos de agencia podía ser un obstáculo para su éxito profesional, pero no para su rol familiar.

Otro autor que hace una diferenciación similar es Koestler (1978, citado en Fernández, 1998), quien propone, por un lado, las “tendencias autoasertivas” y por otro, las “tendencias integrativas”, que también son independientes. Las primeras están asociadas a la ambición y la iniciativa y las segundas a la dependencia y la integración; las primeras se asocian a los hombres y las segundas a las mujeres.

Estas nuevas ideas acerca de dos dominios independientes motivaron la construcción de nuevas escalas de masculinidad y feminidad, entendiéndolas ahora como dos constructos separados. Las principales escalas de esta nueva etapa son el “Inventario de Roles Sexuales” de Sandra Bem (BSRI, 1974) y el “Cuestionario de Atributos Personales” de Spence, Helmreich y Stapp (PAQ, 1974). Se trata de instrumentos de medida que comparten las siguientes características (Fernández, 1998):

- Tratan de dar forma al modelo dualístico que surge de los dos dominios independientes señalados anteriormente.
- Los elementos están determinados más por la deseabilidad social tipificada en función del sexo que por el dimorfismo sexual aparente.
- Cada escala tiene una puntuación independiente.
- Permiten clasificar a las personas en cuatro categorías: andróginas, masculinas, femeninas e indiferenciadas, en la forma en que vimos con anterioridad.

Desde este nuevo planteamiento, y con la nueva tipología dentro del ámbito del género, se facilita a las personas el desarrollo de su identidad dentro de cuatro tipos sin importar su morfismo sexual (Fernández, 1998). Así, las personas pueden desarrollar su identidad como andróginas (altas puntuaciones tanto en las escalas de masculinidad como en las de feminidad), como masculinas (cuando las puntuaciones son altas en las escalas de masculinidad y bajas en feminidad), como femeninas (cuando ocurre al contrario, es decir, alta puntuación en feminidad y baja es masculinidad) y como indiferenciadas (cuando en ambas escalas las puntuaciones son bajas).

Aunque el BSRI y el PAQ son instrumentos que se han utilizado en muchos estudios y aún se siguen utilizando, también han recibido algunas críticas. Según Van Well, Kolk y Arrindell (2005), las limitaciones más importantes son que ambos instrumentos: 1) definen la masculinidad y feminidad en términos autodescriptivos relacionados con la personalidad y fallan en recoger otros componentes de la estos constructos como las actitudes y las conductas; 2) incluyen principalmente características positivas de personalidad por lo que es difícil encontrar la asociación entre estos instrumentos y los problemas de salud.

Las escalas de masculinidad y feminidad más actuales y que, según Van Well et al. (2005) superan algunas de las limitaciones anteriores, son las MGRS (Masculine Gender Role Stress), de Eisler y Skidmore, 1987, y la FGRS (Feminine Gender Role Stress) de Gillespie y Eisler, 1992. Estas escalas incluyen el concepto de estrés de rol de género que explica mejor los problemas de los hombres y mujeres basados en el

estilo de socialización. Para los hombres, en la escala MGRS, se incluyen cinco miedos que son los siguientes: sentirse físicamente inadecuado, expresar emociones tiernas, estar menos representado que las mujeres en actividades masculinas, ser intelectualmente inferior y experimentar fracaso en actividades como el trabajo o el sexo. Los cinco temores de las mujeres, recogidos en la FGRS son: el desarrollo no emocional de las relaciones, no ser físicamente atractiva, estar expuesta a un potencial daño por violencia, comportarse de forma asertiva (entendida en su polo más agresivo) y no ser apta para la crianza o no ser una buena cuidadora.

No obstante, hasta la fecha, la clasificación más conocida, aceptada y validada en varias culturas es la realizada por Sandra Bem con su BSRI, que separa a las personas en masculinas, femeninas, andróginas e indiferenciadas. El siguiente paso en este sentido es investigar las ventajas e inconvenientes de cada una de estas cuatro posibilidades de funcionamiento. Pero, aunque se han realizado múltiples trabajos respecto a su relevancia en la salud y bienestar de las personas, los resultados no son concluyentes.

Otro aspecto importante en torno a la tipificación sexual es su formación, es decir, el proceso por el que se adquieren las diversas identidades. Dado que ya se citó la aportación de Bem (1981a), vamos a exponer aquí, siguiendo básicamente a Fernández (1998), algunos de los modelos más importantes que se han planteado para describir este proceso, si bien se trata de postulados a los que ya se ha aludido en el epígrafe sobre las teorías de las diferencias de género.

En la década de los sesenta, Kohlberg realiza su planteamiento con la estrategia de comparar de forma detallada sus postulados con los defendidos por el psicoanálisis y el conductismo. Dicha comparación se expone de forma esquemática en el siguiente cuadro, que va a facilitar su explicación posterior.

	<b>Psicoanálisis</b>	<b>Conductismo</b>	<b>Cognitivismo</b>
<b>Fuentes</b>	Lo biológico. La libido.	El contexto social o ambiente.	La maduración cognitiva.
<b>Objetivo</b>	La personalidad y el desarrollo de la identidad sexual.	El desarrollo de la conducta tipificada sexualmente	Desarrollo cognitivo de la identidad de género.
<b>Mecanismos</b>	Incorporación: identificación sexual	Imitación: identificación conductual <i>a posteriori</i>	Identificación cognitiva <i>a priori</i>
<b>Condiciones</b>	El superego	La sociedad	La moral

Tal como se expone, las fuentes de los tres enfoques son bien distintas. El componente biológico es fundamental para los/as freudianos, ya que su explicación de todo el desarrollo, incluida la identidad sexual, está determinada por este aspecto. El conductismo, se opone a esta corriente, pues considera que el eje principal de la explicación de la identidad de niños y niñas es el contexto social. La alternativa que propone Kohlberg introduce el cognitivismo y plantea que ambos factores (biología y sociedad) van a participar en la formación de la identidad, ya que la maduración dictada por la biología es necesaria para la evolución de las personas, igual que lo son las fuerzas ambientales.

En cuanto al objetivo, también encontramos divergencia en el sentido de que para cada teoría lo más importante es su parcela de conocimiento: la personalidad para el psicoanálisis, las conductas tipificadas en función del sexo para el conductismo y el conocimiento del hecho de ser niño o niña de forma irreversible para el cognitivismo.

En lo referente a los mecanismos que se entienden como responsables de la identidad, también hay divergencias. En el psicoanálisis, la identificación con las figuras parentales supone el inicio de la identidad propiamente dicha (primero tiene lugar la identificación y después la identidad). El conductismo habla de algo más visible, tal y como es la imitación y la interiorización de las conductas tipificadas sexualmente que, después de reproducidas por parte de niños y niñas, dan lugar a poder hablar de identidad sexual o de género. En cambio, para Kohlberg, la identidad sexual precede a la identificación; los niños y niñas deben comprender que forman parte de una de las dos categorías excluyentes, y sólo después de haber asimilado esto, es cuando van a

tratar de identificarse con sus respectivos modelos adultos. Ya sea *a priori* o *a posteriori*, los tres planteamientos van a nombrar condicionantes en este proceso de identidad. Para los primeros, se trata de una tercera instancia, que explica la evolución de la personalidad; para el conductismo es la propia sociedad; y, por último, Kohlberg, recurre a la moral como guía del comportamiento tipificado.

En otra línea muy distinta, Money, en la década de los setenta, aporta una visión de este proceso de tipificación basándose en un trabajo clínico, ya que estudia a los individuos en los que existe discordancia entre los niveles implicados en el desarrollo del sexo y de la identidad de género: genético, endocrinológico, neurológico, psicológico y sociológico (Fernández, 1998). A partir de sus estudios de los años 70, Money propone un doble tipo de evolución de la identidad de género, inédito hasta ese momento. Plantea dicho desarrollo como una carrera de relevos: el primer punto tiene lugar en el dimorfismo cromosómico (XX o XY) periodo en que puede darse un tercer tipo de morfismo (sujetos ambiguos) cuyo cariotipo es distinto al de la mayoría, tal como vimos anteriormente. La siguiente etapa comienza cuando la información cromosómica pasa a la gónada. Esta, en principio, está indiferenciada y con dicha información se transforma en testículo u ovario. En tercer lugar actúan las hormonas y, de nuevo, la evolución puede ser armónica (sexo cromosómico, diferenciación gonadal y hormonas en la misma dirección) o discordante (por ejemplo, un embrión, genéticamente hombre, presenta un útero y trompas junto a unos genitales internos masculinos). En el cuarto momento, y aún dentro del vientre materno, entran en juego los órganos sexuales internos y externos. También en este punto puede existir una doble vía de evolución. Por último, la morfología externa será la que marque la socialización en uno u otro sentido. La labor de los agentes socializadores consistirá en hacer que la asignación dada al principio de la vida extrauterina se convierta en identidad, punto en el que también encontramos una vía armónica y otra discordante (Fernández, 1998; García – Mina, 2003).

Pero, pese a todas las teorías e investigaciones realizadas, son muchas las cuestiones sin resolver y el desarrollo de la identidad de género como hombre o como

mujer, un aspecto que se considera fundamental en la persona, sigue siendo un enigma (Green, 2007). Como señala dicho autor, es más complejo aún, si cabe, cuando la identidad de género no coincide con el sexo de la persona al nacer. Aunque los trastornos de la identidad de género es una cuestión importante y de gran actualidad en nuestro país, su tratamiento va más allá del alcance y los objetivos del presente trabajo.

## 1.2. GÉNERO Y SALUD

La OMS, en el año 1948, definió la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Pero este concepto, precisamente por su amplitud, es muy complejo, siendo difícil delimitarlo y operativizarlo. Se puede comenzar diciendo que la salud es una cuestión subjetiva, ya que podemos sentirnos con más o menos salud y esta sensación va a depender también de nuestra cultura y de nuestra sociedad. También cabe señalar, tal como hace Caro (2001), que actualmente la salud es un objeto de consumo, que podemos comprar, vender y usar en alguna medida a nuestro antojo. Por último, y siguiendo a la misma autora, es importante destacar que la salud forma parte de un sistema de valores compartido y, en función del mismo, reconocemos y definimos tanto la salud como la enfermedad.

Así, la salud es un concepto abstracto y con múltiples significados. En esta línea, Radley (1994, citado en Caro 2001) propone hasta seis versiones de la misma. Son las siguientes:

- **Salud como no enfermedad**, ya sea por ausencia de síntomas o por no utilizar los servicios médicos.
- **Salud como reserva**. Se refiere a que contamos con una especie de depósito del que nos beneficiamos. Se demuestra al recuperarnos con rapidez de una enfermedad o el provenir de una familia “fuerte”.
- **Salud como conducta**. Se trata de algo que se cultiva, construye y mantiene con el ejercicio, la comida sana, etc.

- **Salud como buen estado físico y vitalidad.** Se refiere a un estado positivo que nos permite hacer cosas, considerándolo como muestra de buena salud.
- **Salud como un bienestar psicosocial.** Esta conceptualización de salud tiene dos vertientes: encontrarse en un estado mental positivo y/o disfrutar de la compañía de los demás.
- **Salud como una función.** Se refiere a la idea de entender la salud como la habilidad para desempeñar las obligaciones de cada uno/a.

Otro constructo importante a la hora de hablar de salud es la **salud mental**. Pero si la salud física se suele basar en la percepción de la persona, la salud mental lo hace mucho más. Por esta razón, Belloch e Ibáñez (1991) proponen que, en lugar de entenderla como algo compacto, se defina teniendo en cuenta parámetros tales como autonomía funcional, percepción correcta de la realidad, adaptación correcta y respuesta eficaz a las demandas del entorno, relaciones interpersonales adecuadas, percepción de autoeficacia, buen autoconcepto, estrategias adecuadas de afrontamiento al estrés, etc.

De una forma muy general, al plantearnos las diferencias entre mujeres y hombres en salud, el primer dato que destaca es la diferencia en la esperanza de vida. En casi todos los países del mundo, por motivos que se desconocen, las mujeres viven más que los hombres, si bien hay importantes diferencias regionales. Esta diferencia, por ejemplo, es reducida en África y en Asia meridional donde la esperanza de vida de mujeres y hombres es similar. Por término medio, la esperanza de vida femenina es de alrededor de 70 años frente a los 65 de los hombres, pero desciende a una media de 50,3 años en el continente africano, hecho que refleja su desigual desarrollo. Las distancias en la esperanza de vida entre mujeres y hombres aumentan según lo hace el nivel de desarrollo económico y social (Gago, 2006). En España, según el INE (2004), la esperanza de vida de las mujeres en el año 2004 era de 83,8 años y la de los hombres de 77,2.

Tradicionalmente se han atribuido las diferencias de género en salud a razones biológicas, es decir, al sexo aunque, como veremos, en las últimas décadas se ha encontrado evidencia empírica de que son fundamentales los factores psicosocioeconómicos. También se ha considerado tradicionalmente que, aunque las mujeres viven más que los hombres, tienen peor salud, presentando mayores tasas de morbilidad, incapacidad y utilización de servicios sanitarios. Se trataba de una serie de asunciones tan arraigadas que no precisaban de más explicación (Lahelma, Arber, Martikainen, Rahkonen y Silventoinen, 2001). Pero las investigaciones realizadas recientemente han cuestionado tales asunciones y han mostrado la complejidad de las diferencias de género en salud. Se ha encontrado que las diferencias entre la salud de mujeres y hombres suelen ser mínimas y, cuando se encuentran, su magnitud y dirección dependen, entre otras variables, del síntoma y/o del indicador de salud que se analice, de la fase del ciclo vital, e incluso del país en que se realice el estudio (Lahelma *et al.*, 2001; Macyntire, Hunt y Sweeting, 1996; Matthews, Manor y Power, 1999; McDonough y Walters, 2001).

Para Davidson, Trudeau, van Roosmalen, Stewart y Kirkland (2006) las variables psicológicas, sociales, culturales, educacionales y económicas marcan las diferencias entre hombres y mujeres y son mejores predictores de la salud que la biología. Precisamente son estas otras variables las que pueden determinar la nutrición, el estilo de vida, el acceso a los servicios sanitarios, etc. Por ejemplo, y tal como señala Gago (2006), la incidencia de la anemia y la nutrición inadecuada es mayor en niñas y adolescentes mujeres que entre niños y hombres de su misma edad.

Las principales áreas en que se encuentran diferencias en las enfermedades entre mujeres y hombres son las cardiopatías, los cánceres y las lesiones y traumas por accidentes. En el caso de los hombres, la principal causa de muerte desde la edad adulta hasta la vejez son las cardiopatías, aunque a partir de los 65 años, el número de cánceres aumenta. Por el contrario, la principal causa de muerte en las mujeres adultas son los cánceres, aumentando la incidencia de cardiopatía a partir de los 65 años.



En cuanto a la salud mental, también se ha considerado tradicionalmente que las mujeres tenían peor salud mental ya que informan de más problemas como enfermedades que los hombres y consumen más medicamentos que ellos. También se ha considerado durante mucho tiempo la depresión y la agorafobia como trastornos femeninos (Caro, 2001), aunque actualmente se están comenzando a estudiar los *problemas de ser hombre*. Además, en los estudios sobre salud mental se han incluido otros indicadores tales como los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias, que suelen ser más comunes en los hombres, por lo que se ha constatado que también la inferioridad femenina en salud mental es una asunción no probada. Así, actualmente se reconoce que no hay diferencias de género en las tasas de salud mental, aunque sí en la frecuencia con que mujeres y hombres tienen determinados problemas (Matud *et al.*, 2002).

Aunque se trata de un área cuya amplitud no es posible abarcar en profundidad en este trabajo, a continuación vamos a tratar aquellos aspectos que consideramos más relevantes para el trabajo que nos ocupa.

### **1.2.1. Principales diferencias de género en la salud**

Ya hemos comentado que las diferencias más notables en cuanto a la salud física en hombres y mujeres se refieren a las tasas de mortalidad y de esperanza de vida. Ésta última ya ha sido comentada. Respecto a la mortalidad, existe evidencia empírica de que en todos los grupos de edad mueren más hombres que mujeres. Los hombres tienen tasas de muerte más elevadas en la infancia y además son menos viables en el útero. Durante el primer año de vida, muere un 27% más de niños que de niñas y sólo un hombre por cada cinco mujeres vive hasta los 100 años (Caro, 2001).

Estas estadísticas generales están bien recogidas y documentadas, pero el resto de datos que podemos encontrar en lo referente a la salud hasta hace algunos años se basaba en estudios con una escasa representación femenina en sus muestras. Este es un problema importante a la hora de hablar y profundizar en este tema y debemos tenerlo en cuenta al analizar los resultados de los estudios y publicaciones.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha realizado, desde el observatorio de salud de la mujer, un informe de salud con perspectiva de género (VV.AA., 2006). Algunos de los datos que vienen a continuación están extraídos de dicho informe, ya que se ajustan a nuestro objetivo de mostrar las diferencias de género en salud. Y dado que, como se ha señalado, las diferencias entre la salud de mujeres y hombres varían en función del país en que se realice el estudio, consideramos relevante conocer el estado actual en nuestro país. Los resultados del informe citado muestran que podríamos hablar de un patrón de enfermedad diferente en hombres y mujeres para algunas afecciones, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. Éstas constituyen actualmente en España la primera causa de muerte en mujeres (39% del total) y en hombres (30%). En los últimos 50 años, la mortalidad por cardiopatía isquémica y por accidente cerebro vascular ha descendido tanto en mujeres como en hombres, en el caso de ellos de una forma más acelerada. Las diferencias de género en este tipo de enfermedad se observan especialmente en el infarto agudo de miocardio. En los hombres los infartos se presentan en edades más tempranas que en las mujeres y esta diferencia podría explicarse por distintos elementos.

Los principales factores de riesgo cardiovascular son diferentes en hombres y en mujeres y se ha encontrado que los primeros se exponen a ellos a edades más tempranas. Estos factores de riesgo son, para las mujeres, hipertensión, dislipemias, diabetes y el uso terapéutico de compuestos hormonales; y en los hombres, tabaquismo, hipertensión y diabetes. Otro elemento a tener en cuenta son los factores psicosociales y las condiciones de vida, que han sido poco estudiados desde una perspectiva de género. Por otro lado, hasta hace poco tiempo, el infarto agudo de miocardio era descrito como una patología típicamente “masculina”. Fue en esta subpoblación en la que se realizaron las investigaciones para su tratamiento y para la que se definió un patrón de enfermar, con una sintomatología específica. Por este motivo no ha existido hasta ahora un patrón de cómo se presenta esta enfermedad en la mujer, lo que ha provocado retrasos diagnósticos, infradiagnósticos e incluso errores diagnósticos por parte del sistema sanitario. Así, las mujeres, desinformadas e influidas

por este saber acientífico y erróneo, acuden más tarde, o no acuden, a los servicios sanitarios en busca de ayuda cuando presentan un cuadro isquémico (sea infarto o angina). Este hecho explica la mayor tasa de mortalidad por esta enfermedad en las mujeres. También contribuye a este retraso en la identificación de la enfermedad, y por tanto en su tasa de mortalidad, el rol de género, por el que las mujeres se preocupan en primer lugar de cuidar de la salud de la familia y en último de la suya propia.

Otra de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres es el cáncer. Tanto el tipo de cáncer como su incidencia presentan diferente patrón en ambos sexos. En los hombres el más importante en cuanto a mortalidad e incidencia es el cáncer de pulmón. Por el contrario, este tipo de cáncer es menos frecuente en las mujeres (un caso en mujeres por cada 11 casos en hombres). Desde 1994 la mortalidad por este tumor está descendiendo (0,35% anual) en los hombres, mientras en las mujeres aumenta (2,4% anual) desde 1990, como consecuencia de la incorporación de la mujer a la epidemia del tabaquismo en los años setenta. El cáncer colorrectal es el segundo en importancia en hombres (detrás del de pulmón) y en mujeres (detrás del de mama) tanto en las cifras de mortalidad por cáncer como en las de incidencia. El cáncer de mama es la primera causa de muerte y el que provoca mayor número de años potenciales de vida perdidos en las mujeres en edades medias de la vida.

Por último, en lo que se refiere a los malestares físicos, la diabetes es uno de los problemas crónicos de salud con mayor prevalencia. Es una enfermedad de evolución progresiva, que puede tener graves y costosas complicaciones, entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal, las amputaciones y la ceguera. La tasa de mortalidad por diabetes en el 2003 fue de 28,5 para las mujeres y 19,4 en hombres, aunque la mortalidad subestima la magnitud de esta enfermedad crónica. Dado que en el manejo y control de la diabetes son fundamentales aspectos relacionados con el estilo de vida tales como seguir una dieta y ejercicio físico, el género parece ser particularmente relevante. Así, tradicionalmente, la mujer no ha realizado ejercicio físico y, dado que hay datos que indica que la precariedad

económica es mayor en las mujeres, sobre todo cuando tienen edades avanzadas, quizá tengan más obstáculos que los hombres para poder realizar un control eficaz de su diabetes.

Otra causa importante de mortalidad son las lesiones por causas externas y en ellas destaca su diferente representación según el sexo y la edad. En los hombres estas lesiones son la primera causa de defunción hasta los 39 años y, en las mujeres, son la primera causa de muerte hasta los 34 años de edad, excepto en el grupo de 5 a 9 años. En el año 2004 un 45% de las defunciones ocurridas en España por causas externas se debieron a lesiones por tráfico, lo que supone el 1,4% del total de defunciones (16% en la población de 15 a 44 años). También los accidentes de tráfico presentan diferencias por sexo, siendo la mortalidad mucho más frecuente en hombres que en mujeres. En 2004, por cada muerte en mujeres se produjeron 3,4 muertes en hombres. La carga de masculinidad que se observa en este fenómeno se encuentra asociada a factores ligados al género, como la percepción del riesgo y la actitud en la conducción (velocidad, consumo de alcohol). Es de destacar que la progresiva incorporación de las mujeres a la conducción no ha conllevado un aumento de su accidentalidad, por lo que se puede confirmar el componente de la socialización diferencial.

Por último, en lo que se refiere a la salud física, encontramos una serie de signos y síntomas que se abordan como enfermedades en las mujeres pero que carecen de entidad nosológica o no son tan frecuentes como para denominarlas como tal. Las más habituales actualmente son la osteoporosis, la fibromialgia y la fatiga crónica. La primera es importante desde el punto de vista sanitario por ser uno de los factores de riesgo de fracturas óseas. La fibromialgia está caracterizada por la presencia de dolor generalizado en la columna vertebral y en los diferentes miembros, afectando sobre todo a los músculos. Además suelen estar presentes otros síntomas: cansancio, sueño no reparador, rigidez generalizada matutina o después del reposo, sensación subjetiva de hinchazón, quemazón en la piel, punzadas. Su prevalencia se estima entre un 2% y un 5% del total de la población, con mayor incidencia entre las

mujeres, constituyendo aproximadamente el 80-90% de las afectadas. Otro problema emergente en los últimos tiempos es el denominado síndrome de fatiga crónica. Es un cuadro clínico complejo y crónico en el que predomina una fatiga profunda e insuperable que no disminuye con el descanso y puede empeorar con la actividad física y mental. Se acompaña de otros síntomas que lo convierten en una enfermedad multisistémica y discapacitante. La fatiga crónica tiene un predominio tres veces mayor en mujeres que en hombres. El dolor y la fatiga constituyen la primera causa de consulta en atención primaria y en reumatología. El dolor crónico es la primera causa de limitación crónica de actividad en países industrializados, en España, y en diversas autonomías y ciudades.

En lo que se refiere a los hábitos de salud en la población general, en los que el género también es un factor relevante, el consumo de tóxicos es una de las prácticas que más afectan a la misma. El consumo de tabaco estuvo asociado tradicionalmente a los roles masculinos, pero en la actualidad las mujeres en conjunto fuman cada vez más, convergiendo así los patrones de consumo de tabaco entre los sexos. Aproximadamente un tercio de los hombres y una de cada cinco mujeres fuma diariamente. La edad de inicio en el consumo de tabaco ha descendido a lo largo de los años, a la vez que cambiaban los patrones de consumo por sexo.

El consumo de bebidas alcohólicas tiene consecuencias para la salud física y mental y puede relacionarse con problemas sociales y en las relaciones personales, con el absentismo laboral y con los accidentes. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2003, el 48,2% de los hombres y el 17,2% de las mujeres declaran ser bebedores moderados. La prevalencia del consumo de alcohol como conducta de riesgo es siempre mayor en hombres que en mujeres, especialmente en los grupos de edades mayores. Pero las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de alcohol se dan en todos los grupos de edad, presentando los hombres mayor consumo tanto habitual como esporádico y de riesgo. Las mayores diferencias se aprecian en los días

laborables, donde en los hombres el consumo llega a ser el doble que el de las mujeres.

Por último, el consumo de sustancias de comercio ilícito está generalmente más extendido entre los hombres que en las mujeres, y en los grupos de edad más jóvenes que en los de más de 35 años. Hasta la fecha este consumo presenta un marcado perfil masculino, aunque en los últimos años las mujeres, especialmente las más jóvenes, están aumentando el consumo de drogas.

En lo relativo al consumo de sustancias, un asunto de gran importancia y al que quizás no se le dedica la suficiente atención es al uso de fármacos entre la población. El uso de los mismos provoca consecuencias físicas, pero también psicológicas, de toxicidad y de abuso. En este sentido, el consumo de psicofármacos puede ser considerado como una adicción más, no exenta de peligros. Hemos visto anteriormente que las mujeres son las principales usuarias de los servicios médicos y tienen mayores tasas de problemas psicológicos reconocidos. Esto nos lleva a pensar que también serán las mayores consumidoras de fármacos y por lo tanto, de psicofármacos. Diversos estudios y encuestas entre profesionales de la salud muestran que alrededor del 20% de las consultas en atención primaria tienen relación con la salud mental y también sabemos que la principal prescripción de psicofármacos se realiza en las consultas de atención primaria (Markez, 2007). Destaca por su importancia el consumo de medicamentos para el dolor y la fiebre, alto en ambos sexos, pero mayor en las mujeres. Los tranquilizantes, antidepresivos, estimulantes y reconstituyentes son consumidos dos veces más por las mujeres que por los hombres. En todos esos grupos de medicamentos se observa una frecuencia mayor de consumo, en ambos sexos, por prescripción médica que por automedicación. No obstante, según los datos del Observatorio Español de Drogas, a través de la encuesta domiciliaria de 2001, el consumo de tranquilizantes sin receta médica alcanzaba en los últimos 12 meses el 2,5% de la población de 15 a 64 años, mientras que los hipnóticos el 1,6% (Markez, 2007). Con los datos disponibles no se puede saber si este mayor consumo de esos

medicamentos en las mujeres en nuestro país se debe a que presentan con mayor frecuencia patologías, a que el sistema de salud tiende a prescribir más a las mujeres o a otras razones (VV.AA., 2006).

En el campo de la salud mental también se han encontrado múltiples diferencias entre hombres y mujeres, incluso se ha llegado a considerar que hay enfermedades o trastornos de mujeres y otros de hombres, o *patologías de género*, tal y como lo denomina Burin (1995). Pero esta diferencia parece no estar tan clara y es posible que la cuestión estribe en el uso que se hace de los servicios de salud mental o de lo que hombres y mujeres consideren que es una enfermedad o trastorno mental.

La existencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres se ha encontrado de forma consistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos. Un aspecto controvertido de estos estudios es si la mayor prevalencia encontrada en mujeres podría deberse a que éstas buscan ayuda con mayor frecuencia o a la existencia de sesgos diagnósticos que tienden a diagnosticar con mayor frecuencia de depresión a las mujeres que a los hombres. En España, la tasa de mortalidad por suicidio en 2002 fue 13 por 100.000 en hombres y 4 por 100.000 en mujeres. España es el quinto país de la UE con menor mortalidad por suicidio, con una tasa un 40% inferior a la media (VV.AA., 2006).

En el caso de la ansiedad, la situación es prácticamente igual a la de los trastornos depresivos, es decir, las mujeres están representadas en mayor medida que los hombres en casi todas las categorías diagnósticas. Esta mayor representación varía desde una ratio hombre:mujer de 1:6 en el trastorno obsesivo compulsivo, (con rituales de limpieza) y el 1:5 en la agorafobia, hasta el 1:2 en el pánico sin agorafobia o el estrés postraumático (Caro, 2001).

En cuanto a la esquizofrenia, se ha considerado tradicionalmente un trastorno masculino. Pero las diferencias entre hombres y mujeres no se encuentran tanto en la prevalencia, que oscila en función de los estudios realizados, sino en otros factores asociados (Caro, 2001). Así, esta enfermedad parece ser de inicio más tardío y menos

grave en mujeres, respondiendo estas mejor que los hombres a los neurolépticos y obteniendo mejores resultados clínicos globales. También el número de hospitalizaciones es menor entre las mujeres y éstas tienen menor riesgo de suicidio.

Esta tendencia se confirma también en un estudio reciente llevado a cabo en México (Granados y Ortiz, 2003), donde también se encontró que las mujeres presentaban más frecuentemente trastornos depresivos y de ansiedad y los hombres mayores tasas de esquizofrenia, normalmente de tipo paranoide y abuso de sustancias. En este estudio se señala la posibilidad de que la socialización diferencial de hombres y mujeres marque estas diferencias. La educación de los primeros está más encaminada a la protección de las mujeres y es factible comportarse de una forma celosa, lo que lleva a mostrar mayor dominancia y, en opinión de los autores, incluso se puede desarrollar psicosis esquizofrénica. En el caso de las mujeres, el patrón de educación dominante es ofrecerse a los/as otros/as y son encauzadas para mostrarse débiles y dependientes. Esta educación lleva a mostrar sentimientos de vulnerabilidad, temor, falta de autonomía, etc., todos ellos relacionados con la depresión y la ansiedad.

Por último, otros trastornos típicamente femeninos son los alimenticios. La anorexia nerviosa puede llegar a tener una incidencia, según los estudios, de 9 mujeres por cada hombre. En el caso de la bulimia, el 95% de las diagnosticadas son mujeres; no obstante, existe mucha dificultad para detectarla, por lo que la incidencia en hombres también puede ser alta. La obesidad, aunque no es considerada un trastorno psiquiátrico *per se*, se trata en muchas ocasiones desde la psicología. En este caso, no se encuentran diferencias sustanciales en cuanto a la incidencia como tal, aunque la prevalencia puede ser algo mayor en mujeres que en hombres.

En otros periodos evolutivos también aparecen estas diferencias generales; así, en un estudio realizado con menores de 18 años (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000), los trastornos más comunes fueron los depresivos y de ansiedad para las niñas / adolescentes y los trastornos de conducta en los niños / adolescentes.



En este sentido, Radley, (1994, citado en Caro 2001) ofrece tres hipótesis básicas para explicar la mayor morbilidad femenina en algunos trastornos:

- La primera es que la mayor parte de los datos sobre las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres están basados en informes obtenidos verbalmente; las mujeres están educadas en la comunicación y la expresión de sentimientos y se acepta en mayor medida que informen de problemas o enfermedades. En el caso de los hombres se controla más la expresión de la debilidad y, por tanto, de la enfermedad.
- El papel impuesto a las mujeres, el de cuidadoras, mantenedoras emocionales, y especialmente relegado al ámbito doméstico, hace más sencillo asumir un rol de enfermas que en el caso de los hombres.
- La vida diaria de las mujeres y los roles que desempeñan implican soportar mayor estrés que en el caso de los hombres.

En lo que se refiere a los hombres, también hay diversas hipótesis que explican su menor representatividad en los estudios de salud mental. Addis y Mahalik, (2003) plantea que los hombres tienen menos experiencia a la hora de buscar ayuda y están menos dispuestos a ello; también expresan menos sus problemas y, cuando lo hacen, la vía que utilizan no es la de la enfermedad sino la del delito. Asimismo, dichos autores afirman que el estereotipo masculino hace que los hombres tengan más dificultad para buscar ayuda de profesionales y entre sus preocupaciones no destacan las relacionadas con sus familiares y amistades. Prior (1999, citado en Caro, 2001) también propone que los hombres, en la vida real, tienen menos problemas que las mujeres y, si uno de ellos es el estrés, no lo manifiestan del mismo modo. Esta autora también hipotetiza que los médicos hombres no ven la enfermedad de los hombres como tal. Otros/as autores/as (Bonino, 1998; Burin y Meler, 2000; Zamarripa, Wampold y Gregory, 2003) también plantean que la rígida adscripción al género por parte de los hombres les lleva a adoptar comportamientos que, aunque son vistos como “normales”, acarrear consecuencias negativas. Algunas de estas conductas son el alejarse de la intimidad con ellos mismos y sus cuerpos, distanciarse de algunos deseos o negar

afectos como el miedo, la tristeza o el dolor. Esta situación puede ser especialmente patógena y convertirse en factor de riesgo tanto para la salud física como para la salud mental. Así, se ha planteado que el malestar psicológico que se puede generar es probable que tenga relación con aspectos vinculados al género, tales como la tipificación sexual o los roles de género. En el epígrafe siguiente revisaremos algunos de los trabajos que se han realizado en esta línea.

### **1.2.2. Roles sexuales y salud**

Las teorías clásicas sobre las diferencias entre mujeres y hombres en roles de género y en tipificación sexual planteaban que tales diferencias eran normales y saludables, ya que reflejaban las normas sociales sobre la conducta apropiada para mujeres y hombres. Pero los resultados de las investigaciones no aportaron evidencia empírica de tales supuestos, habiéndose encontrado en una serie de estudios realizados en los años 60 y 70 que la masculinidad y la androginia estaban más asociadas con salud mental que la feminidad (Bassof y Glass, 1982; Whitley, 1984).

También en los estudios realizados por Bem (1977) se encontró que las personas andróginas y masculinas tenían mayor autoestima que las femeninas y las indiferenciadas. Se plantea así que la masculinidad y la androginia se erigen como “aliadas” de la salud mental ya que se ha encontrado que están relacionadas con características psicológicas positivas, tales como mayor autoestima, mayores niveles de desarrollo social, mayor estabilidad y con una personalidad que tiende menos al neuroticismo (García-Mina *et al.*, 2001).

Dichos resultados no están totalmente en consonancia con los planteamientos de Sandra Bem de cómo se relaciona su modelo de androginia con salud. Para esta autora, cuya propuesta de tipificación sexual ya se ha expuesto y cuyo modelo de evaluación seguiremos en la parte empírica de este estudio, es poco saludable estar tipificado/a sexualmente, es decir, ser típicamente femenina o típicamente masculino. Dicha autora considera que tanto la masculinidad como la feminidad deberían

suavizarse mutuamente e integrarse en una personalidad más equilibrada para que resulte más saludable, proponiendo la androginia como el patrón de comportamiento más resistente y sano (Burin y Meler, 2000). Sin embargo, la revisión de los estudios sobre roles de género y salud revela que la noción de que las personas andróginas son más saludables que las que no lo son no ha contado con suficiente apoyo empírico. Tal como plantean Lefkowitz y Zeldow (2006), las razones pueden ser dos. Por un lado, que muchas personas no son del todo sinceras en los autoinformes y sus problemas no pueden ser detectados por dichos procedimientos de evaluación; por otro, que el ajuste óptimo en salud mental es un constructo complejo y se puede valorar desde tres perspectivas independientes: el/la cliente/a, el/la clínico/a y la sociedad.

En la línea de relacionar la tipificación sexual y la salud, en un estudio realizado en España (García-Mina *et al.*, 2001) se utilizó una versión adaptada del Inventario de Rol Sexual de Sandra Bem. La novedad de la adaptación es que se separaron las características positivas y negativas tanto de la masculinidad como de la feminidad. En este estudio se comprobó cómo las características que se consideran socialmente recomendables para mujeres y para hombres afectaban a los modos de enfermar. Y plantean que lo que lleva a las mujeres a la depresión no es la adopción del rol femenino en general, sino de aquellos rasgos y actitudes del mismo que son negativas; así, consideran que no se trata de que el ser sensibles y atentas a los/as otros/as genere depresión, sino la presencia de otras características asociadas a la feminidad tales como el olvido de una misma, la dependencia emocional, etc. (García-Mina *et al.*, 2001).

También se ha propuesto que la inversión en los ideales de género puede ser estresante para hombres y mujeres porque se trata de ideales impuestos socialmente, dificultan la autorregulación y están relacionados con la representación externa de la autovalía (Sánchez y Crocker, 2005). Además, para las mujeres son más negativos porque las características que se le asocian están menos valorados culturalmente.

Autoras como Weissman y Klerman (1977) destacan el impacto negativo de los valores clásicos de la feminidad, considerándolos como una variante de indefensión

aprendida. Afirman que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Así, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando ante las situaciones de estrés un repertorio de respuestas limitado. Pero, aún reconociéndose que algunas características asociadas con el concepto clásico de masculinidad, tales como el énfasis en el pensamiento lógico, la solución de problemas, la capacidad de arriesgarse, la expresión de la ira y la conducta asertiva, son saludables y pueden ser, en momentos de crisis, especialmente beneficiosas, tanto para mujeres como para hombres, también se ha constatado recientemente que las concepciones más tradicionales de masculinidad afectan negativamente a la salud de los hombres (Good, Sherron y Dillon, 2000). Así, se ha reconocido que el rol masculino tradicional prescribe una serie de conductas que pueden ser responsables de la menor longevidad y de algunos tipos de patología más frecuentes en los hombres (Courtenay, 2000).

Pero no todos los hombres siguen en la misma medida el patrón de masculinidad clásico, al igual que no todas las mujeres siguen las prescripciones de la feminidad, aunque en el caso de los hombres hay mayores presiones para su adherencia y mayor rigidez en el seguimiento de las normas. Y existe evidencia empírica de que los hombres tienen más estrés debido a la identificación con las normas del rol del género masculino, la cual predice mayor ansiedad, ira y conductas de salud menos adecuadas (Eisler, Skidmore y Ward, 1988).

También se ha analizado la relevancia del género en la salud mental en la infancia y la adolescencia y se ha tratado de poner a prueba modelos multidimensionales del género. Dentro de estos estudios destacan los realizados siguiendo el modelo de Egan y Perry (2001) de la multidimensionalidad de la identidad de género y su relación con el ajuste. Dichos autores plantean que la identidad de género es un constructo multidimensional que engloba aspectos tales como a) el conocimiento de que se pertenece a una categoría de género; b) el sentirse compatible con su grupo de género, es decir, el percibirse como un miembro típico de su género y

el estar contento con el género propio; c) sentirse presionado para la conformidad con el género; d) actitudes hacia los grupos de género. Dichos autores encontraron, en un estudio con niños/a, que la compatibilidad de género se asociaba positivamente con el ajuste, mientras que sentirse presionado y el sesgo intergrupo se relacionaba negativamente.

Siguiendo el mismo modelo, Yunger, Carver y Perry (2004) realizaron un estudio con menores en que se analizó la relación entre diversos aspectos del género con ajuste y salud mental. Consideraron cinco componentes de la identidad de género: a) adscripción a un género, es decir, saberse miembro de una categoría; b) tipificación o el hecho de percibirse similar a los/as otros/as; c) satisfacción con el género asignado; d) sentimientos de presión por parte de la familia, pares o uno/a mismo/a para actuar según los estereotipos de género; e) prejuicio intergrupo, o creer que un género es superior al otro. Encontraron que una baja tipificación, una baja satisfacción y una alta presión se asociaban con el deterioro de uno o más índices de ajuste, tales como autoestima, síntomas interiorizantes, síntomas exteriorizantes y aceptación de los pares. También encontraron que no todas las personas daban la misma importancia a la adecuación al género ni a la adherencia a las normas y estereotipos de género.

En un estudio reciente, Corby, Hodges y Perry (2007) trataron de probar la generalidad del modelo de identidad de género de Egan y Perry (2001) y su relación con el ajuste en preadolescentes de diversas etnias. Encontraron que las asociaciones entre identidad y ajuste variaban en los distintos grupos, por lo que concluyeron que dicho modelo debería ser corregido (Corby *et al.*, 2007).

### **1.2.3. Múltiples roles y salud**

Dados los cambios sociales de las últimas décadas y la incorporación de las mujeres al mundo laboral, éstas han tenido que ampliar sus roles, habiendo surgido un área de estudio que se centra en el análisis de los efectos que en la salud tienen los múltiples roles sociales y laborales.

En las primeras versiones de estos estudios, se plantearon dos perspectivas distintas: una, denominada de la escasez, mantenía que el ocupar múltiples roles podía crear demasiadas obligaciones ya que supone un aumento en la demanda de tiempo y energía; la segunda, llamada del desarrollo o del refuerzo, se centraba en lo positivo de los múltiples roles, planteando que ocupar muchos roles puede favorecer la autoestima, el apoyo social, los recursos, etc. (Matud *et al.*, 2002). Pero, aunque los estudios empíricos mostraron que las mujeres con empleo no tenían peor salud que las amas de casa y que los múltiples roles no suponían una amenaza para la salud de las mujeres, estudios posteriores mostraron que los aspectos más relevantes en la salud no eran el número o la acumulación de roles, sino la naturaleza y calidad de los mismos, así como la predisposición que se tuviese para ocuparlos. A continuación vamos a exponer los resultados que consideramos más relevantes de algunos trabajos recientes sobre la relevancia de los múltiples roles en la salud.

En varios estudios se ha encontrado diferencias entre las mujeres que trabajan dentro del hogar y las que lo hacían fuera. Así, Ferrer, Bosch y Gili (1998), se suman a la hipótesis del refuerzo y afirman que el desempeño de roles fuera del hogar parece reforzar la salud, mientras que las mujeres que trabajan dentro de casa tienden a desarrollar más enfermedades y visitan más los servicios médicos. Pero estas visitas médicas no sólo las realizan para atender a su propia salud, sino que son las mujeres quienes acompañan a otros familiares y las que se hacen cargo de la recuperación del/de la enfermo/a. Esto lleva a reforzar la idea de que el papel del cuidado de la familia y sus miembros lo desempeña principalmente la mujer, lo que genera una sobrecarga en ella. Y, a raíz de este cuidado se ven afectadas varias áreas, como la económica, la laboral y el uso del tiempo, afectando, además la sobrecarga a su salud física y psicológica (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). Así, se ha encontrado que las personas que cuidan de otras (generalmente las mujeres) presentan una salud precaria, refiriendo problemas físicos crónicos, problemas emocionales, haciendo mayor uso de los servicios sanitarios y consumiendo más medicamentos.

Se ha planteado que las relaciones de las mujeres con el trabajo puede tomar dos vías; por una lado, las mujeres que trabajan fuera de casa pueden estar expuestas a más riesgos en su salud física y psicológica y, por otro, estas mujeres tienen más apoyo social, a través del cual puede aumentar su autoestima y su sensación de control, además logran mayor independencia económica (Repetti, Matthews y Waldron, 1989; Roos, Burström, Saastamoinen y Lahelma, 2005). Según Repetti *et al.*, (1989), los resultados que asocian empleo y salud en la mujer no son consistentes porque dependen de una serie de factores tales como el tipo de trabajo que desempeñe, de su estado civil, de la distribución de las tareas domésticas en el caso de las mujeres casadas, de si son madres o no y de su actitud hacia el empleo. Plantea que los efectos positivos del empleo son más probables en las mujeres solteras, ya que el mismo se convierte en su principal fuente de apoyo social y de autorrealización. En el caso de las mujeres casadas, la fuente de apoyo social suele ser su pareja y el matrimonio puede ser un protector de la salud (Roos *et al.*, 2004). Pero la clave en la relación entre matrimonio y salud parece estar en la ayuda que reciban por parte del marido para la realización de las tareas del hogar ya que, cuando no la tienen, informan de mayor ansiedad y depresión (Repetti *et al.*, 1989; Scarr, Phillips y McCartney, 1989). Por último, otra característica importante citada por Repetti *et al.* (1989), en la relación entre empleo y salud son las características del mismo; cuando este es estresante, aquellos que generan mucha demanda y escapan del control de la mujer tienen mayor probabilidad de producir riesgos para la salud; en cambio, aquellos que favorecen el apoyo social, aumentan la salud.

También en un estudio realizado en Canarias se encontró evidencia empírica de la relevancia de la calidad de los roles laborales en la salud de las mujeres (Matud, Hernández y Marrero, 2002). Dichos/as autores/as encontraron que las mujeres que se mostraron más satisfechas con su rol laboral informaban de menor ansiedad y depresión y mayor autoestima que las mujeres insatisfechas con el mismo. En cambio, en los síntomas psicósomáticos era más importante la edad que la satisfacción con el rol; probablemente porque la mujer vaya asumiendo más roles a medida que aumenta

su edad, aunque tampoco se puede olvidar el impacto del envejecimiento en la salud, ya que también en hombres se ha encontrado dicha asociación.. Así, en un trabajo de McCullough y Laurenceau (2004) se encontró que los autoregistros de salud se mantienen estables entre los 20 y 50 años y a partir de este momento empiezan a declinar.

Rodin e Ickovics (1990), al analizar la asociación entre roles laborales y salud, plantean que hay que tener en cuenta cinco aspectos. Estos son:

- **Determinantes y consecuencias psicológicas y conductuales.** Se han señalado tres modelos diferentes. El primero, *el modelo de estrés laboral*, señala que el trabajo va a afectar la salud de las mujeres. En contraposición a este, encontramos el *modelo de los beneficios para la salud*, que precisamente va a destacar las ventajas del empleo. Por último, el *modelo de expansión de rol*, que podríamos asimilar al modelo del refuerzo o del desarrollo, asume que el hecho de tener un empleo aumenta la posibilidad de obtener recompensas y satisfacción.
- **Múltiples roles.** Esta multiplicidad de roles es mucho más frecuente entre las mujeres, que son las que se ocupan en mayor medida de las tareas del hogar además de mantener sus empleos. Según estos autores, el hecho de desempeñar esta cantidad de roles influye de forma positiva en la salud, ya que implica más refuerzos, más autoestima, etc.
- **Calidad del rol.** Es importante tener en cuenta los factores estructurales a la hora de hablar de las diferencias de género en salud. Parece estar claro que un trabajo de escasa responsabilidad, mal pagado, intermitente, etc., va a influir en la salud tanto de hombres como de mujeres. También tenemos claro que la precariedad laboral es el denominador común del empleo de las mujeres.
- **Actitudes hacia el trabajo.** Hay ocasiones en que pesan más las actitudes que se tengan hacia el trabajo que las características del mismo; cuando estas son negativas van a estar asociadas a la mala salud.



- **Roles sociales y apoyo social.** El trabajo puede suponer una fuente de relaciones sociales y, por lo tanto, una manera de desarrollar las redes y el apoyo social.

En función de las características de estas cinco variables, el rol laboral afectará de una manera u otra a la salud tanto de hombres como de mujeres. Pero, en la práctica, son las mujeres las que ocupan en mayor medida roles laborales y familiares ya que su incorporación al mundo laboral no ha implicado que los hombres, de forma mayoritaria, se hayan implicado en los roles familiares.

Generalmente tampoco se ha tenido en cuenta los riesgos específicos de salud que corren las mujeres. Así, en la prevención de riesgos laborales se atiende principalmente a los accidentes pero se presta poca atención a los riesgos que producen enfermedades profesionales y patologías relacionadas con otros trabajos. Algunos de ellos son los esfuerzos leves pero continuos de profesiones feminizadas tales como la de cajeras o camareras de pisos (Brunel y Moreno, 2001). Otro tipo de riesgos que tampoco se tienen en cuenta, y que afecta casi de manera exclusiva a las mujeres, es el hecho de que éstas se ven expuestas con mayor frecuencia a situaciones de intimidación, trato vejatorio y situaciones de acoso sexual, de manera que las mujeres ven afectado su derecho al trabajo y su salud mental (Brunel y Moreno, 2001).

Aunque en la mayoría de los estudios sobre múltiples roles y salud no se han incluido medidas de tipificación social y/o de roles sexuales, tales variables también parecen ser relevantes en el impacto que los múltiples roles tienen en la salud. Así, Tang y Tang (2001) plantean que la interiorización del rol de género es un moderador de las relaciones entre los múltiples roles y el distrés psicológico. Y, en la misma línea, Kolk y van Well (2007) aseveran que las diferencias en salud entre hombres y mujeres son un reflejo de las diferencias en la identificación con el rol de género.

#### **1.2.4. Estrés, género y salud**

Pese a los muchos años que se lleva estudiando e investigando el estrés,

todavía es un constructo con muchas dificultades para ser definido. Lo que si parece claro es que, junto con la depresión, puede ser el eje principal de la psicopatología de este siglo. También es innegable la influencia que el estrés tiene sobre la salud y sobre las relaciones interpersonales (Fierro y Jiménez, 1999).

Para Chrousos (1998, citado en Matud *et al.*, 2002) existen cuatro aspectos clave relacionados con el estrés. Estos son: la *homeostasis*, que se refiere al equilibrio vital; los *estresores*, o fuerzas adversas, tanto internas como externas, que amenazan la homeostasis; el *estrés*, definido como el estado en el que la homeostasis está amenazada; y el repertorio de *respuestas adaptativas fisiológicas y conductuales* que reponen la homeostasis del organismo. No obstante, no hay consenso a la hora de definir algunos de estos términos. En este sentido, la definición de los estresores varía mucho en función de los/as autores/as y en algunas ocasiones las medidas de unos tipos y otros se confunden.

Los principales tipos de estresores son los sucesos vitales estresantes, las contrariedades diarias, los estresores crónicos y los agudos. Los primeros se definen como aquellos sucesos extraordinarios que provocan un cambio en el funcionamiento normal de la persona. Se entiende por contrariedades diarias las demandas frecuentes, que se tienen que abordar cada día. Los estresores crónicos, semejantes a las anteriores, son los aspectos del medio, que de una forma constante requieren atención por parte de la persona; pueden ser de alta o baja intensidad y están casi siempre presentes. Por último, se consideran estresores agudos a los que son de corta duración, poco frecuentes y de alta intensidad (Matud *et al.*, 2002).

Respecto a las diferencias de género en estrés, existen indicadores de que el género parece ser relevante en todo el proceso del estrés; desde la identificación de una situación como estresante o no hasta sus efectos en la salud, pasando por el tipo de afrontamiento utilizado. Aunque se trata de una amplia área no totalmente explorada, a continuación revisaremos brevemente una serie de aspectos que consideramos relevantes para el presente trabajo.

Una de las explicaciones que da Caro (2001) a las diferencias de género en

salud es que los roles que asumen las mujeres están asociados a más estrés que los de los hombres. Así, se ha planteado que las principales diferencias entre géneros en el terreno del estrés las encontramos en lo que se refiere al estrés crónico y tales diferencias están influidas de manera determinante por los roles. Ya vimos anteriormente que los roles asignados a las mujeres solían ser más numerosos que los de los hombres; mientras los segundos se ocupan de los roles laborales, las primeras lo hacen de los familiares y, en un gran número de casos, de ambos. Por este motivo, se ven expuestas a más estresores diarios que los hombres. También se ha planteado que el estrés les afecta más ya que están más implicadas que ellos en las redes sociales y en la familia. Y es más frecuente que sufran agresiones sexuales y violencia por parte de su pareja, que suponen estresores adicionales (véase la revisión de Matud *et al.*, 2002). Mirowsky y Ross (1995) plantean que la posición de las mujeres, tanto en el trabajo como en la familia, es más desfavorable que la de los hombres, ya que tienen más demandas y limitaciones y menos control. Este hecho puede corroborarse con el dato de que, a medida que pasa el tiempo, muchas mujeres van cambiando sus afectos de alegría y felicidad del pasado por afectos de inseguridad y tristeza en el presente. En el caso de los hombres, generalmente a las emociones de seguridad y orgullo en el pasado se le añaden las de atrevimiento y mostrarse intrépidos en el presente (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006).

Otro aspecto importante en el estudio de estrés es su afrontamiento. Pese a los muchos estudios realizados, aún no se conoce totalmente su estructura ni sus efectos, pero se ha demostrado su relación con la calidad de vida, incluyendo el ajuste a la enfermedad; y también se ha encontrado que puede predecir tanto la salud física como la psicológica (Davidson *et al.*, 2006). Lazarus y Folkman, (1984) definen el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que se desarrollan para hacer frente a las demandas internas o externas que vivimos como desbordantes o que superan los recursos de las personas. Se ha planteado que las funciones básicas del afrontamiento son dos: regular las emociones y cambiar la relación que mantiene la persona con el ambiente que es la que causa la respuesta de

estrés. Aunque no existe unanimidad al respecto y depende de la conceptualización y/o medida de afrontamiento que se utilice, parecen darse algunas diferencias de género en afrontamiento. Se ha planteado que, mientras que los hombres tienden en mayor medida a afrontar el estrés fumando o ingiriendo alcohol, es más probable que las mujeres lo interpreten como algo patológico y acuden al médico. Las consecuencias directas de estas diferentes conductas las hemos visto con anterioridad; los hombres son más consumidores de tóxicos y acuden menos a los servicios médicos y las mujeres son las que más acuden a estos servicios y consumen mayor cantidad de psicofármacos.

Desde la teoría cognitiva, se ha planteado que una diferencia fundamental entre mujeres y hombres es el uso de la rumiación como técnica de afrontamiento. Para esta teoría, los hombres responden a episodios de estrés con un mayor despliegue de conductas y distracciones que las mujeres, mientras que éstas responden con rumiaciones, hecho que alarga el episodio de estrés. (Almeida y Kessler, 1998). Los roles desempeñados por las mujeres están más relacionados con la crianza y el cuidado de los demás, son más empáticas y extienden sus preocupaciones sobre una red más amplia de personas; por el contrario, los roles de los hombres son más instrumentales. Teniendo en cuenta ambos aspectos, la rumiación como afrontamiento y las diferencias de roles, se comprende que las mujeres tengan más estrés; la clave esté en conocer si es así porque los episodios duran más, porque están expuestas a más estresores, o por una combinación de ambos. Para Almeida y Kessler (1998), la razón de que las mujeres informen de mayores tasas de estrés es porque comienzan más episodios estresantes en el día a día es decir, tienen más fuentes de estrés diario y no se llegan a recuperar entre un episodio y otro; y la rumiación puede actuar como un factor de mantenimiento del estrés entre un episodio y otro.

En estudios realizados en Canarias también se han encontrado diferencias de género en estrés y su afrontamiento (Matud, 2004c). En este estudio, se encontró que las mujeres tenían más estrés crónico que los hombres. Y, aunque no encontraron diferencias en el número de sucesos vitales experimentados durante los dos últimos

años, las mujeres los calificaban como más negativos y menos controlables. También se encontró diferencias en el tipo de estresores experimentado, citando con mayor frecuencia las mujeres sucesos relacionados con la familia y con la salud mientras que los hombres citaban más aspectos relativos al trabajo, las finanzas o las relaciones sociales. Además, también había diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento del estrés, siendo el de las mujeres más emocional y con mayor evitación, menos racional y de menor distanciamiento emocional que el de los hombres.

#### **1.2.5. Violencia de género**

La violencia de género se merece un apartado especial en este trabajo, ya que tiene un alto impacto en la salud. No se trata de abordar sus causas y consecuencias en profundidad, sino de plasmar a grandes rasgos los motivos por los que se considera un problema de salud para las mujeres. Se trata de un problema complejo por diversas cuestiones: tanto a la hora de tratar sus causas, puesto que son sociales y requieren de la intervención de múltiples estamentos; cuando se quiere conocer su frecuencia, por los problemas metodológicos y éticos que supone su detección; y en su atención, que ha de ser multidisciplinar y coordinada entre todos/as los/as profesionales. En sanidad se ha constituido la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial, en cuyo seno se han puesto en marcha cuatro grupos de trabajo para desarrollar un protocolo e indicadores comunes, y para abordar los aspectos éticos, legales y de evaluación de las actuaciones en el Sistema Nacional de Salud (VV.AA., 2006).

Respecto a la mortalidad por esta causa, es difícil conocer el número de casos ya que no existe un registro específico y los datos disponibles no incluyen las muertes derivadas de casos de violencia física con ingreso hospitalario y pronóstico grave, que no fallecen inmediatamente sino tiempo después. Tampoco se contabilizan los suicidios por esta causa.

En cuanto al número de denuncias, como aproximación al conocimiento de la

frecuencia del problema, se constata que han aumentado en todos los grupos de edad, pero sobre todo en el de las más jóvenes (un 86%). El total de denuncias por malos tratos del “compañero” ha aumentado de 43.313 en 2002 a 59.758 en 2005. Se estima que estas denuncias son sólo una parte muy pequeña (5%) de la realidad del ejercicio de la violencia por parte de los hombres contra las mujeres, pero su aumento año tras año alimenta la esperanza de que cada vez sean más los casos que salen a la luz, (Alberdi y Matas, 2002; Torres, 2001).

Entre las repercusiones físicas que tiene la violencia de género, destacan las lesiones y síntomas físicos, las alteraciones funcionales, síndrome de dolor crónico, fibromialgia o trastornos gastrointestinales (VV.AA., 2006; Matud et al, 2002; Matud, 1999; Villavicencio y Sebastián, 2001) Entre las consecuencias psicológicas, podemos señalar la depresión, el estrés postraumático, fobias, ansiedad y estrés, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia y obesidad), escasa autoestima, disfunciones sexuales o abuso de sustancias (legales e ilegales). Muchos de estos trastornos se van a cronificar, puesto que el tiempo en que las mujeres que sufren violencia suele ser prolongado (Matud, 1999). Debido a la alta frecuencia de que se sufran agresiones durante el embarazo, también son importantes los riesgos para la maternidad, como son los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, el bajo peso al nacer, las complicaciones durante el embarazo, etc.

## 2. OBJETIVOS

Todo indica que, pese a las creencias tradicionales de la bondad del ajuste a los roles de género tradicionales, la realidad de su relación con la salud y calidad de vida parece ser bien distinta, si bien aún no parece estar totalmente clara la asociación entre el seguimiento de tales roles y la salud de mujeres y hombres. Y es esta asociación la que pretendemos estudiar con este trabajo. Concretamente, trataremos de conocer la asociación entre tipificación sexual y salud, así como la relación existente entre las cuatro opciones de rol sexual (masculinidad, feminidad, androginia e indiferenciación) y diferentes indicadores de salud.

También analizaremos si las fuentes de estrés y la satisfacción con los distintos roles laborales se relacionan más con una u otra vivencia del rol de género y si existe asociación entre tipificación sexual y el estilo de vida relacionado con la salud. Para comprobar la medida en que tales asociaciones se asocian con condiciones específicas, tales como las características sociodemográficas o los roles sociales ocupados, todo ello lo estudiaremos en dos tipos de muestras: una de la población general, caracterizada por la variabilidad en las características sociodemográficas y los roles ocupacionales, y otra en que los/as participantes tienen roles y características sociodemográficas y formativas similares: el estudiantado universitario de psicología.

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

1. Analizar, en la población general:
  - 1.1. La asociación entre masculinidad y salud.
  - 1.2. La asociación entre feminidad y salud.
  - 1.3. La asociación entre androginia y salud.
  - 1.4. La asociación entre indiferenciación en el rol sexual y salud.

2. Conocer si existe asociación entre tipificación sexual y salud en la población general.
3. Analizar, en el estudiantado universitario:
  - 3.1. La asociación entre masculinidad y salud.
  - 3.2. La asociación entre feminidad y salud.
  - 3.3. La asociación entre androginia y salud.
  - 3.4. La asociación entre indiferenciación en el rol sexual y salud.
4. Conocer si existe asociación entre tipificación sexual y salud en el estudiantado universitario.
5. Analizar, en la población general:
  - 5.1. Si existe relación entre tipificación sexual y el tipo de fuentes de estrés de alta intensidad.
  - 5.2. Si existe relación entre tipificación sexual y el tipo de fuentes de estrés de baja intensidad.
  - 5.3. Si hay diferencias de género en el tipo de fuentes de estrés de alta intensidad.
  - 5.4. Si hay diferencias de género en el tipo de fuentes de estrés de baja intensidad.
6. Analizar, en el estudiantado universitario:
  - 6.1. Si existe relación entre tipificación sexual y el tipo de fuentes de estrés de alta intensidad.
  - 6.2. Si existe relación entre tipificación sexual y el tipo de fuentes de estrés de baja intensidad.
  - 6.3. Si hay diferencias de género en el tipo de fuentes de estrés de alta intensidad.
  - 6.4. Si hay diferencias de género en el tipo de fuentes de estrés de baja intensidad.



7. Analizar si los roles sexuales se asocian con diferencias en las variables de estilo de vida relacionado con la salud de consumo de bebidas alcohólicas, conducta de fumar y realización de ejercicio físico en:
  - 7.1. Las mujeres de la población general.
  - 7.2. Los hombres de la población general.
  - 7.3. Las estudiantes universitarias.
  - 7.4. Los estudiantes universitarios.
8. Analizar si existe relación entre roles sexuales, el tipo de rol laboral desempeñado y la satisfacción con el mismo en:
  - 8.1. Las mujeres de la población general.
  - 8.2. Los hombres de la población general.
9. Conocer si existen diferencias en la frecuencia de los roles sexuales en función:
  - 9.1. Del nivel de estudios.
  - 9.2. De la profesión.
  - 9.3. De la edad.
  - 9.4. Del estado civil.
  - 9.5. Del número de hijos/as.

# 3. METODOLOGÍA

## 3.1. DISEÑO

Se trata de un estudio transversal realizado con dos grupos:

**Grupo 1:** personas de la población general que, voluntariamente, aceptaron participar en el estudio.

**Grupo 2:** alumnado de segundo curso de psicología que cumplimentaron las pruebas de forma grupal dentro de las prácticas de una de las asignaturas de dicha licenciatura. De dicha población se seleccionó la muestra del presente estudio seleccionado a todos/as que cumplían los siguientes requisitos: 1) edad no superior a 26 años; 2) no estar casado/a ni tener hijos/as.

## 3.2. PARTICIPANTES

La muestra total del presente estudio está formada por un total de 519 personas de edades comprendidas entre los 17 y 74 años, siendo la edad media de 28,20 y la desviación típica de 11,77. De ellas, 317 (el 61,1%) eran mujeres y 202 (el 38,9%) hombres. La edad media de los hombres fue de 28,83 (D.T. = 11,41) y la de las mujeres 27,73 (D.T. = 11,17), diferencias que no eran estadísticamente significativas,  $t(514) = 1,17, p > 0,05$ .

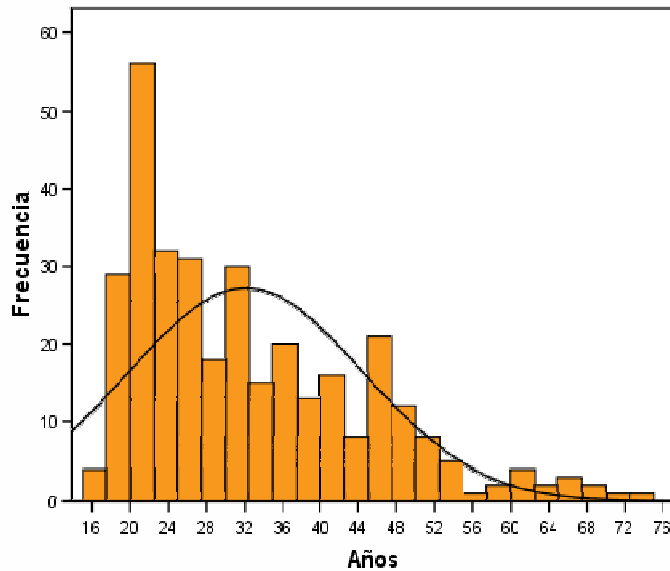
Como ya se citó, dicha muestra está formada por dos grupos, uno extraído de la población general y otro del estudiantado de la licenciatura de Psicología. Las características sociodemográficas de cada uno de los grupos muestrales son las que se exponen a continuación.

### 3.2.1. Muestra de la población general

Está formada por un total de 337 personas. De ellas, casi el 60% son mujeres (el 58,5%), constituyendo los hombres el 41,5% (n=140). Sus edades están comprendidas entre los 17 y los 74 años, siendo la edad media de 32,16 años y la

desviación típica de 12,24. En el gráfico 1 podemos observar la distribución de la edad, en el que incluimos la curva normal.

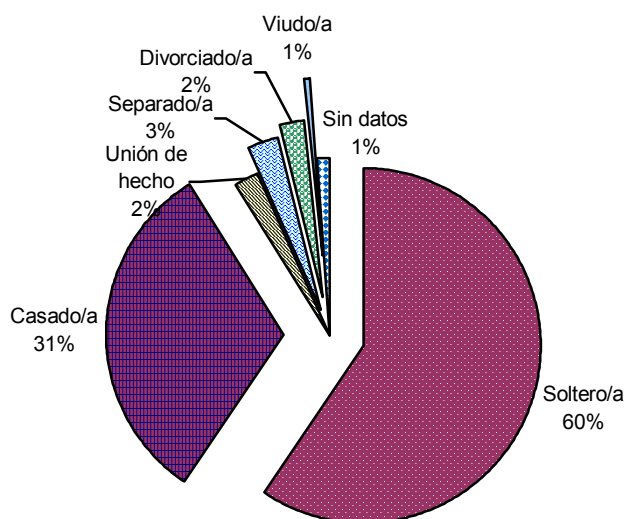
**GRÁFICO 1: Distribución de la muestra por edades (población general).**



Como puede observarse, aunque se da mucha variabilidad, predominan las personas jóvenes, teniendo más de 50 años solo el 8% de la muestra.

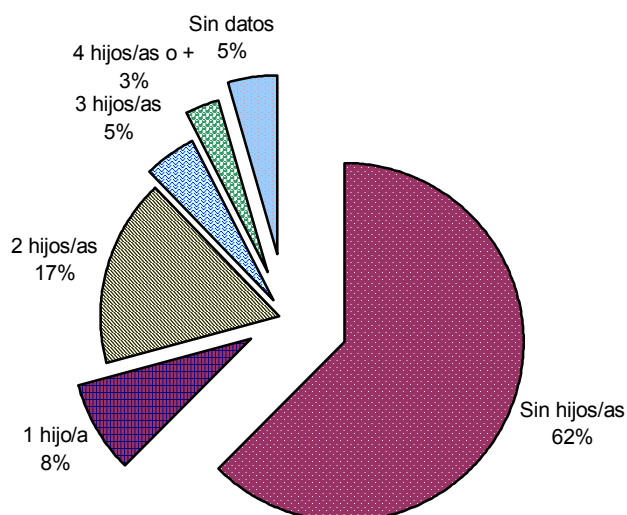
Su estado civil se muestra en el gráfico 2. Podemos observar que están representadas todas las categorías posibles, aunque predominan las personas solteras (el 59,6%) y casadas (el 31,5%). El porcentaje del resto de categorías es mucho menor, siendo de 2,7% los/as separados/as, con un porcentaje similar de divorciados/as (2,1%), y que mantienen una unión de hecho (2,4%). Y el 0,6% había enviudado. Del 1,2% de la muestra no disponemos de este dato.

**GRÁFICO 2: Estado civil (población general).**



El número de hijos/as de las personas de la muestra (véase el gráfico 3) oscila entre ninguno/a y ocho, con una media inferior a un hijo/a. No tiene hijos/as el 62,6% de las personas de la muestra y, de los que tienen hijos/as, el mayor porcentaje es el de personas que tienen dos, que son el 16,9%. Las personas con cuatro o más hijos/as constituyen el 3% de la muestra.

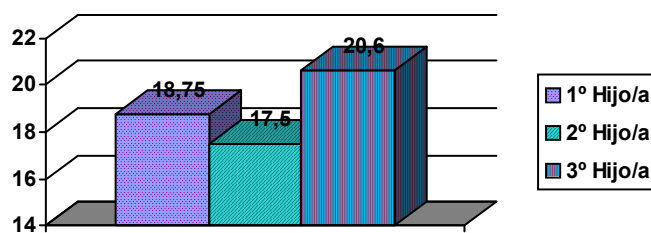
**GRÁFICO 3: Número de hijos/as (población general).**



Respecto a las edades de dichos hijos/as, la edad del/de la primer/a hijo/a oscila entre un máximo de 47 años y un mínimo de menos de un año; la del/de la segundo/a entre un máximo de 45 y el mismo mínimo, estando la del /de la tercero/a entre los 42 años y también menos de un año. En el gráfico 4 mostramos la media de edades de estos hijos e hijas, hasta el tercero/a. Cuando son madres o padres de más de tres hijos/as se representa la edad del/ de la último/a.

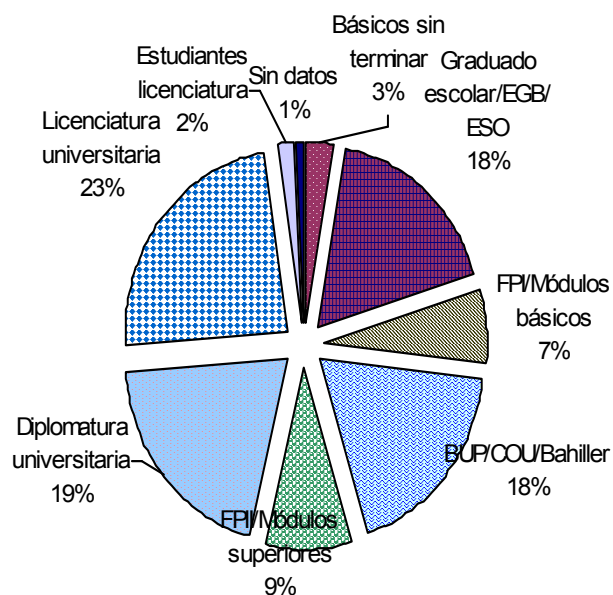
La media del número de hijos/as en la muestra de hombres fue de 0,50 (D. T. = 1,09) y la de las mujeres 0,47 (D. T. = 1,06), diferencias que no eran estadísticamente significativas,  $t(503) = 0,33$ ,  $p > 0,05$ .

**GRÁFICO 4: Distribución de edades de los hijos e hijas (población general).**



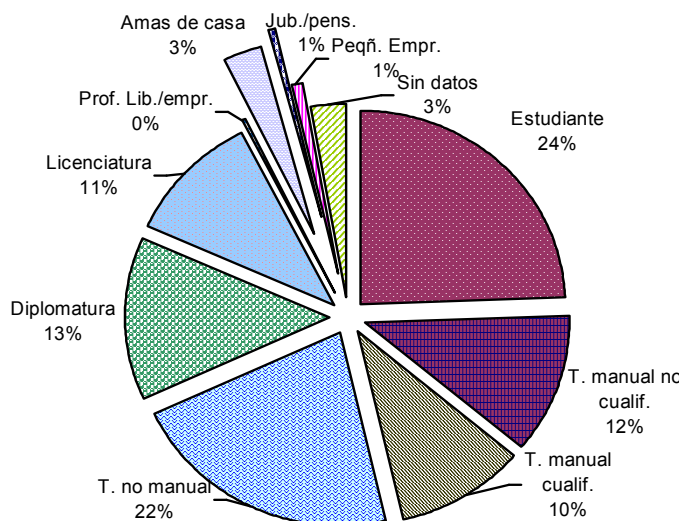
El nivel de estudios o formación de las personas de esta submuestra también es variado, aunque predominan las personas que han cursado una licenciatura universitaria con un 23,7% (véase gráfico 5). Pero también podemos observar que hay un porcentaje considerable de personas con estudios medios (18,7%). Como vemos en dicho gráfico el 19,9% tiene una diplomatura universitaria, el 17,5% graduado escolar o EGB/ESO y el 1,5% está todavía estudiando alguna licenciatura, diferente a la de psicología. Vemos el resto de porcentajes en el gráfico 5.

**GRÁFICO 5: Nivel de estudios (población general).**



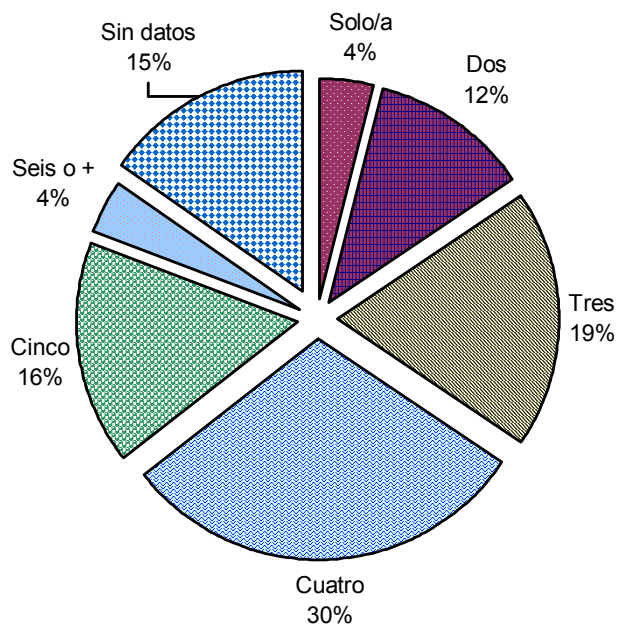
La profesión que desempeñan las personas de esta muestra también es variada. Están estudiando actualmente el 24,6% y, de los/as que trabajan actualmente, el 21,7% desempeñan un trabajo no manual. Tan sólo un 0,3% son profesionales liberales o empresarios/a y un 0,6% están ya jubilados/as o son pensionistas. El resto de profesiones podemos verlo en el siguiente gráfico (gráfico 6).

**GRÁFICO 6: Profesión (población general).**



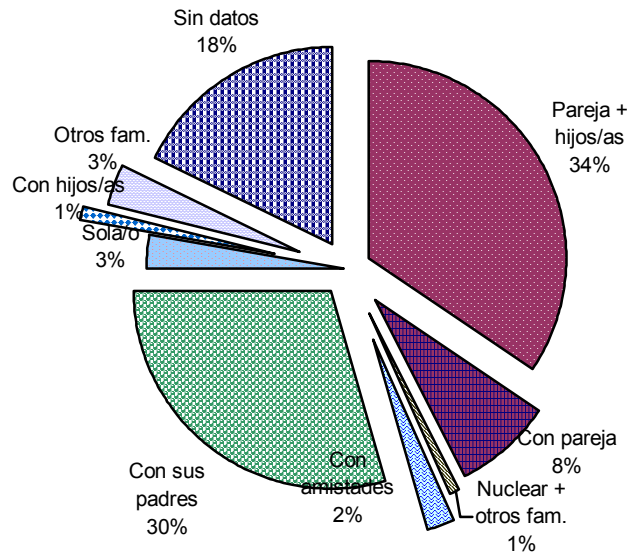
También consideramos interesante conocer el número de personas que vive en el mismo hogar y el parentesco entre ellos/as. En cuanto al primer dato, cabe destacar que la mayor parte de la muestra forma unidades familiares de cuatro personas, con un 30% de los casos. También son destacables las unidades de tres y cinco personas (19% y 16,3% respectivamente). Tan sólo un 3,9% vive sólo/a y hay el mismo porcentaje de unidades de convivencia de seis o más personas (hasta ocho). Vemos estos datos en el gráfico 7.

**GRÁFICO 7: Personas que conviven en el mismo hogar (población general).**



Respecto al parentesco entre las personas que conviven en el mismo hogar, encontramos que el 33,8% vive con su pareja y sus hijos/as y el 29,1% vive con sus padres. Las familias monoparentales constituyen el 0,9% y vive con otros familiares el 3,3%. Estos y el resto de datos están representados en el gráfico 8.

**GRÁFICO 8: Parentesco de la unidad de convivencia (población general).**

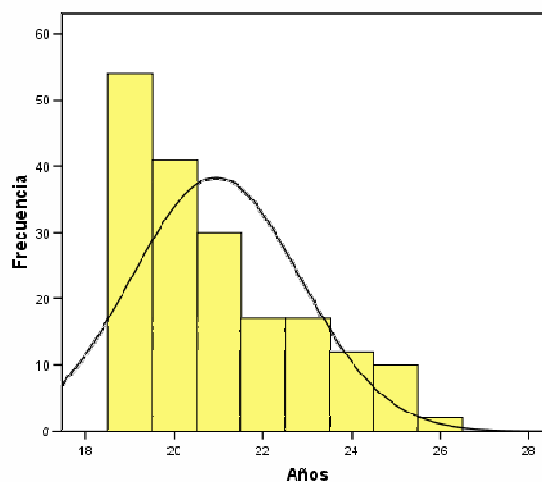


### 3.2.2. Muestra de estudiantes de psicología

Esta submuestra está formada por 182 personas, de las que 120 son mujeres y el resto, 62 personas, son hombres. Constituyen el 65,9% y el 34,1% de la muestra respectivamente.

Su edad media es de 20,93 años, y la desviación típica de 1,91 años. El rango de edad se sitúa entre 19 al 26, siendo la edad más representada la de los 19 años. En el gráfico 9 podemos observar su distribución.

**GRÁFICO 9: Distribución de la muestra por edades (estudiantado psicología).**



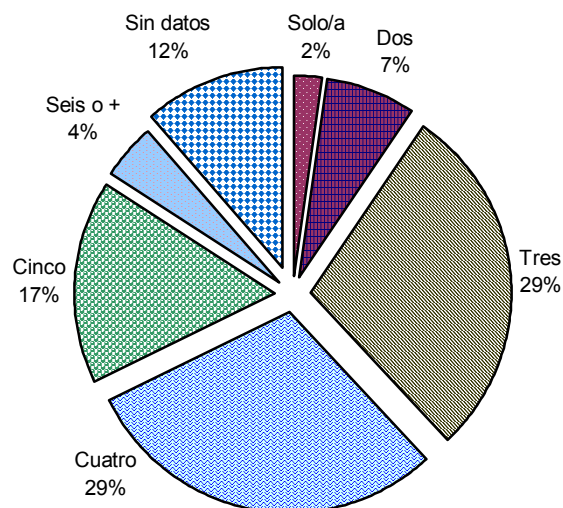


En cuanto a su estado civil, la totalidad de la muestra está conformada por personas solteras y tampoco ninguno/a de ellos/as tiene hijos o hijas ya que se utilizaron ambos requisitos para la selección de esta submuestra.

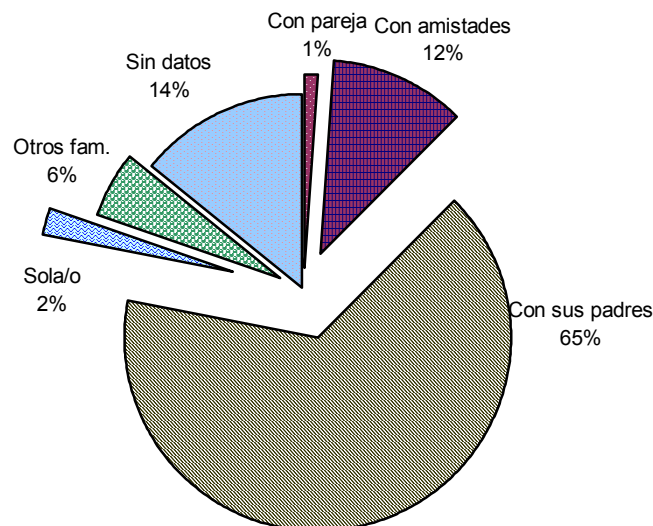
En lo que se refiere a la profesión, todos/as son estudiantes de psicología y tan sólo cuatro están, además, desempeñando algún trabajo (2,2%), siendo este un trabajo manual cualificado.

Respecto al número de personas que vive en el mismo hogar, encontramos mucha variabilidad, oscilando desde vivir solos (el 2,2%) a convivir con otras siete personas (1,6%). No obstante, la mayor parte de la muestra está formada por unidades de cuatro personas, con un 29,7% de los casos, aunque en un porcentaje muy similar (28,6%) conviven tres personas. Veamos estos y el resto de datos en el siguiente gráfico (gráfico 10).

**GRÁFICO 10: Personas que conviven en el mismo hogar (estudiantado psicología).**



El siguiente dato, el referido al parentesco entre las personas que conviven en el mismo hogar, encontramos que la mayoría de las personas de la muestra vive con sus padres (65,4%) y tan sólo el 1,1% vive con su pareja. En el gráfico 11 podemos ver el resto de los datos sobre este aspecto.

**GRÁFICO 11: Parentesco de la unidad de convivencia (estudiantado psicología).**

### 3.3. INSTRUMENTOS

Respecto a los instrumentos empleados en la recogida de información para este estudio, se utilizaron un total de nueve pruebas de diferente formato, algunas de ellas diseñadas por Matud (1998) y otras tomadas de otros autores.

A continuación pasamos a describir cada uno de estos instrumentos:

▮ **Hoja de recogida de datos** (Matud, 1998). Permite recoger información de las principales variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, nº de hijos/as...). También recoge información sobre el estado de salud y de hábitos tales como la práctica de ejercicio físico y las conductas de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas (ANEXO 1).

▮ **Bem Sex Role Inventory** (*BSRI*, Bem, 1974). Este inventario está compuesto por 60 ítem formados por adjetivos o enunciados cortos, 20 de los cuales se refieren a características masculinas, 20 a características femeninas y los otros 20 a características atribuibles a ambos géneros, 10 de las cuales son positivas y 10

negativas que evalúan deseabilidad social. La escala de respuesta es tipo likert de 7 puntos. El BSRI permite la clasificación de una persona en cuatro medidas: masculinidad, feminidad, androginia o indiferenciación. Si las personas con rol masculino son hombres y las que tienen un rol sexual femenino son mujeres, se considera que son personas tipificados sexualmente, mientras se considera que no están tipificadas sexualmente las personas andróginas y las indiferenciadas (ANEXO 2).

▮ **Inventario de autoestima** (*Self-esteem Inventory, SEI*). Instrumento diseñado y validado por Roger y su equipo en la Universidad de York (Rector y Roger, 1993) y traducido por Gloria García de La Banda. Está formado por 58 ítems, con cuatro opciones de respuesta, que reflejan la valoración en varias competencias, incluidas la personal, interpersonal, familiar, de logro, atractivo físico, y valoración del grado de incertidumbre en las mismas. En la validación realizada con una muestra de 3728 personas de la población general (Matud, Ibáñez, Marrero y Carballeira, 2003) se encontraron dos factores que correlacionan -0,47 y cuya estructura factorial era independiente del género: uno formado por 28 ítems que recogen una serie de valoraciones negativas y que se denominó Valoración negativa de sí mismo/a; y otro formado por 15 ítems que recogen afirmaciones que reflejan seguridad y confianza en sí mismo/a, denominado Autoconfianza (ANEXO 3).

▮ **Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck** (*EPQ-R*, Eysenck y Eysenck, 1997). Test que valúa tres dimensiones básicas de personalidad: extraversión, neuroticismo y psicoticismo, e incluye una cuarta escala que pretende medir la tendencia de algunas personas hacia el falseamiento, aunque también mide algún factor estable de personalidad que puede denotar ingenuidad social o conformidad (ANEXO 4).

▮ **Escala de Apoyo Social** (*AS*, Matud, 1998). Está formada por 12 ítem con una escala de respuesta de cuatro puntos que evalúan el apoyo social percibido en las áreas

afectiva, económica, laboral, familiar y de ocio, así como la disponibilidad de personas que le aporten información si lo precisa. Los estudios de validación han mostrado que su consistencia interna y validez de constructo es adecuada, aunque análisis factoriales confirmatorios recientes han mostrado que su estructura factorial más ajustada es unifactorial en el caso de las mujeres y bifactorial en el de los hombres. En estos, se pueden diferenciar dos factores: apoyo social emocional, que incluye 7 ítem, y apoyo social instrumental, formado por 5 ítem (Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003) (ANEXO 5).

▮ **Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28;** Goldberg y Hillier, 1979). Cuestionario diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida y se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones de salud normales y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. Consta de 4 subescalas formadas por 7 ítem que representan las dimensiones de Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, y Depresión grave. Se ha utilizado la puntuación tipo Likert (0-1-2-3) ya que es el más recomendado para la versión del GHQ-28 utilizada y produce, además, una distribución menos asimétrica que otros sistemas de puntuación del GHQ (Lobo y Muñoz, 1996) (ANEXO 6).

▮ **Cuestionario de Estrés Crónico** (Matud, 1998). Instrumento de respuesta abierta que trata de evaluar el estrés crónico. Para ello se pregunta a la persona por los problemas y conflictos que tiene en la actualidad, pidiéndoles que valoren su gravedad en una escala de 1 ("poco importante") a 3 ("muy importante"). Ello permite dos tipos de puntuaciones: una cuantitativa basada en el número e intensidad de respuestas dado y otra cualitativa que permite una evaluación idiográfica respecto a los hechos y/o estímulos que son fuente de estrés para cada persona (ANEXO 7).

▮ **Cuestionario de Contrariedades Diarias** (Matud, 1998). Cuestionario de respuesta abierta en el que se recoge información acerca de las situaciones cotidianas que se consideran frustrantes o irritantes, evaluando el estrés diario de baja intensidad. La relevancia de cada una se valora en una escala de 1 ("poco importante") a 3 ("muy importante"). Permite dos tipos de puntuaciones: una cuantitativa basada en el número e intensidad de respuestas dado y otra cualitativa que permite una evaluación idiográfica respecto a los hechos y/o estímulos que son fuente de estrés para cada persona (ANEXO 8).

▮ **Cuestionario de Satisfacción con el Rol** (SRO, Matud, 1998). Inventario de respuesta abierta en el que se plantean 5 cuestiones referentes a la medida en que la persona está satisfecha con su trabajo u ocupación actual, si es el rol que eligió, si desea cambiar y en qué medida le genera sensación de plenitud. Permite dos tipos de puntuación: una cualitativa y otra cuantitativa, que ha sido la utilizada en el presente trabajo, que se basa en la codificación numérica de las respuestas asignando números en la medida que reflejan insatisfacción con el rol laboral, desde 0 para la respuesta de muy satisfecho hasta 3 para muy insatisfecho en las tres primeras preguntas, y de 0 hasta 4 en las preguntas 4 y 5. En el análisis factorial de las puntuaciones cuantitativas la solución obtenida fue monofactorial, saturando en él todos los ítems y formando un factor que evalúa la insatisfacción con el rol laboral, cuya consistencia interna es de 0,75 (ANEXO 8).

### 3.4. PROCEDIMIENTO

En el caso de la población general, las pruebas fueron cumplimentadas de forma individual. En algunos casos la batería fue autoaplicada y en otros era realizada en forma de entrevista estructurada por estudiantes de psicología, siempre en función del nivel cultural y de las preferencias de los/as participantes. El orden en el que se pasaron las pruebas era, en la medida de lo posible y al menos en las personas en que se pasó a través de entrevista, homogéneo para todas las personas que participaron.

En el estudiantado universitario el pase de pruebas se realizó de forma grupal, entendiendo que su nivel cultural es suficiente para poder hacerlo de este modo.

Todos/as los/as encuestados/as aceptaron participar en el estudio tras ser informadas brevemente de las características del estudio y de las condiciones de su participación.

Tras recoger los datos se codificaron aquellas variables de tipo cualitativo y, junto con las variables cuantitativas, se introdujeron en el ordenador.

Una vez que estaban todos los datos informatizados, y tras depurar los errores, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes con la versión 12 del SPSS para Windows.

Es necesario especificar que las clasificaciones en función del rol sexual se realizaron separando a quienes puntuaban por encima y por debajo de la mediana en las escalas de masculinidad y feminidad del BSRI, tal y como propone Bem (1977). Las personas quedan así clasificadas en 4 grupos:

- 1) **Masculinas**, que son las que puntúan por encima de la mediana en masculinidad y por debajo en feminidad;
- 2) **Femeninas**, que son las que puntúan por encima de la mediana en feminidad y por debajo en masculinidad;
- 3) **Andróginas**, que son las que puntúan por encima de la mediana tanto en masculinidad como en feminidad;
- 4) **Indiferenciadas**, que son las que puntúan por debajo de la mediana en masculinidad y por debajo en feminidad.

Dado que en la muestra de nuestro estudio había mayor número de mujeres, lo que influía en la mediana obtenida, para realizar tal clasificación se calculó la mediana en una submuestra en la que se igualó el número de mujeres y hombres, procedimiento que se realizó tanto en la población general como en la de estudiantado.

El análisis cuantitativo de la tipificación sexual se realizó siguiendo el procedimiento propuesto por Bem (1974) de restar a las puntuaciones en masculinidad las puntuaciones en feminidad. Según dicho procedimiento, una persona está más tipificada cuanto más se aleje su puntuación de 0, indicando las puntuaciones positivas mayor puntuación en feminidad y las negativas en masculinidad. Ese procedimiento de cálculo permite conocer, como señala Bem (1974), no solo la medida en que se puntúa en un determinado rol de género sino también la medida en que se rechaza el opuesto. Así, las personas que puntúan cerca del 0 muestran autodescribirse tanto con características masculinas como femeninas; las que puntúan alto y positivo indican que su auto descripción incluye muchas más características femeninas que masculinas; y una puntuación alta y negativa indica que las personas en su auto descripción incluyen muchas más características masculinas que femeninas. Este procedimiento, que fue el seguido inicialmente por Sandra Bem (Bem, 1974), tiene el inconveniente de que no permite separar las personas andróginas de las indiferenciadas, por lo que dicha autora (Bem, 1977) posteriormente planteó la conveniencia del procedimiento de clasificación descrito anteriormente en el que se toma como punto de corte la puntuación en la mediana. Otra limitación de este sistema es que permite conocer la puntuación en tipificación sexual, pero no nos permite conocer el género de tales personas. Para superar tal limitación cuando se realicen los análisis cuantitativos de tipificación sexual se excluirá a las personas con tipificación cruzada, es decir a los hombres que son clasificados como femeninos y a las mujeres que son clasificadas como masculinas.

## 4. RESULTADOS

Antes de comenzar con la exposición de los resultados hemos de señalar que la mayoría de los mismos va a estar dividida, al igual que se hizo en la descripción de la muestra, en función de si se trata de la muestra de la población general o de la muestra de estudiantado de psicología.

### 4.1. ROLES SEXUALES. ROL SEXUAL Y GÉNERO. TIPIFICACIÓN SEXUAL

A continuación vamos a presentar los datos descriptivos correspondientes a las distintas medidas obtenidas a través del BSRI, así como su asociación con el género, análisis que realizaremos en ambas submuestras.

#### 4.1.1. Roles sexuales

En la tabla 1 se muestran los resultados del BSRI en la clasificación en función del rol sexual para la muestra total. Puede observarse que los porcentajes son bastante similares en todas las categorías, aunque el de personas clasificadas como “masculinas” es algo inferior, siendo el de las personas con rol indiferenciado el más elevado.

**TABLA 1: Frecuencia y porcentajes de clasificación en rol sexual (BSRI) para la muestra total**

<b>Roles sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Androginia</b>	133	25,6
<b>Masculinidad</b>	111	21,4
<b>Feminidad</b>	133	25,6
<b>Indiferenciación</b>	142	27,4
Total	519	100,0

En las tablas 2 y 3 presentamos los datos de ambas submuestras. Como puede observarse, en la población general, la distribución en las cuatro categorías es bastante



similar, si bien masculinidad es un poco menos frecuente. Pero en el alumnado universitario nos encontramos que casi la tercera parte se clasifica como “indiferenciado/a”, mientras que como “masculinos/as” únicamente lo hace menos de la quinta parte.

**TABLA 2: Frecuencia y porcentajes en los roles sexuales en la población general**

<b>Roles sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Androginia	90	26,7
Masculinidad	77	22,8
Feminidad	85	25,2
Indiferenciación	85	25,2
Total	337	100,0

**TABLA 3: Frecuencia y porcentajes en los roles sexuales en el estudiantado de psicología**

<b>Roles sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Androginia	43	23,6
Masculinidad	34	18,7
Feminidad	48	26,4
Indiferenciación	57	31,3
Total	182	100,0

#### **4.1.2. Rol sexual y género**

Para conocer la medida en que los roles sexuales se asociaban con el género, se realizó un análisis de contingencias entre ambas variables. En la tabla 4 se muestran los datos para la muestra total, siendo las diferencias en los porcentajes estadísticamente significativas,  $\chi^2(3, 519) = 88,82, p < 0,01$ . Como puede observarse en dicha tabla, lo más común es que los hombres se clasifiquen como masculinos, seguidos de andróginos e indiferenciados, aunque un 8,4% entra en la categoría de “femenino”. Y es más común que las mujeres se clasifiquen como “femeninas”, aunque son muchas las que lo hacen como “indiferenciadas”; prácticamente la cuarta parte se clasifica como “andrógina” y el 10,1% como “masculina”.

TABLA 4: Análisis de contingencia entre roles sexuales y género

		Rol sexual				Total	
		Androginia	Masculinidad	Feminidad	Indiferencia-ción		
Género	Hombre	N	57	79	17	49	202
		%	28,2%	39,1%	8,4%	24,3%	100,0%
	Mujer	N	76	32	116	93	317
		%	24,0%	10,1%	36,6%	29,3%	100,0%
Total	N	133	111	133	142	519	
	%	25,6%	21,4%	25,6%	27,4%	100,0%	

El análisis de contingencia entre los roles sexuales y el género en la submuestra de población general también mostró diferencias en los porcentajes estadísticamente significativas,  $\chi^2(3, 337) = 58,12, p < 0,01$ , y también en la del alumnado universitario,  $\chi^2(3, 182) = 30,78, p < 0,01$ . En las tablas 5 y 6 se muestran las frecuencias y porcentajes de ambas submuestras. En este último caso aún son más notables los resultados de la tipificación sexual ya que los hombres se clasifican como “masculinos” en el 40,1% de los casos. El porcentaje de mujeres clasificadas como “femeninas” es similar al del conjunto de la muestra (36,5%). Son considerables también las personas clasificadas como “indiferenciadas”, aunque en el caso de los hombres es mayor el número de “andróginos” y en las mujeres ambos porcentajes son similares.

TABLA 5: Análisis de contingencia entre roles sexuales y género en la población general

		Rol sexual				Total	
		Androginia	Masculinidad	Feminidad	Indiferencia-ción		
Género	Hombre	N	38	57	13	32	140
		%	27,1%	40,7%	9,3%	22,9%	100,0%
	Mujer	N	52	20	72	53	197
		%	26,4%	10,2%	36,5%	26,9%	100,0%
Total	N	90	77	85	85	337	
	%	26,7%	22,8%	25,2%	25,2%	100,0%	

En el caso de la submuestra de estudiantado de psicología, siguen clasificándose los hombres más como “masculinos” y las mujeres como “femeninas”, pero es interesante ver cómo los hombres se clasifican más que las mujeres como “andróginos” (30,6% frente al 20%) y en cambio las mujeres lo hacen más como “indiferenciadas” que los hombres (33,3% frente al 27,4%).

**TABLA 6: Análisis de contingencia entre roles sexuales y género en estudiantado**

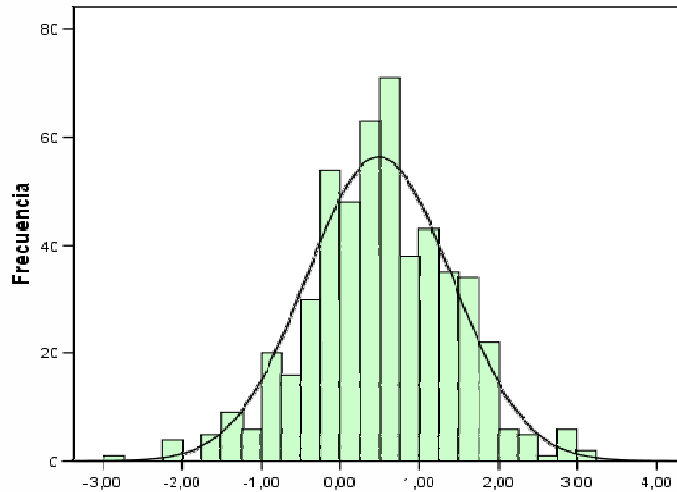
		Rol sexual				Total
		Androginia	Masculinidad	Feminidad	Indiferenciación	
Género	Hombre	N 19	22	4	17	62
		% 30,6%	35,5%	6,5%	27,4%	100,0%
Mujer		N 24	12	44	40	120
		% 20,0%	10,0%	36,7%	33,3%	100,0%
Total		N 43	34	48	57	182
		% 23,6%	18,7%	26,4%	31,3%	100,0%

#### 4.1.3. Tipificación sexual

El análisis cuantitativo de la tipificación sexual se realizó siguiendo el procedimiento propuesto por Bem (1974) de restar a las puntuaciones en masculinidad las puntuaciones en feminidad. Como ya se ha citado, las personas que puntúan cerca del 0 muestran autodescribirse tanto con características masculinas como femeninas; las que puntúan alto y positivo indican que su auto descripción incluye muchas más características femeninas que masculinas; y una puntuación alta y negativa indica que las personas en su auto descripción incluyen muchas más características masculinas que femeninas.

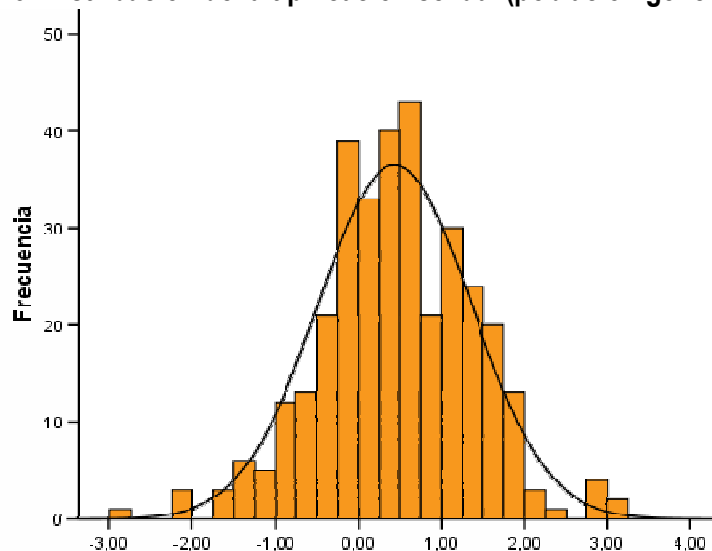
En la muestra total, las puntuaciones en tipificación sexual oscilaban desde -3,00 hasta 3,10. La media era 0,49 y la desviación típica 0,92. En el gráfico 12 se muestra la distribución de las puntuaciones. Puede observarse una mayor frecuencia de puntuaciones positivas, lo que significa que predominan las autoclasificaciones con características femeninas, pero es necesario recordar que más de la mitad de la muestra total (el 61,1%) eran mujeres.

**GRÁFICO 12: Distribución de la tipificación sexual en la muestra total**



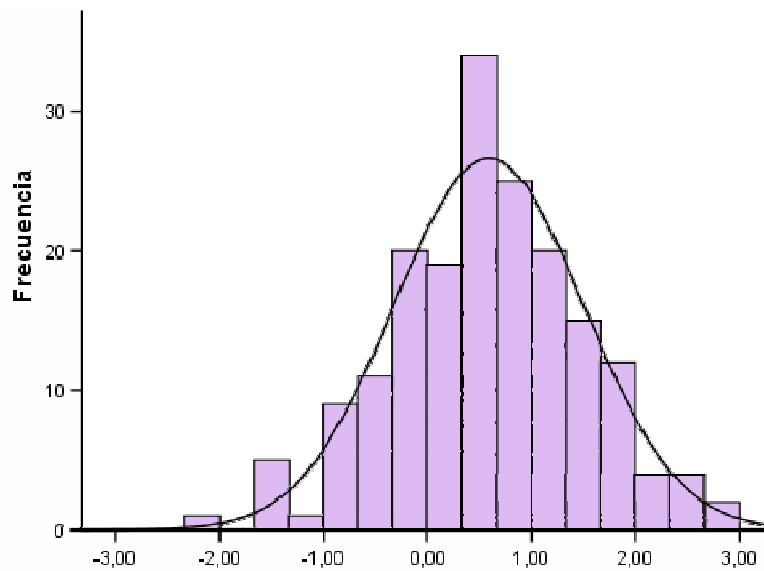
En la muestra de la población general, el rango de puntuaciones en tipificación sexual estaba también entre -3,00 y 3,10. La media era 0,44 y la desviación típica 0,92. En el gráfico 13 se muestra la distribución de las puntuaciones. También en dicha distribución se observa una mayor frecuencia de puntuaciones positivas, quizá como consecuencia de que el 58,5% de dicha muestra eran mujeres.

**GRÁFICO 13: Distribución de la tipificación sexual (población general)**



En el estudiantado de psicología, el rango de puntuaciones en tipificación sexual era algo inferior, oscilando entre -2,10 y 2,95. La media era de 0,59 y la desviación típica de 0,91. En el gráfico 14 se muestra la distribución de las puntuaciones. En ella se constata una frecuencia aún mayor de puntuaciones positivas que en la muestra de la población general, pero hay que tener en cuenta que el porcentaje de mujeres era más elevado, siendo del 65,9%.

**GRÁFICO 14: Distribución de la tipificación sexual (estudiantado de psicología)**



Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en las medias de tipificación sexual de mujeres y hombres, tanto en la muestra de la población general como en la del alumnado universitario, realizamos análisis diferenciales mediante la prueba *t* de Student, resultados que se muestran en la tabla 7. Como puede observarse, las diferencias fueron estadísticamente significativas en ambas submuestras, siendo las medias positivas en el caso de las mujeres, lo que indica que la dirección de la tipificación es hacia la feminidad, y negativas en los hombres, lo que indica mayores puntuaciones en masculinidad, si bien en el caso del alumnado universitario eran muy cercanas a 0.

**TABLA 7: Diferencia de medias en función del género en tipificación sexual entre ambas submuestras**

	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D. T</b>	<b>T</b>
<b>Población general</b>	Hombre	140	-,11	,80	-10,48***
	Mujer	197	,82	,80	
<b>Alumnado universitario</b>	Hombre	62	-,02	,78	-7,39***
	Mujer	120	,91	,81	

\*\*\*  $p < 0,001$

#### **4.1.4. Diferencias de medias entre la muestra de la población general y del estudiantado universitario en las medidas del BSRI**

Para conocer si existían diferencias entre las diversas medidas cuantitativas del BSRI realizamos análisis diferenciales, cuyos resultados se muestran en la tabla 8. Como puede observarse, no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

**TABLA 8: Diferencia de medias en las puntuaciones del BSRI entre ambas submuestras**

	<b>Muestra</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D. T</b>	<b>T</b>
<b>Masculinidad</b>	Alumnado Psic.	182	4,40	,71	-1,61
	Pob. general	337	4,51	,785	
<b>Feminidad</b>	Alumnado Psic.	182	4,99	,54	0,82
	Pob. general	337	4,95	,58	
<b>Deseabilidad Social</b>	Alumnado Psic.	182	4,81	,40	-0,62
	Pob. general	337	4,84	,48	
<b>Tipificación sexual</b>	Alumnado Psic.	182	,59	,91	1,84
	Pob. general	337	,44	,92	

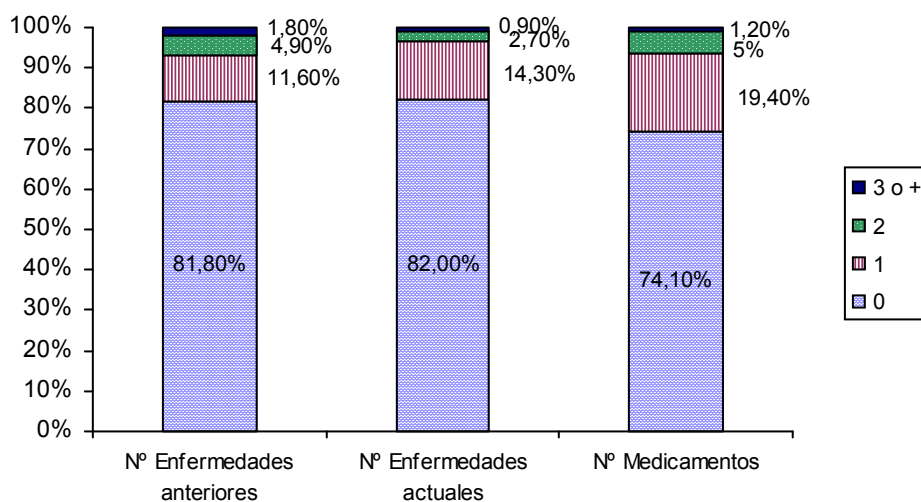
## **4. 2. ESTADO DE SALUD AUTOINFORMADO, ESTRÉS, PERSONALIDAD Y ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD**

A continuación vamos a realizar un análisis descriptivo de los datos relativos a la salud, presentando tanto los relativos a la enfermedad autoinformada como los obtenidos a través de cuestionarios. También presentaremos los diferentes datos del estrés evaluado y los de personalidad. Finalmente, mostraremos los de estilo de vida relacionado con salud que hemos evaluado: la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas, así como la existencia de diferencias entre mujeres y hombres en dichas variables. Análisis que realizaremos en cada una de las submuestras del estudio.

### **4.2.1. Estado de salud autoinformado, estrés y personalidad en la muestra de la población general**

Los datos relativos a la enfermedad autoinformada en la población general se muestran en el gráfico 15. Como puede observarse, al preguntar por los antecedentes de enfermedades importantes, encontramos que el 81,8% refiere no haber tenido ninguna y tan sólo el 1,8% informa de haber sufrido tres o más. La media de enfermedades en el pasado es de 0,27 y la desviación típica del 0,67. El 82% dijo no tener enfermedades actualmente y menos del 1% dijo tener tres o más. La media de enfermedades actuales es de 0,23, y la desviación típica de 0,55. Un porcentaje algo menor (el 75%) informó de que no consume medicamentos (74,1%), siendo casi un 20% de personas las que consumen al menos uno (19,4%). La media de medicamentos consumidos es de 0,35 y su desviación típica de 0,75.

**GRÁFICO 15: Enfermedades y consumo de medicamentos autoinformados (población general).**



Respecto a los datos descriptivos del resto de las medidas relacionadas con la salud y el bienestar evaluadas, se muestran en la tabla 9. Como puede observarse, aunque se da mucha variabilidad en las puntuaciones en el GHQ, con una puntuación mínima de 0, que indica ausencia total de sintomatología, en ninguna de las escalas se llega a la puntuación máxima de 21 permitido por cada escala. Las puntuaciones en valoración negativa de sí mismo/a, aunque sí se distribuyen desde la puntuación mínima permitida por la escala, ninguna llega al máximo posible de 74, aunque sí se acerca bastante. En autoconfianza se observa el resultado opuesto: las distribuciones llegan al rango máximo permitido, que es de 45, pero ninguna de las personas puntuaba muy bajo. Respecto al apoyo social emocional, aunque sí se alcanzaba el rango máximo permitido, que era de 21, nadie tenía ausencia total, aunque en algunas personas parecía ser muy bajo. Y en apoyo social instrumental, las puntuaciones sí se distribuían por todo el rango permitido por la escala (de 0 a 15). En principio, dichas puntuaciones parecen coherentes con el tipo de muestra en que han sido evaluadas: un grupo amplio y diverso de mujeres y hombres de la población general. También se observa que, en algunas medidas, faltan datos de algunas personas, por lo que el  $n$  de los diferentes análisis diferirá, pero se trata de muy pocos casos ya que, como se recordará, el número total de integrantes de esta submuestra es de 337.



**TABLA 9: Datos descriptivos de los síntomas de salud mental (GHQ-28), autoestima y apoyo social (población general)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>
Síntomas somáticos	335	,00	19,00	5,79	3,91
Ansiedad e insomnio	336	,00	18,00	5,6	4,46
Disfunción social	330	,00	18,00	6,76	2,43
S. de depresión grave	336	,00	18,00	1,52	2,94
Malestar psicológico	326	,00	70,00	19,61	11,01
Valoración negativa de sí mismo/a	331	,00	70,00	22,46	12,88
Autofianza	333	8,00	45,00	30,96	7,80
Apoyo emocional	337	2,00	21,00	17,73	3,69
Apoyo instrumental	335	,00	15,00	11,17	3,29

En la tabla 10 se muestran los datos relativos a los tipos de estrés evaluado y a la insatisfacción con el rol ocupacional desempeñado. También se observa variabilidad en las respuestas, oscilando desde 0, que indica ausencia total de estrés y/o insatisfacción con el rol ocupacional hasta 17 en este último caso, que es la puntuación máxima permitida por la escala. En las puntuaciones de estrés no existe un límite superior posible, ya que permitían a la persona citar todos los estresores que tuviese. Destaca que, aunque son muy pocos los casos perdidos en las medidas de estrés, sí son más numerosas las personas que no cumplimentaron todos los ítems del cuestionario de satisfacción con el rol.

**TABLA 10: Datos descriptivos de estrés crónico, contrariedades diarias e insatisfacción con el rol ocupacional (población general)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>
Estrés crónico	334	,00	25,00	5,46	4,08
Contrariedades diarias	336	,00	23,00	5,68	4,04
Insatisfacción con el rol ocupacional	310	,00	17,00	4,60	3,45

Finalmente, en la tabla 11 se muestran los datos del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. También destaca la variabilidad en todos los factores,

aunque en psicoticismo parece ser un poco menor. Se alcanza el rango máximo de puntuación permitido en neuroticismo y en el factor de falseamiento o conformidad, mientras que en extraversión se acerca mucho (el máximo permitido es de 19) y ligeramente menos en psicoticismo, donde la puntuación máxima que permite la escala es de 23. El número de personas “perdidas” en este cuestionario es algo superior al del resto, siendo 26 las personas que no contestaron a alguno de los ítems de psicoticismo, hecho que puede ser consecuencia de la dificultad que algunas personas tienen para responder a determinadas preguntas con “sí” o “no”, que es la escala de respuesta de este cuestionario.

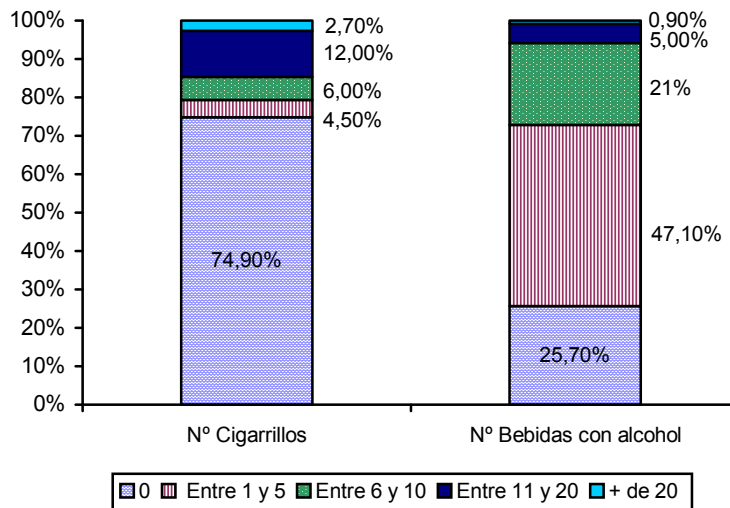
**TABLA 11: Datos descriptivos del EPQ-R (población general)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>
Extraversión	321	2,00	17,00	11,11	3,12
Neuroticismo	316	,00	23,00	10,10	5,86
Psicoticismo	301	5,00	18,00	11,69	2,07
Conformidad	325	3,00	18,00	9,30	2,48

#### **4.2.2. Estilo de vida relacionado con la salud en la muestra de la población general**

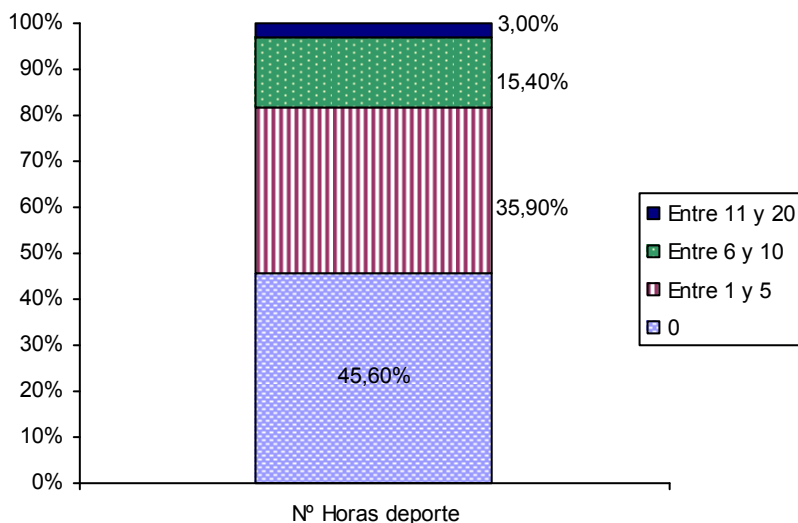
Directamente relacionado con la salud encontramos conductas que o bien la favorecen o la perjudican; nos referimos al consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y a la práctica de deporte. En cuanto a la primera variable, la conducta de fumar, encontramos que casi el 75% de la muestra de la población general no consume tabaco y, de los que lo hacen, generalmente consumen menos de una cajetilla diaria, si bien el 2,7% fuma más de 20 cigarrillos al día. La media de cigarros consumidos diariamente es de 3,71, con una desviación típica de 8,11. En lo referido a la conducta de beber, informa de no beber nunca el 25,7%, siendo la media de bebidas consumidas a la semana de 3,77, con una desviación típica de 3,99. En el gráfico 16 mostramos ambas conductas.

**GRÁFICO 16: Cigarros diarios y bebidas alcohólicas consumidas a la semana (población general).**



Por último, y como conducta favorable para la salud, exponemos los datos referentes a la práctica de deporte, expresado en horas semanales. Un 45,6% de las personas de la muestra informan de que no practican ningún deporte y solo la cuarta parte le dedica más de 4 horas a la semana. La media de horas dedicadas a este ejercicio es de 2,72, con una desviación típica de 3,52. Veamos en el gráfico 17 los datos más completos.

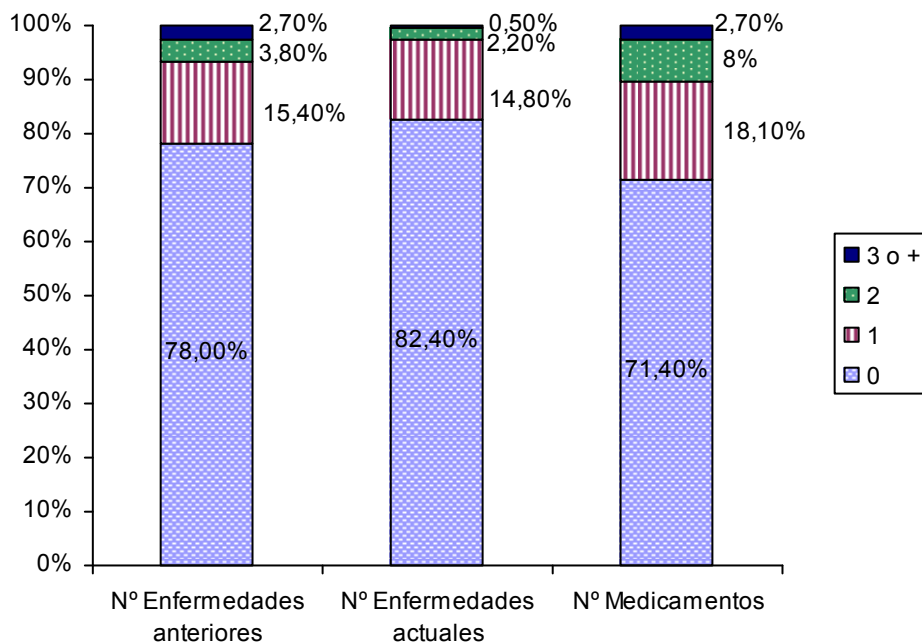
**GRÁFICO 17: Horas semanales dedicadas al deporte (población general).**



**4.2.3. Estado de salud autoinformado, estrés y personalidad en el estudiantado universitario.**

El número de enfermedades padecidas en el pasado en el caso de los/as estudiantes universitarios es algo mayor que en la población general, siendo el porcentaje de personas que informan de no sufrir enfermedades del 78% y la que sufren tres o más de 2,7%. La media del número de enfermedades anteriores es de 0,34, con una desviación típica del 0,78. En el momento actual, la media de enfermedades autoinformadas es de 0,21, con una desviación típica de 0,49, siendo el porcentaje de alumnado que informa no tener ninguna enfermedad en la actualidad el 82,4%. En lo que se refiere al número de medicamentos consumidos, la media es de 0,43, con una desviación típica de 0,77. Informa de no consumir ningún medicamento el 71,4% y consume tres o más el 2,7% (véase gráfico 18).

**GRÁFICO 18: Enfermedades y consumo de medicamentos autoinformados (estudiantado psicología).**



En la tabla 12 mostramos los datos descriptivos del resto de las medidas relacionadas con la salud y el bienestar evaluadas en la muestra de estudiantes universitarios. Al igual que sucedía en la población general, destaca la variabilidad, si bien no en todas las medidas las puntuaciones se distribuyen por todo el rango permitido por la variable. También se observa que, en algunas variables, hay personas que no contestaron a todas las cuestiones, si bien son pocos casos ya que esta muestra está formada por un total de 182 personas.

**TABLA 12: Datos descriptivos de los síntomas de salud mental (GHQ-28), autoestima y apoyo social (estudiantado universitario)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>
Síntomas somáticos	179	,00	21,00	6,94	4,52
Ansiedad e insomnio	182	,00	20,00	5,81	4,67
Disfunción social	181	,00	14,00	6,96	2,52
S. de depresión grave	182	,00	18,00	1,72	2,89
Malestar psicológico	178	,00	60,00	21,23	11,33
Valoración negativa de sí mismo/a	175	5,00	56,00	26,13	11,30
Autofianza	176	9,00	44,00	31,03	6,95
Apoyo emocional	179	4,00	21,00	18,02	3,48
Apoyo instrumental	181	4,00	15,00	11,69	2,69

Los datos relativos a los tipos de estrés evaluado y a la insatisfacción con el rol como estudiante se muestran en la tabla 13. En este caso también se observa variabilidad en las respuestas, si bien en la insatisfacción con el rol ninguno/a alcanza la puntuación máxima de 17 permitida por el factor; son muy pocas las personas perdidas en estas medidas.

**TABLA 13: Datos descriptivos de estrés crónico, contrariedades diarias e insatisfacción con el rol ocupacional (estudiantado universitario)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>
Estrés crónico	182	,00	25,00	7,12	4,63
Contrariedades diarias	182	,00	21,00	6,39	3,99
Insatisfacción con el rol ocupacional	179	,00	14,00	3,72	2,64

En la tabla 14 se muestran los datos descriptivos del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. También destaca la variabilidad en todos los factores y se encuentra, así mismo, que es algo inferior en psicoticismo, igual que ocurre en la población general

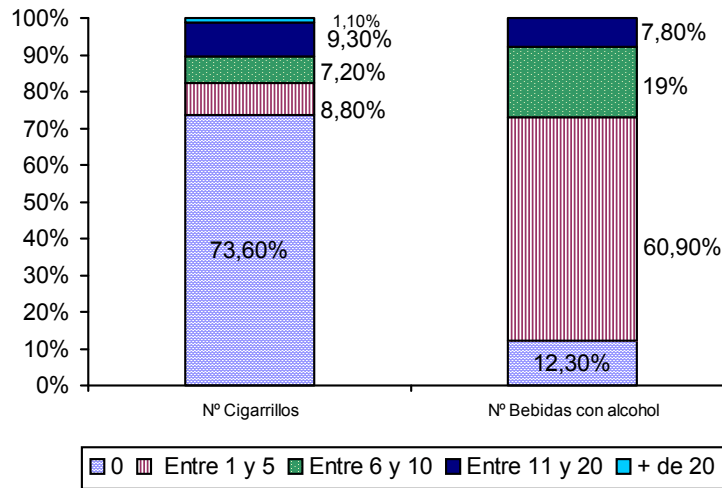
**TABLA 14: Datos descriptivos del EPQ-R (estudiantado universitario)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>
Extraversión	177	4,00	16,00	11,29	2,95
Neuroticismo	176	,00	22,00	10,61	5,57
Psicoticismo	179	7,00	18,00	11,61	1,84
Conformidad	177	4,00	15,00	9,56	2,40

#### **4.2.4. Estilo de vida relacionado con la salud en el estudiantado universitario**

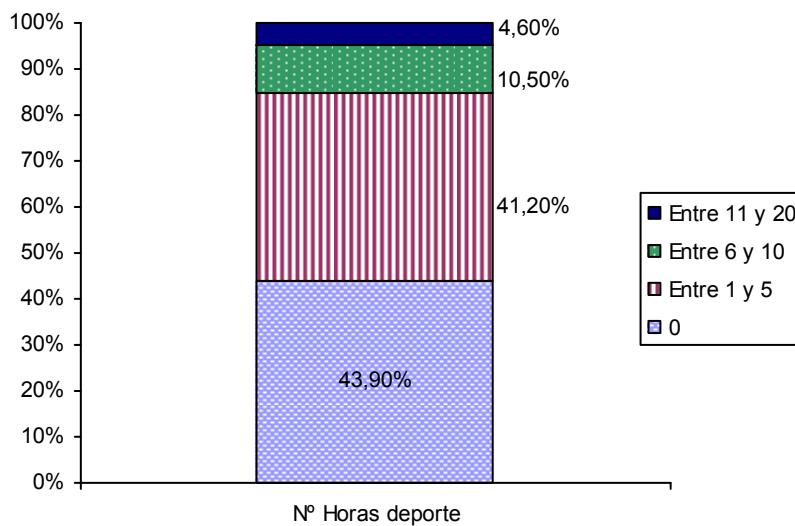
En lo que se refiere al consumo de tabaco, encontramos que el porcentaje de no fumadores era algo menor que en la población general, situándose en el 73,6%. La media de cigarrillos consumidos también es un poco inferior a la de población general, con 2,7 cigarrillos al día, siendo la desviación típica de 5,56. En lo referido al consumo de bebidas con alcohol, informa de no consumir este tipo de bebidas el 12,1%. La media de bebidas alcohólicas a la semana es de 4,68 con una desviación típica de 3,85. Asimismo, nadie refiere consumir más de 20 bebidas a la semana. Veamos estos y el resto de datos en el gráfico 16.

**GRÁFICO 19: Cigarros diarios y bebidas alcohólicas consumidas a la semana (estudiantado psicología).**



Por último, en cuanto al número de horas semanales dedicadas al deporte, un 43,9% informa de no practicarlo. La media de horas semanales es de 2,77 y la desviación típica de 3,56 horas. Vemos los datos más detallados en el gráfico 17.

**GRÁFICO 20: Horas semanales dedicadas al deporte (estudiantado psicología).**



#### **4.2.5. Diferencias en las variables estudiadas entre la muestra de la población general y la del alumnado universitario**

También quisimos conocer en qué medida los dos grupos que conforman la muestra total del presente estudio eran similares en las variables analizadas. Para ello realizamos diferencias de medias mediante la prueba  $t$  de Student entre el grupo formado por las personas de la población general y el del estudiantado universitario. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las medidas de enfermedad autoinformada,  $t(509) = 0,94$ ,  $p > 0,05$  para el número de enfermedades anteriores;  $t(508) = -0,40$ ,  $p > 0,05$  para el número de enfermedades actuales; y  $t(504) = 1,04$ ,  $p > 0,05$  para el número de medicamentos consumidos. Además, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las varianzas de ambos grupos en ninguna de las variables.

Al analizar las diferencias en las puntuaciones del GHQ-28, encontramos que solo había diferencias estadísticamente significativas, tanto en las varianzas como en las medias, en la sintomatología de tipo somático,  $t(512) = 2,88$ ,  $p = 0,004$ . Como se puede observar en los datos presentados en los epígrafes anteriores, es el alumnado universitario el que muestra tanto mayor puntuación como mayor variabilidad.

En las medidas de autoestima encontramos diferencias estadísticamente significativas, tanto entre las varianzas como entre las medias, en el factor de valoración negativa de sí mismo/a,  $t(504) = 3,18$ ,  $p = 0,002$ . Y también era el alumnado universitario de psicología el que mostraba puntuaciones más altas, tanto en la media como en la varianza. En el factor de apoyo social instrumental encontramos diferencias estadísticamente significativas en las varianzas y también en las medias,  $t(514) = 1,94$ ,  $p = 0,05$ , observándose que, mientras que la variabilidad en dicho tipo de apoyo era mayor en la población general, el alumnado universitario mostraba una media ligeramente superior.

También encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las medias de estrés crónico,  $t(514) = 4,21$ ,  $p = 0,000$ , que era mayor en la muestra del estudiantado. En insatisfacción con el rol ocupacional, eran estadísticamente



significativas las diferencias tanto en las varianzas como en las medias,  $t(487) = -3,17$ ,  $p = 0,002$ , siendo ambas mayores en la muestra de la población general. No encontramos entre ambos grupos ninguna diferencia de media estadísticamente significativa en los factores del EPQR, aunque la varianza era estadísticamente significativa en la escala de conformidad, siendo ligeramente más elevada en la población general.

Respecto a la existencia de diferencias entre ambos grupos en las variables relativas al estilo de vida relacionado con salud, solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en el consumo de bebidas alcohólicas,  $t(499) = 2,46$ ,  $p = 0,014$ , que era mayor en el alumnado universitario. Además, se encontró que la varianza de la conducta de fumar era estadísticamente más elevada en la población general, pero no se daban diferencias de medias estadísticamente significativas.

#### **4.3. ROL SEXUAL Y SALUD**

Para conocer si había diferencias en los diferentes indicadores de salud en función de los roles sexuales, y si éstos interactuaban con el género, realizamos diversos análisis de varianza, realizando tales análisis de forma independiente en la muestra de la población general y en la del estudiantado universitario. En todos ellos consideramos como variables independientes el rol sexual (masculino, femenino, andrógino, indiferenciado) y el género (hombre y mujer). Y las variables dependientes fueron las cuatro escalas del GHQ-28 junto con un indicador de malestar psicológico (al que también llamamos distrés psicológico), que es una suma de las puntuaciones en las cuatro escalas, en el primer grupo de análisis; la enfermedad autoinformada en el segundo; los dos factores de autoestima en el tercero; el estrés crónico, las contrariedades diarias y la insatisfacción con el rol laboral en el cuarto; el apoyo social en el quinto; y las puntuaciones en el EPQ-R en el sexto grupo de análisis.

### 4.3.1. Rol sexual y salud en la muestra de la población general

Al analizar los datos de la muestra de la población general encontramos que en los análisis de varianza (ANOVA) en los que las variables dependientes fueron las **puntuaciones en el GHQ-28** la interacción rol sexual x género era estadísticamente significativa en la sintomatología somática,  $F(3, 318) = 7,53, p < 0,01$ ; en ansiedad e insomnio,  $F(3, 318) = 3,80, p < 0,05$ ; en depresión grave  $F(3, 318) = 2,89, p < 0,05$ ; y en el índice de malestar psicológico,  $F(3, 318) = 6,17, p < 0,01$ . Pero no lo fue en disfunción social  $F(3, 318) = 2,00, p > 0,01$ .

En la muestra de **hombres** de la población general, encontramos diferencias estadísticamente significativas en función de los roles sexuales en síntomas somáticos y en distrés psicológico. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que los hombres cuyo rol sexual es indiferenciado tienen menos sintomatología somática que los andróginos y los femeninos. Y aquellos cuyo rol sexual se califica como femenino muestran más malestar psicológico que los que se califican como masculino y como indiferenciado (véase tabla 15).

**TABLA 15: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas de salud mental en los hombres de la población general**

<i>Variables</i>	<b>Andrógino (1)</b> n = 36		<b>Masculino (2)</b> n = 56		<b>Femenino (3)</b> n = 13		<b>Indiferenciado (4)</b> n = 32		<b>F</b>	<b>Post Hoc</b>
	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>		
Síntomas somáticos	6,44	4,48	4,41	3,50	7,31	5,02	3,87	2,12	4,95**	1>4 3>4
Ansiedad e insomnio	5,58	4,85	4,66	4,40	6,77	5,45	3,69	3,50	1,90	n.s.
Disfunción social	6,56	2,41	6,37	2,50	7,77	3,09	6,22	2,04	1,37	n.s.
Síntomas de depresión grave	1,31	1,95	1,27	2,71	3,46	4,84	1,25	2,41	2,50	n.s.
Síntomas de malestar psicológico	19,89	10,73	16,71	10,32	25,31	15,59	15,03	6,58	3,75*	2 < 3 4 < 3

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Los datos correspondientes a la muestra de **mujeres** de la población general se muestran en la tabla 16. Como puede observarse, se dan diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología de tipo somático, en la de ansiedad e insomnio y en malestar psicológico. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las mujeres con rol sexual andrógino mostraban menor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio y malestar psicológico que las mujeres indiferenciadas.

**TABLA 16: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas de salud mental en las mujeres de la población general**

<i>Variables</i>	<b>Andrógina (1) n = 50</b>		<b>Masculina (2) n = 19</b>		<b>Femenina (3) n = 70</b>		<b>Indiferenciada (4) N = 50</b>		<i>F</i>	<b>Post Hoc</b>
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Síntomas somáticos	5,26	3,33	7	3,27	5,89	3,87	7,42	4,53	3,05*	1<4
Ansiedad e insomnio	4,66	3,66	6,11	4,15	6,21	4,69	7,08	4,46	2,70*	1<4
Disfunción social	6,46	1,73	7,15	3,64	6,90	2,48	7,36	2,36	1,01	n.s.
Síntomas de depresión grave	0,80	1,97	2,37	3,58	1,60	3,19	2,12	3,64	1,97	n.s.
Síntomas de malestar psicológico	17,18	8,13	22,63	12,06	20,60	1,56	23,98	12,02	3,41*	1<4

\*  $p < 0,05$ .

Al realizar los ANOVA entre mujeres y hombres encontramos diferencias estadísticamente significativas en tres variables: sintomatología somática,  $F(1, 324) = 6,81$ ,  $p < 0,01$ ; ansiedad e insomnio,  $F(1, 324) = 5,32$ ,  $p < 0,05$ ; y malestar psicológico,  $F(1, 324) = 5,29$ ,  $p < 0,01$ . Como puede observarse en la tabla 17, las mujeres informan de mayor sintomatología que los hombres en las tres variables en las que encontramos diferencias.

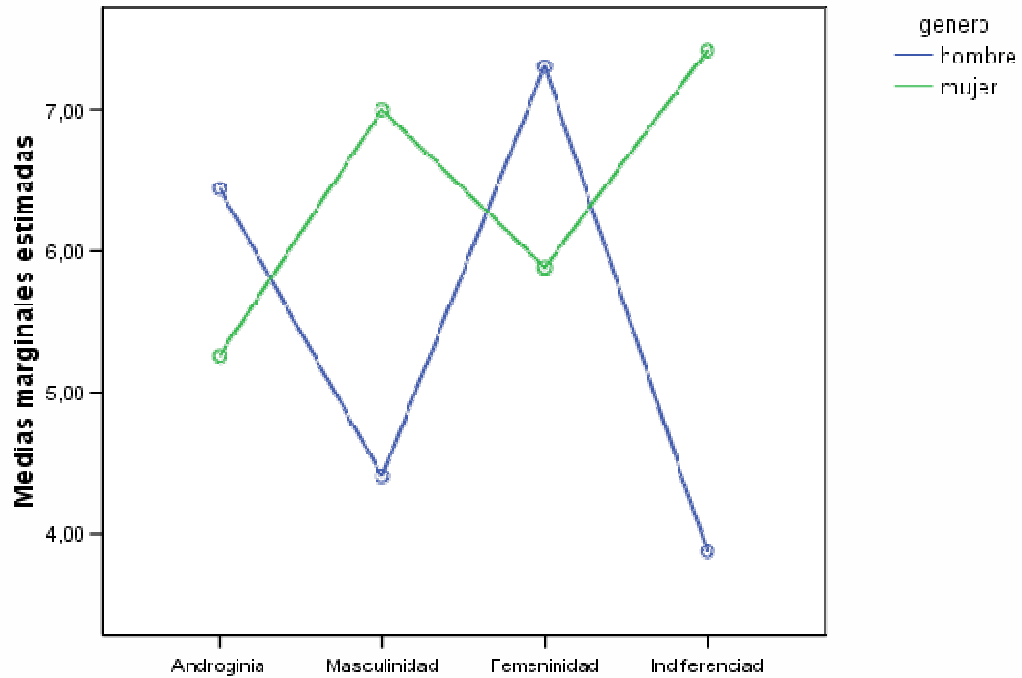
**TABLA 17: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del GHQ-28 entre mujeres y hombres de la población general**

Variables	Hombres n = 137		Mujeres n = 189		F
	Media	D.T.	Media	D.T.	
Síntomas somáticos	5,09	3,86	6,24	3,93	6,82**
Ansiedad e insomnio	4,88	4,48	6,02	4,38	5,32*
Disfunción social	6,51	2,44	6,93	2,42	2,29
Síntomas de depresión grave	1,48	2,78	1,60	3,12	0,13
Síntomas de malestar psicológico	17,97	10,62	20,79	11,15	5,29**

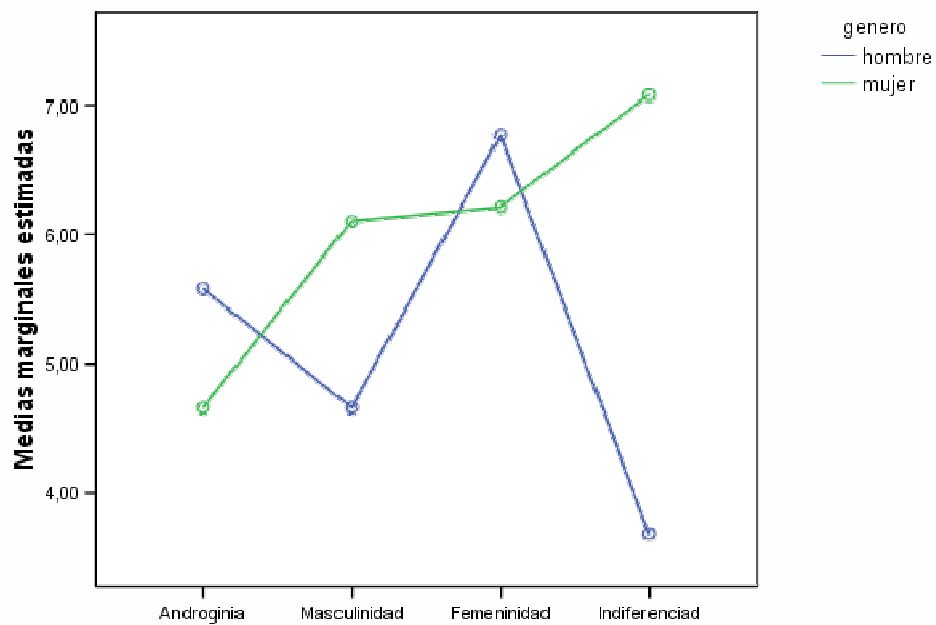
\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Para ilustrar dichos resultados, en los gráficos 21 a 24 se muestran las medias marginales estimadas de mujeres y hombres en cada uno de los roles sexuales en las puntuaciones del GHQ-28 en que se ha encontrado que la interacción rol sexual x género era estadísticamente significativa. En ellos se puede constatar como, en la población general, la relación entre rol sexual y sintomatología de salud mental depende del género. Así, se observa una clara tendencia general en las mujeres andróginas a tener menor sintomatología que el resto, aunque las diferencias solo son estadísticamente significativas en algunos síntomas y solo con respecto a las indiferenciadas. Por el contrario, en los hombres, es el tener un rol sexual indiferenciado el que se asocia con menor sintomatología somática. También destaca la asociación negativa que se da entre el rol sexual femenino y la sintomatología mental, que es mucho mayor en los hombres clasificados como “femeninos”, si bien las diferencias solo son estadísticamente significativas en malestar psicológico, quizá como consecuencia del escaso número de hombres clasificados en dicho grupo.

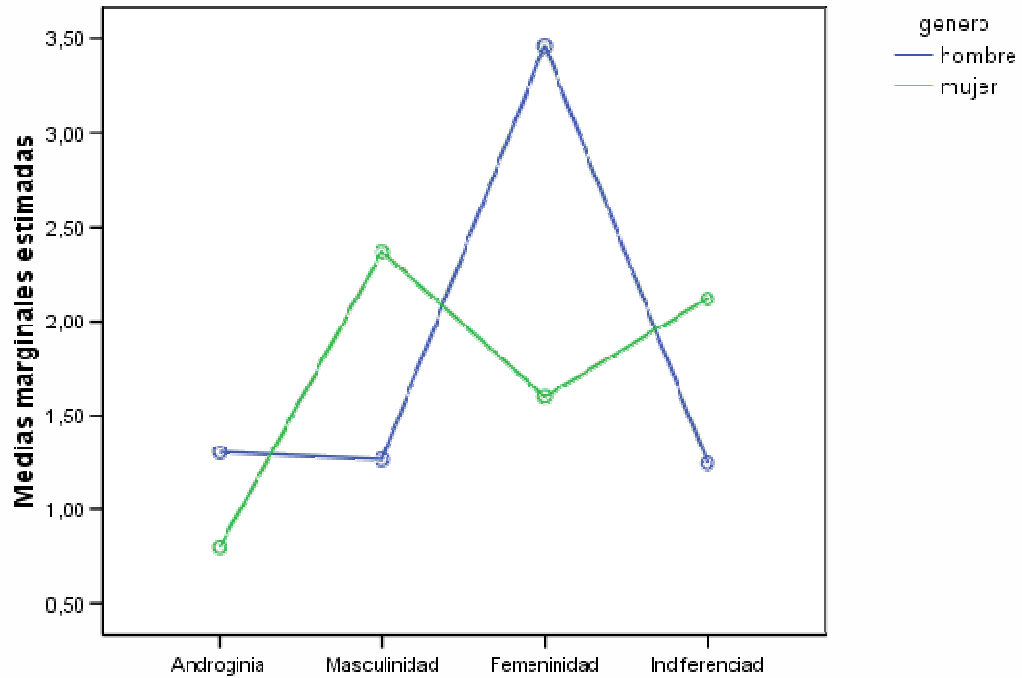
**GRÁFICO 21: Medias marginales estimadas de síntomas somáticos (población general)**



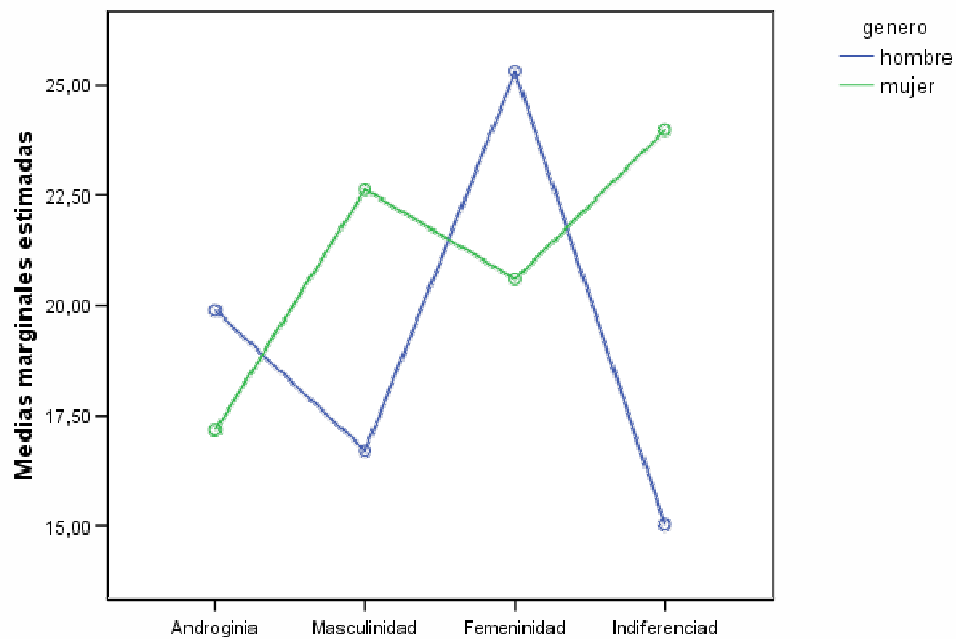
**GRÁFICO 22: Medias marginales estimadas de síntomas de ansiedad e insomnio (población general)**



**GRÁFICO 23: Medias marginales estimadas de síntomas de depresión grave (población general)**



**GRÁFICO 24: Medias marginales estimadas de síntomas de malestar psicológico (población general)**



Los análisis de varianza (ANOVA) en el que las variables dependientes fueron el **número de enfermedades autoinformado y el consumo de medicamentos**, la interacción rol sexual x género no fue estadísticamente significativa ni cuando se consideró como variable dependiente el número de enfermedades actuales,  $F(3, 314) = 0,61, p > 0,05$ ; ni cuando se hizo con el número de enfermedades anteriores,  $F(3, 314) = 0,66, p > 0,05$ ; ni cuando lo fue el número de medicamentos consumido,  $F(3, 314) = 0,21, p > 0,05$ . Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos principales del rol sexual para el número de enfermedades actuales,  $F(3, 314) = 0,33, p > 0,05$ ; ni para el número de enfermedades anteriores,  $F(3, 314) = 0,61, p > 0,05$ ; ni para el número de medicamentos,  $F(3, 314) = 0,21, p > 0,05$ . Los efectos principales del género tampoco fueron estadísticamente significativos cuando se consideró como variable independiente el número de enfermedades anteriores,  $F(1, 314) = 1,91, p > 0,05$ , pero sí lo fue cuando se consideró como variable dependiente el número de enfermedades actuales,  $F(1, 311) = 4,81, p < 0,05$ ; y el número de medicamentos consumidos,  $F(1, 311) = 7,96, p < 0,01$ . Las mujeres informaron de mayor número de enfermedades actuales ( $M = 0,27$ ;  $DT = 0,53$ ) que los hombres ( $M = 0,17$ ;  $DT = 0,38$ ), así como mayor consumo de medicamentos ( $M = 0,20$ ;  $DT = 0,53$  en las mujeres, y  $M = 0,46$ ;  $DT = 0,86$  en los hombres).

Cuando se consideraron como variables dependientes los dos factores del cuestionario de **autoestima**, los ANOVA mostraron que la interacción rol sexual x género no era estadísticamente significativa,  $F(3, 320) = 1,56, p > 0,05$ , en valoración negativa de sí misma; ni en autoconfianza,  $F(3, 320) = 2,25, p > 0,05$ . Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos del género,  $F(1, 320) = 1,76, p > 0,05$  en valoración negativa de sí mismo/a; y  $F(1, 320) = 0,64, p > 0,05$  en autoconfianza. Pero sí fueron estadísticamente significativos los efectos del rol sexual. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las personas con rol sexual masculino se valoraban menos negativamente que las que lo tenían femenino y las de rol indiferenciado. Y éstas también se valoraban más negativamente que las personas andróginas. No había diferencias estadísticamente significativas en confianza en sí

mismas entre las que tenían un rol andrógino o masculino, pero ambos grupos tenían mayor autoconfianza que las que lo tenían femenino o indiferenciado, mostrando también este último grupo menor confianza en sí mismas que las que su rol sexual era femenino (véase tabla 18).

**TABLA 18: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del SEI entre mujeres y hombres de la población general**

Variables	Androginia (1) n = 88		Masculinidad (2) n = 75		Feminidad (3) n = 82		Indiferencia ción (4) n = 83		F	Post Hoc
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Valoración negativa de sí mismo/a	20,47	11,49	16,81	10,71	24,63	14,11	27,19	12,70	10,90 ***	1 < 4 2 < 3 2 < 4
Auto confianza	34,03	6,57	33,83	7,33	29,83	7,68	26,34	7,19	21,45 ***	1 > 3 1 > 4 2 > 3 2 > 4 3 > 4

\*\*\*  $p < 0,00$ .

Al incluir como variables dependientes los dos factores del cuestionario de **apoyo social**, los ANOVA mostraron que la interacción rol sexual x género no era estadísticamente significativa,  $F(3, 327) = 0,38, p > 0,05$ , en apoyo social emocional; ni en el instrumental,  $F(3, 327) = 0,35, p > 0,05$ . Los efectos principales del género no fueron estadísticamente significativos en apoyo social emocional,  $F(1, 333) = 0,00, p > 0,05$ ; pero sí en apoyo instrumental  $F(1, 333) = 4,30, p < 0,05$ . Las mujeres informaban de mayor apoyo de este tipo ( $M = 11,49$ ; D. T. = 3,21) que los hombres ( $M = 10,73$ ; D. T. = 3,36).

Respecto a los efectos principales del rol sexual, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ni en apoyo social emocional,  $F(3, 331) = 2,19, p > 0,05$ ; ni en apoyo instrumental,  $F(3, 331) = 1,12, p > 0,05$ .

Cuando se consideraron como variables dependientes el **estrés crónico**, las **contrariedades diarias** y la **insatisfacción con el rol**, los ANOVA mostraron que la



interacción rol sexual x género no era estadísticamente significativa en estrés crónico,  $F(3, 299) = 2,53, p > 0,05$ ; ni en contrariedades diarias,  $F(3, 299) = 1,35, p > 0,05$ . Y aunque sí lo fue en insatisfacción con el rol laboral,  $F(3, 299) = 3,13, p < 0,05$ , en los análisis realizados de forma independiente no se hallaron diferentes estadísticamente significativas,  $F(3, 175) = 1,82, p > 0,05$ , en la muestra de mujeres; y  $F(3, 127) = 1,40, p > 0,05$ , ni en la muestra de hombres. Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos principales del rol sexual en estrés crónico,  $F(3, 299) = 1,18, p > 0,05$ ; ni en contrariedades diarias,  $F(3, 299) = 0,36, p > 0,05$ ; ni en insatisfacción con el rol laboral,  $F(3, 299) = 0,45, p > 0,05$ . Y tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos principales del género en estrés crónico,  $F(1, 299) = 0,13, p > 0,05$ ; ni en contrariedades diarias,  $F(1, 299) = 2,48, p > 0,05$ ; ni en insatisfacción con el rol laboral,  $F(1, 299) = 0,06, p > 0,05$ .

En el ANOVA en que las variables dependientes fueron los **factores del EPQ-R**, la interacción rol sexual x género no fue estadísticamente significativa ni cuando se consideró como variable de pendiente extraversión,  $F(3, 273) = 0,73, p > 0,05$ ; ni neuroticismo,  $F(3, 273) = 1,06, p > 0,05$ ; ni psicoticismo,  $F(3, 273) = 0,50, p > 0,05$ ; ni en la escala de conformidad,  $F(3, 273) = 0,63, p > 0,05$ . Los efectos principales del rol sexual fueron estadísticamente significativos cuando se consideró como variable dependiente extraversión,  $F(3, 273) = 4,02, p < 0,01$ ; pero no neuroticismo,  $F(3, 273) = 1,20, p > 0,05$ ; ni psicoticismo,  $F(3, 273) = 0,47, p > 0,05$ ; ni tampoco en la escala de conformidad,  $F(3, 273) = 0,34, p > 0,05$ . Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las personas con rol sexual masculino eran más extravertidas que las que lo tenían femenino o indiferenciado y estas últimas también eran menos extravertidas que las andróginas (véase la tabla 19).

**TABLA 19: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en extraversión en la muestra de la población general**

Variable	Androginia (1) n = 87		Masculinidad (2) n = 71		Feminidad (3) n = 81		Indiferenciación (4) n = 82		F	Post Hoc
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Extraversión	11,76	2,68	12,07	3,41	10,58	2,86	10,11	3,17	7,52 ***	1<4; 2<3 2<4

\*\*\*  $p < 0,00$ .

Aunque los efectos principales del género no eran estadísticamente significativos cuando la variable dependiente era extraversión,  $F(1, 273) = 2,66$ ,  $p > 0,05$ ; ni psicoticismo,  $F(1, 273) = 0,61$ ,  $p > 0,05$ ; sí lo fue cuando se incluyó el neuroticismo,  $F(1, 273) = 4,08$ ,  $p < 0,05$ ; y la escala de conformidad,  $F(1, 273) = 7,86$ ,  $p < 0,01$ . Las mujeres puntuaban más alto en neuroticismo ( $M = 11,09$ ;  $DT = 5,84$ ) que los hombres ( $M = 8,63$ ;  $DT = 5,61$ ), y estos puntuaban más alto en la escala de conformidad ( $M = 9,89$ ;  $DT = 2,48$ ) que las mujeres ( $M = 8,91$ ;  $DT = 2,41$ ).

#### **4.3.2. Rol sexual y salud en el estudiantado universitario**

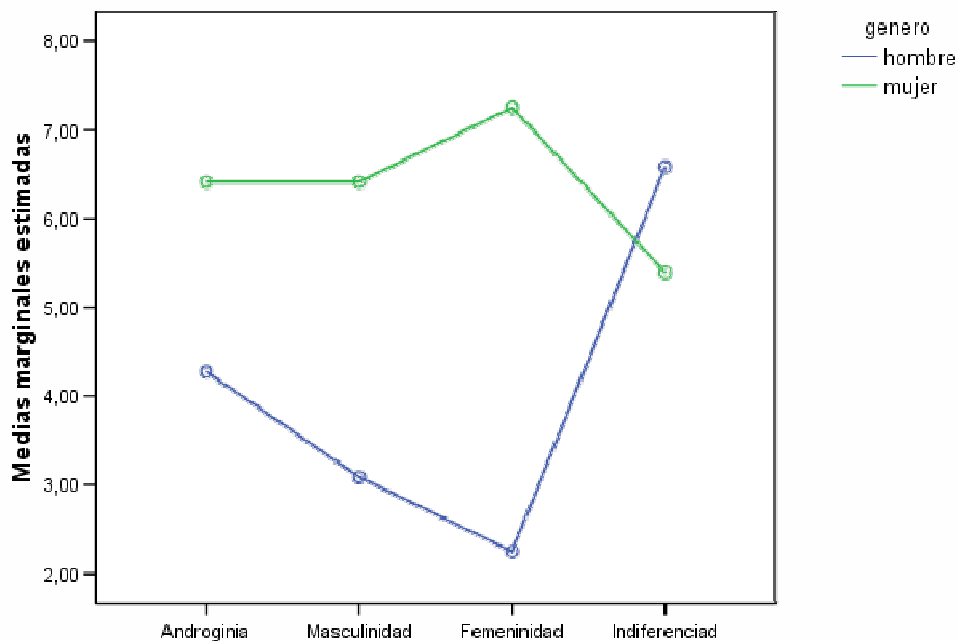
En los análisis de varianza realizados en la muestra del estudiantado universitario en el que las variables dependientes fueron las puntuaciones en el **GHQ-28** encontramos que la interacción rol sexual x género era estadísticamente significativa únicamente en la sintomatología de ansiedad e insomnio,  $F(3, 170) = 2,67$ ,  $p < 0,05$ . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del rol sexual en la sintomatología de ansiedad e insomnio en la muestra de mujeres pero sí en la de hombres. Como puede observarse en la tabla 20, el análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni indicó que los hombres con rol sexual masculino tenían menor sintomatología de ansiedad e insomnio que los indiferenciados (véase también el gráfico 25).

**TABLA 20: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas de ansiedad e insomnio en el estudiantado universitario**

	Androginia (1)		Masculinidad (2)		Feminidad (3)		Indiferenciación (4)		F	Post Hoc
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
<b>Hombres</b>	5	4,69	3,09	2,79	2,25	2,06	6,59	4,12	3,26 *	2 < 4
	N = 19		N = 22		N = 4		N = 17			
<b>Mujeres</b>	6,41	5,53	6,41	4,52	7,22	4,87	5,63	4,58	0,75	n.s.
	N = 24		N = 12		N = 44		N = 40			

\*  $p < 0,05$ .

**GRÁFICO 25: Medias marginales estimadas en síntomas de ansiedad e insomnio (estudiantado universitario)**



No se encontró efecto estadísticamente significativo en función del rol sexual ni en sintomatología somática,  $F(3, 170) = 1,54, p > 0,05$ ; ni en disfunción social,  $F(3, 170) = 0,59, p > 0,05$ ; ni en depresión grave,  $F(3, 170) = 0,82, p > 0,05$ ; ni en malestar psicológico,  $F(3,170) = 1,13, p > 0,05$ . Sí se encontraron efectos significativos del género en todos los síntomas excepto en sintomatología de depresión grave. Como

puede observarse en la tabla 21, las estudiantes universitarias muestran mayor sintomatología en todas las variables que sus colegas del género masculino.

**TABLA 21: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del GHQ-28 entre hombres y mujeres en el estudiantado universitario**

Variables	Hombres n = 61		Mujeres n = 117		F
	Media	D.T.	Media	D.T.	
Síntomas somáticos	5,79	4,71	7,50	4,31	5,91*
Ansiedad e insomnio	4,36	3,66	6,39	4,91	8,09**
Disfunción social	6,06	2,39	7,38	2,46	11,77**
Síntomas de depresión grave	1,26	2,08	1,91	3,18	2,09
Síntomas de malestar psicológico	17,47	10,00	23,19	11,53	10,75**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

En los análisis de varianza (ANOVA) en el que las variables dependientes fueron el **número de enfermedades autoinformado y el número de medicamentos consumido**, la interacción rol sexual x género no fue estadísticamente significativa ni cuando se consideró como variable dependiente el número de enfermedades anteriores,  $F(3, 174) = 0,72, p > 0,05$ ; ni cuando se hizo con el número de enfermedades actuales,  $F(3, 174) = 0,73, p > 0,05$ ; ni cuando lo fue el número de medicamentos consumido,  $F(3, 174) = 1,10, p > 0,05$ . Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos principales del rol sexual para el número de enfermedades anteriores,  $F(3, 174) = 1,13, p > 0,05$ ; ni para el número de enfermedades actuales,  $F(3, 174) = 0,10, p > 0,05$ ; ni para el número de medicamentos consumido,  $F(3, 174) = 1,19, p > 0,05$ . Y los efectos principales del género tampoco fueron estadísticamente significativos ni cuando se consideró como variable dependiente el número de enfermedades anteriores,  $F(1, 174) = 0,14, p > 0,05$ , ni cuando se consideró como variable dependiente el número de enfermedades actuales,

$F(1, 174) = 0,10, p > 0,05$  ni cuando lo fue el número de medicamentos consumido,  $F(1, 174) = 0,02, p > 0,05$ .

Los ANOVA en que las variables dependientes fueron los dos factores del cuestionario de **autoestima** mostraron que la interacción rol sexual x género no era estadísticamente significativa ni en el factor de valoración negativa de sí mismo/a,  $F(3, 166) = 1,56, p > 0,05$ , ni en autoconfianza,  $F(3, 166) = 0,27, p > 0,05$ . Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos del género en valoración negativa de sí mismo/a,  $F(1, 166) = 0,07, p > 0,05$ ; ni en autoconfianza,  $F(1, 166) = 0,27, p > 0,05$ . Y sí fueron estadísticamente significativos los efectos del rol sexual. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las personas con rol sexual masculino se valoraban menos negativamente que las que lo tenían femenino y las de rol indiferenciado. Y las personas con rol andrógino y las de rol masculino mostraban más confianza en sí mismas que aquellas cuyo rol era femenino o indiferenciado (véase tabla 22).

**TABLA 22: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las medidas del SEI entre mujeres y hombres en el estudiantado universitario**

Variables	Androginia (1) n = 42		Masculinidad (2) n = 33		Feminidad (3) n = 47		Indiferenciación (4) n = 52		F	Post Hoc
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Valoración negativa de sí mismo/a	23,83	11,96	18,64	8,50	29,13	10,47	29,48	10,02	8,13 ***	2 < 3 2 < 4
Auto Confianza	34,26	6,41	34,79	5,89	28,55	7,22	28,62	5,44	9,11 ***	1 > 3 1 > 4 2 > 3 2 > 4

\*\*\*  $p < 0,00$

Cuando se incluyeron como variables dependientes los dos factores del cuestionario de **apoyo social**, los ANOVA mostraron que la interacción rol sexual x género no era estadísticamente significativa,  $F(3, 171) = 0,26, p > 0,05$ , en apoyo social

emocional; ni en el apoyo social instrumental,  $F(3, 171) = 0,33, p > 0,05$ . Los efectos principales del género no fueron estadísticamente significativos en apoyo social emocional,  $F(1, 177) = 0,09, p > 0,05$ ; pero sí en apoyo instrumental,  $F(1, 177) = 5,10, p < 0,05$ . Las mujeres informaban de mayor apoyo instrumental ( $M = 12,05$ ; D. T. = 2,42) que los hombres ( $M = 11,11$ ; D. T. = 2,98).

Respecto a los efectos principales del rol sexual, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en apoyo social emocional,  $F(3, 175) = 2,30, p > 0,05$ ; pero sí en apoyo instrumental,  $F(3, 175) = 3,91, p < 0,05$ . Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las personas con rol sexual andrógino informaban de mayor apoyo social ( $M = 12,56$ ; D. T. = 2,43) de este tipo que las que lo tenían indiferenciado ( $M = 10,89$ ; D. T. = 2,31).

En el ANOVA en que las variables dependientes fueron el **estrés crónico, las contrariedades diarias y la insatisfacción con el rol ocupacional**, la interacción rol sexual x género no fue estadísticamente significativa ni en estrés crónico,  $F(3, 171) = 0,29, p > 0,05$ ; ni en contrariedades diarias,  $F(3, 171) = 0,29, p > 0,05$ ; ni en insatisfacción con el rol ocupacional,  $F(3, 171) = 1,13, p > 0,05$ . Los efectos principales del rol sexual no fueron estadísticamente significativos cuando se consideró como variable dependiente el estrés crónico,  $F(3, 171) = 0,16, p > 0,05$ , ni las contrariedades diarias,  $F(3, 171) = 0,18, p > 0,05$ ; pero sí cuando se tomó como variable dependiente la insatisfacción con el rol ocupacional,  $F(3, 171) = 3,79, p < 0,05$ , si bien los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos. Los efectos principales del género sí fueron estadísticamente significativos, datos que se muestran en la tabla 23. Como puede observarse, las alumnas universitarias muestran más satisfacción con su rol como estudiante que sus colegas masculinos.

**TABLA 23: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en estrés crónico, contrariedades diarias e insatisfacción con el rol laboral entre mujeres y hombres en el estudiantado universitario**

Variables	Hombres n = 60		Mujeres n = 119		F
	Media	D.T.	Media	D.T.	
Estrés crónico	6,48	4,22	7,44	4,64	1,78
Contrariedades diarias	5,62	3,54	6,85	4,17	3,84
Insatisfacción con el rol laboral	4,37	3,09	3,40	2,33	5,53**

\*\*  $p < 0,01$

En el ANOVA en que las variables dependientes fueron los **factores del EPQ-R**, la interacción rol sexual x género no fue estadísticamente significativa ni cuando se consideró como variable dependiente extraversión,  $F(3, 158) = 0,34$ ,  $p > 0,05$ ; ni neuroticismo,  $F(3, 158) = 0,90$ ,  $p > 0,05$ ; ni psicoticismo,  $F(3, 158) = 1,05$ ,  $p > 0,05$ ; ni en la escala de conformidad,  $F(3, 171) = 0,50$ ,  $p > 0,05$ . Los efectos principales del rol sexual fueron estadísticamente significativos cuando se consideró como variable dependiente extraversión,  $F(3, 158) = 8,64$ ,  $p < 0,01$ ; pero no cuando lo fue neuroticismo,  $F(3, 158) = 1,66$ ,  $p > 0,05$ ; ni psicoticismo,  $F(3, 158) = 1,14$ ,  $p > 0,05$ ; ni conformidad,  $F(3, 158) = 1,09$ ,  $p < 0,05$ . Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las personas con rol sexual andrógino y las que su rol sexual es masculino eran más extravertidas que las que se clasificaban como femeninas o indiferenciadas (véase tabla 24).

**TABLA 24: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en extraversión en la muestra de estudiantado universitario**

Variable	Androginia (1) n = 42		Masculinidad (2) n = 33		Feminidad (3) n = 47		Indiferenciación (4) n = 55		F	Post Hoc
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Extraversión	12,52	2,88	12,64	1,81	10,95	2,70	9,82	3,06	11,12***	1 > 3 1 > 4 2 > 3 2 > 4

\*\*\*  $p < 0,00$

Respecto a los efectos principales del género, encontramos que no eran estadísticamente significativos cuando la variable dependiente era extraversión,  $F(1, 158) = 0,41$ ,  $p > 0,05$ ; ni psicoticismo,  $F(1, 158) = 0,28$ ,  $p > 0,05$ ; ni la escala de conformidad,  $F(1, 158) = 3,71$ ,  $p > 0,05$ . Pero sí lo fue en neuroticismo,  $F(1, 158) = 4,48$ ,  $p < 0,05$ , puntuando las mujeres más alto en este rasgo ( $M = 11,83$ ;  $DT = 5,40$ ) que los hombres ( $M = 8,29$ ;  $DT = 5,17$ ).

#### **4.4. TIPIFICACIÓN SEXUAL Y SALUD. MASCULINIDAD, FEMINIDAD Y SALUD**

Dado que, como ya se ha descrito, los cálculos de los roles sexuales realizados aportaban únicamente datos categoriales, el análisis cuantitativo de la tipificación sexual se realizó siguiendo el procedimiento propuesto por Bem (1974) de restar a las puntuaciones en masculinidad las puntuaciones en feminidad. Y, para evitar incluir en tales análisis a las personas con tipificación cruzada, se excluyeron en el cálculo de la tipificación a los hombres que son clasificados como femeninos (que eran un total de 17) y a las mujeres que se clasificaban como masculinas (que eran 32).

En este apartado analizaremos las correlaciones, para cada grupo muestral, entre la tipificación sexual y las variables de salud, de estrés, apoyo social, personalidad y los hábitos relacionados con la salud que hemos evaluado: consumo de bebidas alcohólicas, conducta de fumar y práctica de deporte. Además, también mostraremos las correlaciones entre dichas variables y las escalas de masculinidad y feminidad del BSRI, las cuales se realizarán incluyendo en este caso a todas las personas, es decir, no eliminaremos a las que tienen tipificación cruzada. Y, en un intento de conocer la relevancia en la tipificación sexual y en la masculinidad y feminidad de las variables sociodemográficas tales como la edad, nivel de estudios y número de hijos/as, también realizaremos análisis correlacionales entre dichas variables y las puntuaciones del BSRI.

Además de realizar tales análisis con cada uno de los grupos muestrales, es decir, con la muestra de la población general y con la del alumnado universitario, los



realizaremos de forma separada para el grupo de mujeres y el de hombres de cada submuestra. Para realizar tales correlaciones, utilizaremos el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson excepto cuando se incluya en el análisis el nivel de estudios ya que, al tratarse de una variable ordinal, realizaremos las correlaciones mediante la  $Rho$  de Spearman.

#### **4.4.1. Tipificación sexual y salud. Masculinidad, feminidad y salud en la muestra de la población general**

En la tabla 25 mostramos las correlaciones entre las variables sociodemográficas y las medidas del BSRI para las mujeres y hombres de la población general. Como puede observarse, son pocas las correlaciones estadísticamente significativas y, en las que sí lo son, la magnitud del coeficiente es muy baja. Aún así, se observa una ligera asociación entre tipificación sexual y nivel de estudios, y negativa entre el número de hijos/as y feminidad. Al realizar tales análisis de forma independiente para las mujeres y hombres de la población general (véase tabla 26) se comprobó que las variables sociodemográficas son independientes de las de tipificación sexual, masculinidad y feminidad en la muestra de mujeres, mientras que en la de los hombres el número de hijos/as se asocia con tipificación sexual y, de forma negativa, con feminidad, aunque el porcentaje de varianza común es inferior al 10%.

**TABLA 25: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y las variables sociodemográficas (población general)**

		<b>Tipificación sexual</b>	<b>Masculinidad</b>	<b>Feminidad</b>
<b>Edad</b>	$r$	-,03	,00	-,05
	$n$	301	334	334
<b>Nº de hijos/as</b>	$r$	-,03	-,06	-,16**
	$n$	292	322	322
<b>Nivel de estudios<sup>&amp;</sup></b>	$r$	,16*	-,07	,07
	$n$	301	334	334

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

<sup>&</sup>  $Rho$  de Spearman

**TABLA 26: Coeficientes de correlación en mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y las variables sociodemográficas (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Edad	r	-,06	-,02	-,11
	n	126	139	139
Nº de hijos/as	r	-,22*	,03	-,25**
	n	123	134	134
Nivel de estudios <sup>&amp;</sup>	r	-,01	,11	,04
	n	124	137	137
<b>MUJERES</b>				
Edad	R	-,02	,01	-,01
	N	175	195	195
Nº de hijos/as	R	,06	-,12	-,11
	N	169	188	188
Nivel de estudios <sup>&amp;</sup>	R	,01	-,03	,03
	N	177	197	197

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

& Rho de Spearman

En la tabla 27 mostramos las correlaciones entre enfermedad autoinformada y puntuaciones del BSRI para las mujeres y hombres de la población general y en la tabla 28 lo presentamos para ambos géneros por separado. Como puede observarse, solo son estadísticamente significativas las correlaciones con tipificación sexual en la muestra total de mujeres y hombres, aunque los coeficientes son muy bajos y no aparecen cuando se analiza cada género por separado, quizá como consecuencia de la restricción de la varianza y, en el caso de la muestra de hombres, también por la disminución del tamaño de la muestra.

**TABLA 27: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Nº enfermedades Anteriores	r	,01	,02	-,05
	n	296	329	329
Nº enfermedades Actuales	r	,12*	-,05	-,01
	n	295	328	328
Nº medicamentos que consume	r	,16**	-,04	,08
	n	292	324	324

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

**TABLA 28: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Nº enfermedades anteriores	r	-,04	,01	-,08
	n	122	135	135
Nº enfermedades actuales	r	-,02	,00	-,10
	n	122	135	135
Nº medicamentos que consume	r	,01	-,03	-,04
	n	121	133	133
<b>MUJERES</b>				
Nº enfermedades anteriores	r	-,04	,07	-,07
	n	174	194	194
Nº enfermedades actuales	r	,12	-,01	-,01
	n	173	193	193
Nº medicamentos que consume	r	,08	,05	,07
	n	171	191	191

En la tabla 29 mostramos las correlaciones entre las medidas del BSRI y la sintomatología del GHQ-28 para las mujeres y hombres de la población general y en la 30 presentamos los datos de cada género por separado. Aunque cuando la muestra incluye ambos géneros se encuentran algunas correlaciones estadísticamente significativas, pero de baja magnitud, entre tipificación sexual y la sintomatología de salud mental, tal significación desaparece cuando se analizan ambos géneros por separado, excepto una ligera asociación entre disfunción social y tipificación sexual en la muestra de mujeres. En el grupo de hombres la masculinidad parece independiente de la salud mental, mientras que la feminidad se asocia con sintomatología somática y con malestar psicológico, si bien el porcentaje de varianza común es escasa. Las mujeres con mayor puntuación en masculinidad tienden a presentar menor sintomatología de salud mental, asociándose también la feminidad con una menor puntuación en sintomatología somática, de disfunción social y de malestar psicológico, aunque el porcentaje de varianza común es baja, sobre todo en el caso de la feminidad (véase la tabla 30).

**TABLA 29: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Síntomas somáticos	r	,16**	-,14*	-,04
	n	302	335	335
Ansiedad e insomnio	r	,18**	-,16**	,06
	n	303	336	336
Disfunción social	r	,13*	-,15*	-,013
	n	298	330	330
S. depresión grave	r	,08	-,14**	-,05
	n	303	336	336
S. malestar psicológico	r	,18*	-,18**	,03
	n	294	326	326

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01

**TABLA 30: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Síntomas somáticos	r	,11	-,02	,24**
	n	126	140	140
Ansiedad e insomnio	r	,06	,01	,16
	n	126	139	139
Disfunción social	r	-,03	,00	0,09
	n	126	139	139
S. depresión grave	r	,01	-,11	,03
	n	126	139	139
S. malestar psicológico	r	,05	-,03	,18*
	n	124	137	137
<b>MUJERES</b>				
Síntomas somáticos	r	,04	-,14*	-,19**
	n	175	195	195
Ansiedad e insomnio	r	,13	-,19**	-,07
	n	177	197	197
Disfunción social	r	,15*	-,20**	-,014*
	n	172	191	191
S. depresión grave	r	,11	-,17*	-,12
	n	177	197	197
S. malestar psicológico	r	,08	-,22**	-,15*
	n	170	189	189

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01

En las tabla 31 y 32 mostramos los coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los factores de autoestima y apoyo social, presentando los datos para mujeres y hombres de la población general en la tabla 31, mientras que en la 32 se muestran de forma diferenciada para cada género. Como puede observarse, en la muestra de ambos géneros, la tipificación sexual femenina se asocia con mayor valoración negativa y menor confianza en sí mismo/a, tendencia que se mantiene en el género masculino. Pero en la muestra de mujeres solo hay una ligera asociación entre tipificación sexual y menor confianza en sí mismo/a. También se observa en ambos géneros una asociación entre masculinidad y mayor autoconfianza y menor valoración negativa de sí mismo/a. La misma asociación se da en la muestra de mujeres con feminidad, asociándose ésta también con apoyo social, tanto instrumental como emocional.

**TABLA 31: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Valoración negativa de sí mismo/a	r	,25***	-,32***	-,07
	n	298	331	332
Autoconfianza	r	-,26***	,45***	,22***
	n	300	333	333
Apoyo emocional	r	,03	,07	,16**
	n	304	337	337
Apoyo instrumental	r	,05	,03	,13*
	n	302	335	335

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

**TABLA 32: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Valoración negativa de sí mismo/a	r	,25***	-,34***	-,02
	n	125	138	138
Autoconfianza	r	-,32***	,52***	,15
	n	126	139	139
Apoyo emocional	r	,01	,09	,08
	n	127	140	140
Apoyo instrumental	r	-,17	,10	-,01
	n	127	140	140
<b>MUJERES</b>				
Valoración negativa de sí mismo/a	r	,11	-,25***	-,18*
	n	173	193	193
Autoconfianza	r	-,16*	,39***	,35***
	n	174	194	194
Apoyo emocional	r	,08	,07	,22**
	n	177	197	197
Apoyo instrumental	r	,07	,06	,19**
	n	175	195	195

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Respecto a las asociaciones entre las puntuaciones en el BSRI y las medidas de estrés e insatisfacción con el rol ocupacional, en la tabla 33 se muestran los datos para mujeres y hombres y en la 34 los de ambos géneros por separado. Podemos observar que son pocas las correlaciones estadísticamente significativas, observándose una cierta tendencia a informar de más contrariedades diarias, los hombres más tipificados sexualmente como femeninos y también en los que puntúan más alto en feminidad.

**TABLA 33: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Estrés crónico	r	,06	-,06	,03
	n	301	334	334
Contrariedades Diarias	r	,13*	-,05	,11*
	n	303	336	336
Insatisfacción con el rol ocupacional	r	,00	,01	-,03
	n	279	310	310

\* p &lt; 0,05

**TABLA 34: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
HOMBRES				
Estrés crónico	r	,08	,03	,16
	n	125	138	138
Contrariedades Diarias	r	,19*	-,09	,17*
	n	126	139	139
Insatisfacción con el rol ocupacional	r	,10	-,06	,08
	n	118	131	131
MUJERES				
Estrés crónico	r	,05	-,12	-,08
	n	176	196	196
Contrariedades Diarias	r	,04	-,04	,04
	n	177	197	197
Insatisfacción con el rol ocupacional	r	-,03	,04	-,11
	n	161	179	179

\* p &lt; 0,05

En las tablas 35 y 36 se muestran las correlaciones entre las puntuaciones del BSRI y el EPQ-R. Como puede observarse, se dan algunas asociaciones entre tipificación sexual y las variables de personalidad aunque hay variaciones en función del género. En ambos géneros, las personas menos tipificadas como femeninas son menos extravertidas. Además, los hombres más tipificados como femeninos puntúan más alto en neuroticismo. Tanto en mujeres como en hombres, extraversión se asocia con masculinidad y, en el caso de las mujeres, extraversión también se asocia con feminidad.

**TABLA 35: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y el EPQ-R (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Extraversión	R	-,24***	,33***	,09
	n	291	321	321
Neuroticismo	R	,21***	-,17**	,05
	N	289	316	316
Psicoticismo	R	-,07	,08	-.01
	n	272	301	301
Conformidad	R	-,23***	,16**	-,11*
	n	296	325	325

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

**TABLA 36: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y el EPQ-R (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Extraversión	r	-,21***	,26**	,02
	n	121	133	133
Neuroticismo	r	,20***	-,12	,09
	n	126	136	136
Psicoticismo	r	,01	,02	-.01
	n	113	124	124
Conformidad	r	-,14	,12	-,05
	n	124	135	135
<b>MUJERES</b>				
Extraversión	r	-,21**	,37***	,19*
	n	170	188	188
Neuroticismo	r	,01	-,08	-.09
	n	163	180	180
Psicoticismo	r	,04	,03	.05
	n	159	177	177
Conformidad	r	-,10	,06	-,07
	n	172	190	190

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Las correlaciones entre las puntuaciones en el BSRI y los hábitos de vida relacionados con la salud se muestran en las tablas 37 y 38. Como puede observarse, aunque se dan algunas correlaciones estadísticamente significativas en la muestra global, al hacer los análisis por separado para mujeres y hombres, solo se encuentran



correlaciones estadísticamente significativas en la muestra de mujeres, dedicando menos tiempo al deporte las mujeres más tipificadas sexualmente como femeninas y dedicándole más tiempo las que puntúan más alto en masculinidad (véase tabla 38).

**TABLA 37: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Nº cigarrillos	r	-,05	,07	,04
Diarios	n	301	334	334
Nº bebidas	r	-,18**	,18**	,01
Alcohólicas	n	288	319	319
Horas semanales	r	-,19**	,13*	-,04
de deporte	n	296	329	329

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

**TABLA 38: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (población general)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Nº cigarrillos	r	-,02	,14	,12
Diarios	n	125	138	138
Nº bebidas	r	-,05	,14	,12
Alcohólicas	n	118	130	31
Horas semanales	r	-,09	-,01	-,01
de deporte	n	121	134	134
<b>MUJERES</b>				
Nº cigarrillos	r	-,02	-,03	,00
Diarios	n	176	196	196
Nº bebidas	r	-,04	,06	,02
Alcohólicas	n	170	189	189
Horas semanales	r	-,20**	,16*	,00
de deporte	n	175	195	195

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

#### **4.4.2. Tipificación sexual y salud. Masculinidad, feminidad y salud en el estudiantado universitario**

Dado que la muestra del alumnado universitario tenía un nivel de estudios homogéneo y no tenían hijos/as, las correlaciones se realizaron solo entre la edad y las medidas del BSRI de tipificación sexual, masculinidad y feminidad, datos que se

muestran en la tabla 39. Como puede observarse, los coeficientes de correlación son muy bajos y solo son estadísticamente significativos en la muestra total, donde se observa una ligera asociación entre edad y masculinidad, si bien esa tendencia parece ser exclusivamente de las estudiantes aunque, quizá como consecuencia del menor tamaño de la muestra, el coeficiente de correlación no fue estadísticamente significativo.

**TABLA 39: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y edad para el alumnado universitario**

	Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
MUESTRA TOTAL			
R	-,13	,16*	,06
N	166	182	182
HOMBRES			
R	,08	,04	,19
N	58	62	62
MUJERES			
R	-,14	,15	,05
N	108	120	120

\*  $p < 0,05$

En la tabla 40 se muestran las correlaciones entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada, calculada de forma conjunta para los hombres y mujeres que componen la muestra del alumnado universitario, y en la 41 se exponen tales análisis realizados de forma separada para cada género. Como puede observarse, solo se dan correlaciones estadísticamente significativas en la muestra total, donde el consumo de medicamentos se asocia a una mayor tipificación sexual femenina y con menor masculinidad. Y aunque en ninguna de las submuestras aparecen correlaciones estadísticamente significativas, destaca la magnitud del coeficiente de correlación entre el consumo de medicamentos y masculinidad en la muestra de hombres, pero quizá el escaso tamaño de la muestra limitó el que se alcanzase la significación estadística.

**TABLA 40: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Nº enfermedades Anteriores	R	-,12	,08	-,10
	n	166	182	182
Nº enfermedades Actuales	R	,04	-,10	-,06
	n	166	182	182
Nº medicamentos que consume	R	,19**	-,17*	,08
	n	166	182	182

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ **TABLA 41: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y la enfermedad autoinformada (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Nº enfermedades Anteriores	R	-,08	,00	-,08
	n	58	62	62
Nº enfermedades Actuales	r	,04	-,07	,02
	n	58	62	62
Nº medicamentos que consume	r	,06	-,23	,06
	n	58	62	62
<b>MUJERES</b>				
Nº enfermedades Anteriores	r	-,05	,09	-,09
	n	108	120	120
Nº enfermedades Actuales	r	,00	-,10	-,12
	n	108	120	120
Nº medicamentos que consume	r	,08	-,10	,06
	n	108	120	120

Las asociaciones entre las puntuaciones cuantitativas del BSRI y salud mental se muestran en las tablas 42 (para ambos géneros) y 43 (separado por géneros). Como puede observarse, en la muestra global, la tipificación sexual correlaciona de forma estadísticamente significativa con toda la sintomatología de salud mental, asociándose la tipificación femenina con mayor sintomatología. En los análisis de cada género por separado se constata que, en la muestra de hombres, también se dan dichas asociaciones, aunque en algunos síntomas las correlaciones no son estadísticamente significativas, quizá por el escaso tamaño de la muestra, y destaca la magnitud de la correlación entre tipificación sexual femenina y sintomatología depresiva grave. Sin

embargo, en las mujeres tal asociación es menor, siendo estadísticamente significativa solo en el caso de ansiedad e insomnio y malestar psicológico, donde la varianza común es inferior al 5%. Aunque en la muestra de mujeres no se encuentran asociaciones entre sintomatología de salud mental y masculinidad y feminidad, en la de hombres, la masculinidad se asocia de forma negativa con depresión grave, malestar psicológico, sintomatología somática y disfunción social.

**TABLA 42: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Síntomas somáticos	r	,25**	-,22*	,08
	n	163	179	179
Ansiedad e insomnio	r	,29***	-,19**	,15*
	n	166	182	182
Disfunción social	r	,23**	-,24**	,01
	n	165	181	181
S. depresión grave	r	,23**	-,18*	,12
	n	166	182	182
S. malestar psicológico	r	,34***	-,27***	,13
	n	162	178	178

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

**TABLA 43: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los síntomas de salud mental (GHQ-28) (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Síntomas somáticos	R	,24	-,35*	,02
	N	58	62	62
Ansiedad e insomnio	R	,31*	-,23	,05
	N	58	62	62
Disfunción social	R	,20	-,32*	-,08
	N	57	61	61
S. depresión grave	R	,41**	-,44***	,13
	N	58	62	62
S. malestar psicológico	R	,34***	-,42**	,01
	n	57	61	61

MUJERES				
Síntomas somáticos	r	,13	-,07	,05
	n	105	117	117
Ansiedad e insomnio	r	,21*	-,08	,13
	n	108	120	120
Disfunción social	r	,05	-,08	-,06
	n	108	120	120
S. depresión Grave	r	,14	-,07	,09
	n	108	120	120
S. malestar psicológico	r	,20*	-,09	,10
	n	105	117	117

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Podemos observar en la tabla 44 como en la muestra total la tipificación femenina se asocia con una valoración negativa de sí mismo/a y con menor confianza en sí mismo/a, asociaciones que también observamos en la muestra de hombres. Y las mujeres más tipificadas tienden a tener menos autoconfianza. Masculinidad se asocia con una menor valoración negativa de sí mismo/a, con mayor autoconfianza y con mayor apoyo social, tanto instrumental como emocional.

**TABLA 44: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Valoración negativa de sí mismo/a	r	,36***	-,44***	,07
	n	159	175	175
Autoconfianza	r	-,39***	,53***	,03
	n	160	176	176
Apoyo emocional	r	-,05	,23**	,13
	n	164	179	179
Apoyo instrumental	r	,08	,16*	,26***
	n	166	181	181

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

**TABLA 45: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y autoestima y apoyo social (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Valoración negativa de sí mismo	r	,49***	-,55***	,18
	n	54	58	58
Autoconfianza	r	-,48***	,57***	-,08
	n	55	59	59
Apoyo emocional	r	-,01	,31**	,21
	n	57	61	61
Apoyo instrumental	r	-,14	,30*	20
	n	58	62	62
<b>MUJERES</b>				
Valoración negativa de sí misma	r	,17	-,36***	-,03
	n	105	117	117
Autoconfianza	r	-,32**	,53***	,12
	n	105	117	117
Apoyo emocional	r	-,15	,27**	,06
	n	107	118	118
Apoyo instrumental	r	,00	,25**	,24**
	n	108	119	119

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

En las tablas 46 y 47 se muestran las asociaciones con las medidas de estrés e insatisfacción con el rol ocupacional. Como puede observarse, tales variables son independientes de tipificación sexual y de feminidad. En la muestra de hombres, masculinidad se asocia con contrariedades diarias y con satisfacción con el rol ocupacional, mientras que en las mujeres se asocia únicamente con estrés crónico.

**TABLA 46: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Estrés crónico	r	,03	,09	,06
	n	166	182	182
Contrariedades Diarias	r	,00	,06	,05
	n	166	182	182
Insatisfacción con el rol ocupacional	r	-,05	-,09	-,12
	n	164	179	179

**TABLA 47: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y estrés e insatisfacción con el rol ocupacional (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Estrés crónico	R	-,08	,09	-,07
	N	58	62	62
Contrariedades Diarias	R	-,05	,25*	,08
	N	58	62	62
Insatisfacción con el rol ocupacional	R	,16	-,29*	-,09
	N	56	60	60
<b>MUJERES</b>				
Estrés crónico	R	-,01	,18*	,08
	N	108	120	120
Contrariedades Diarias	R	-,13	,09	-,02
	N	108	120	120
Insatisfacción con el rol ocupacional	R	-,02	-,12	-,08
	N	108	119	119

\*  $p < 0,05$

Respecto a las correlaciones entre tipificación sexual, masculinidad y feminidad con las variables de personalidad estas se muestran en las tablas 48 y 49. Se observa en ambos géneros asociación entre tipificación sexual femenina y neuroticismo. Además, en los hombres también se asocia con menor extraversión. También en ambas muestras masculinidad se asocia positivamente con extraversión y negativamente con neuroticismo. Además, en la muestra de mujeres, masculinidad se asocia con la escala de conformidad del EPQ-R y feminidad con extraversión.

**TABLA 48: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y del EPQ-R (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Extraversión	r	-,20*	,42***	,16*
	n	161	177	177
Neuroticismo	r	,44***	-,37***	,17*
	n	162	176	176
Psicoticismo	r	-,10	,11	-,02
	n	163	179	179
Conformidad	r	-,27***	,28**	-,02
	n	161	177	177

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

**TABLA 49: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y del EPQ-R (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Extraversión	r	-,31*	,42**	,06
	n	57	61	61
Neuroticismo	r	,32*	-,37**	,20
	n	57	61	61
Psicoticismo	r	,06	-,05	-,02
	n	57	61	61
Conformidad	r	-,03	,01	-,04
	n	57	61	61
<b>MUJERES</b>				
Extraversión	r	-,16	,46***	,23*
	n	101	116	116
Neuroticismo	r	,31**	-,23***	,09
	n	105	115	115
Psicoticismo	r	-,01	,11	,05
	n	106	118	118
Conformidad	r	-,18	,27**	,08
	n	104	116	116

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

En cuanto a las asociaciones entre las puntuaciones del BSRI con los hábitos relacionados con salud, se muestran en las tablas 50 y 51. Como puede observarse, solo hay correlaciones estadísticamente significativas con la práctica de deporte, informando los hombres con mayor tipificación masculina de una mayor dedicación a dicha actividad y siendo mayor en los que puntúan más en masculinidad.

**TABLA 50: Coeficientes de correlación entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
Nº cigarrillos Diarios	r	,05	,00	-,04
	n	166	182	182
Nº bebidas alcohólicas	r	,10	-,03	,07
	n	166	182	182
Horas semanales de deporte	r	-,31***	,29***	-,06
	n	164	180	180

\*\*\*  $p < 0,001$



**TABLA 51: Coeficientes de correlación para mujeres y hombres entre las puntuaciones del BSRI y los hábitos relacionados con salud (estudiantado universitario)**

		Tipificación sexual	Masculinidad	Feminidad
<b>HOMBRES</b>				
Nº cigarrillos	r	,02	-,08	-,13
diarios	n	58	62	62
Nº bebidas	r	,00	-,09	-,05
alcohólicas	n	58	62	62
Horas semanales	r	-,27*	,33***	-,02
de deporte	n	56	60	60
<b>MUJERES</b>				
Nº cigarrillos	r	-,02	,12	-,06
diarios	n	108	120	120
Nº bebidas	r	,06	,07	,08
alcohólicas	n	108	120	120
Horas semanales	r	-,17	,13	,03
de deporte	n	108	120	120

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

#### 4.5. TIPIFICACIÓN SEXUAL Y FUENTES DE ESTRÉS

Como ya se citó en el apartado de instrumentos, el cuestionario de estrés crónico, que evalúa el estrés de alta intensidad, y el de contrariedades diarias, que evalúa el estrés diario de baja intensidad, permiten una puntuación cuantitativa, que es un indicador del número e intensidad de estresores, y otra más cualitativa e idiográfica que informa de la naturaleza de las fuentes de estrés. Dichas fuentes fueron codificadas en categorías utilizando un código diseñado y validado anteriormente (Matud, 1999). Tal código incluye un total de 11 tipos de fuentes de estrés: 1) conflictos consigo mismo/a, 2) amorosos/de pareja, 3) familiares, 4) económicos, 5) salud propia, 6) salud de familiares, 7) muerte de familiares, 8) laborales, 9) sociales, 10) de vivienda, 11) rutinas diarias. Además, dichas categorías están subdivididas en un número variado de subcategorías que permiten una mayor especificación. Dado que algunas eran muy infrecuentes en la muestra del presente estudio, analizamos de forma separada únicamente aquellas subcategorías citadas, al menos, por el 4% de la muestra. Así, en cada tabla presentaremos, además de las categorías generales (las cuales se

identificarán por su número), aquellas subcategorías citadas por más del 4% de los/as participantes. Es importante tener en cuenta que, en el cómputo de cada categoría, se recoge todas las respuestas que incluye, aunque se especifique posteriormente como subcategoría algunas de las respuestas.

A continuación presentaremos los análisis de contingencia entre tales fuentes de estrés y el hecho de estar tipificado sexualmente o no y, en el epígrafe siguiente, realizaremos tablas de contingencia entre las fuentes de estrés y el género. En ambos casos realizaremos los análisis de forma independiente para la muestra de la población general y para la del alumnado universitario. Utilizaremos como estadístico de contraste la Chi cuadrado de Pearson, ya que nos permite comprobar si existe o no relación estadísticamente significativa entre las variables (Camacho, 1998).

#### **4.5.1. Tipificación sexual y fuentes de estrés de alta intensidad en la población general**

Los siguientes análisis se han hecho diferenciando las fuentes de estrés en función de que la persona estuviese o no tipificada sexualmente. Dicha medida nos indica la congruencia entre el género de las personas (masculino o femenino) y su puntuación en el cuestionario BSRI (masculinidad, feminidad, androginia e indiferenciación). De este modo, como ya se citó en el procedimiento, las personas estarán tipificadas cuando su género concuerde con su puntuación en el cuestionario BSRI, es decir, cuando las mujeres puntúen alto en feminidad y bajo en masculinidad y los hombres puntúen alto en masculinidad y bajo en feminidad. Y serán personas no tipificadas cuando estas dos puntuaciones no coincidan, es decir, cuando sean mujeres u hombres con altas puntuaciones en ambas escalas (las andróginas) o bien baja en ambas (las indiferenciadas). Han sido eliminadas/os de estos análisis las personas con tipificación cruzada, es decir, las mujeres masculinas y los hombres femeninos.

En la tabla 52 presentamos los datos relativos a las tres primeras categorías y sus correspondientes subcategorías. Como puede observarse, no hay asociación sistemática entre ninguna de ellas y la tipificación sexual. No obstante, los problemas

de pareja son citados con una frecuencia algo mayor por las personas tipificadas sexualmente.

**TABLA 52: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y tipos de problemas personales y familiares en la población general.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
1) P. con uno/a mismo/a	NO	N %	152 86,9%	108 83,7%	260 85,5%	0,59
	Sí	N %	23 13,1%	21 16,3%	44 14,5%	
Inestabilidad emocional	NO	N %	170 97,1%	124 96,1%	294 96,7%	0,24
	Sí	N %	5 2,9%	5 3,9%	10 3,3%	
2) P. Amorosos	NO	N %	151 86,3%	110 85,3%	261 85,9%	0,06
	Sí	N %	24 13,7%	19 14,7%	43 14,1%	
P. de pareja	NO	N %	169 96,6%	121 93,8%	290 95,4%	1,30
	Sí	N %	6 3,4%	8 6,2%	14 4,6%	
3) P. Familiares	NO	N %	130 74,3%	96 74,4%	226 74,3%	0,00
	Sí	N %	45 25,7%	33 25,6%	78 25,7%	
P. de los hijos/as	NO	N %	158 90,3%	119 92,2%	277 91,1%	0,35
	Sí	N %	17 9,7%	10 7,8%	27 8,9%	
P. de familia de segundo orden	NO	N %	167 95,4%	120 93,0%	287 94,4%	0,81
	Sí	N %	8 4,6%	9 7,0%	17 5,6%	

En la tabla 53 presentamos los datos relativos a la categoría de problemas de tipo económico y sus subcategorías. Como puede observarse, tampoco este tipo de problemas se asocia con tipificación sexual

**TABLA 53: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas económicos en la población general.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
4) P. Económicos	NO	N	120	91	211	0,14
		%	68,6%	70,5%	69,4%	
	Sí	N	55	38	93	
		%	31,4%	29,5%	30,6%	
P. de la economía propia	NO	N	168	124	292	0,00
		%	96,0%	96,1%	96,1%	
	Sí	N	7	5	12	
		%	4,0%	3,9%	3,9%	
P. con créditos, deudas	NO	N	163	121	284	0,05
		%	93,1%	93,8%	93,4%	
	Sí	N	12	8	20	
		%	6,9%	6,2%	6,6%	

Los problemas relativos a la salud, tanto propia como de familiares y la muerte de familiares, se presentan en la tabla 54. Aunque no se observan asociaciones estadísticamente significativas, destaca que las personas no tipificadas informan en mayor medida de problemas psicológicos propios y las tipificadas sexualmente de fuentes de estrés relacionados con la salud de la familia.

**TABLA 54: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas de salud en la población general.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
5) P. de salud propios	NO	N	139	109	248	1,27
		%	79,4%	84,5%	81,6%	
	Sí	N	36	20	56	
		%	20,6%	15,5%	18,4%	
P. psicológicos propios	NO	N	145	113	258	1,30
		%	82,9%	87,6%	84,9%	
	Sí	N	30	16	46	
		%	17,1%	12,4%	15,1%	
P. físicos propios	NO	N	169	125	294	0,02
		%	96,6%	96,9%	96,7%	
	Sí	N	6	4	10	
		%	3,4%	3,1%	3,3%	
6) P. de salud de la familia	NO	N	147	101	248	1,61
		%	84,0%	78,3%	81,6%	
	Sí	N	28	28	56	
		%	16,0%	21,7%	18,4%	
Enfermedades de familiares	NO	N	161	117	278	0,16
		%	92,0%	90,7%	91,4%	
	Sí	N	14	12	26	
		%	8,0%	9,3%	8,6%	
Muerte de familiares	NO	N	168	125	293	0,17
		%	96,0%	96,9%	96,4%	
	Sí	N	7	4	11	
		%	4,0%	3,1%	3,6%	

En el caso de los problemas laborales (véase la tabla 55), las asociaciones entre fuentes de estrés de alta intensidad y tipificación sexual tampoco son estadísticamente significativas. Pese a ello, destaca que las personas tipificadas sexualmente informan con mayor frecuencia de dificultades para alcanzar sus objetivos en el ámbito laboral.

**TABLA 55: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas laborales en la población general.**

Tipo de problema		Tipificación		Total	$\chi^2$
		No tipificada	Tipificada		
8) P. laborales/estudios	NO	N 113	88	201	0,44
		% 64,6%	68,2%	66,1%	
	Sí	N 62	41	103	
		% 35,4%	31,8%	33,9%	
Desempleo	NO	N 166	123	289	0,04
		% 94,9%	95,3%	95,1%	
	Sí	N 9	6	15	
		% 5,1%	4,7%	4,9%	
P. específicos de los estudios	NO	N 161	122	283	0,77
		% 92,0%	94,6%	93,1%	
	Sí	N 14	7	21	
		% 8,0%	5,4%	6,9%	
Dificultades para alcanzar objetivos laborales	NO	N 168	118	286	2,73
		% 96,0%	91,5%	94,1%	
	Sí	N 7	11	18	
		% 4,0%	8,5%	5,9%	

En la tabla 56 se muestran las fuentes de estrés derivadas de las relaciones sociales. Como puede observarse, tampoco hay asociación entre tipificación sexual y dichas fuentes de estrés.

**TABLA 56: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas sociales en la población general.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
9) P. en las relaciones sociales	NO	N %	161 92,0%	116 89,9%	277 91,1%	0,40
	Sí	N %	14 8,0%	13 10,1%	27 8,9%	
P. de amistad	NO	N %	170 97,1%	126 97,7%	296 97,4%	0,08
	Sí	N %	5 2,9%	3 2,3%	8 2,6%	
Pérdida de amigos/as	NO	N %	172 98,3%	127 98,4%	299 98,4%	0,01
	Sí	N %	3 1,7%	2 1,6%	5 1,6%	

En la tabla 57 se muestran los datos relativos a las fuentes de estrés relacionadas con la vivienda y con las rutinas diarias. Aquí tampoco encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre tipificación sexual y dichas fuentes de estrés.

**TABLA 57: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y otro tipo de problemas en la población general.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
10) P. de vivienda	NO	N %	165 94,3%	123 95,3%	288 94,7%	0,17
	Sí	N %	10 5,7%	6 4,7%	16 5,3%	
11) Rutinas diarias	NO	N %	172 98,3%	128 99,2%	300 98,7%	0,50
	Sí	N %	3 1,7%	1 ,8%	4 1,3%	

#### 4.5.2. Tipificación sexual y fuentes de estrés de alta intensidad en el estudiantado universitario

Entre el estudiantado universitario, tal y como podemos ver en la tabla 58, tampoco son estadísticamente significativas las asociaciones entre la tipificación sexual y los problemas de las tres primeras categorías y sus correspondientes subcategorías. No obstante, podemos observar que las personas tipificadas incluyen con mayor frecuencia como fuentes de estrés de alta intensidad los problemas familiares.

**TABLA 58: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y tipos de problemas personales y familiares en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
1) P. con uno/a mismo/a	NO	N	79	49	128	0,07
		%	79,8%	74,2%	77,6%	
	Sí	N	20	17	37	
		%	20,2%	25,8%	22,4%	
Inestabilidad emocional	NO	N	95	61	156	0,96
		%	96,0%	92,4%	94,5%	
	Sí	N	4	5	9	
		%	4,0%	7,6%	5,5%	
2) P. amorosos	NO	N	63	43	106	0,04
		%	63,6%	65,2%	64,2%	
	Sí	N	36	23	59	
		%	36,4%	34,8%	35,8%	
P. de pareja	NO	N	89	59	148	0,01
		%	89,9%	89,4%	89,7%	
	Sí	N	10	7	17	
		%	10,1%	10,6%	10,3%	
3) P. familiares	NO	N	70	39	109	2,38
		%	70,7%	59,1%	66,1%	
	Sí	N	29	27	56	
		%	29,3%	40,9%	33,9%	
P. de familia de segundo orden	NO	N	85	58	143	0,14
		%	85,9%	87,9%	86,7%	
	Sí	N	14	8	22	
		%	14,1%	12,1%	13,3%	



En la tabla 59, que recoge como fuentes de estrés los problemas de tipo económico, podemos observar que ninguna de las asociaciones entre estos y tipificación sexual entre los/as estudiantes son estadísticamente significativas.

**TABLA 59: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas económicos en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
4) P. económicos	NO	N	66	47	113	0,38
		%	66,7%	71,2%	68,5%	
	Sí	N	33	19	52	
		%	33,3%	28,8%	31,5%	
P. de la economía propia	NO	N	90	63	153	1,21
		%	90,9%	95,5%	92,7%	
	Sí	N	9	3	12	
		%	9,1%	4,5%	7,3%	
P. con créditos, deudas	NO	N	99	65	164	1,51
		%	100,0%	98,5%	99,4%	
	Sí	N	0	1	1	
		%	,0%	1,5%	,6%	

Los problemas relacionados con la salud se muestran en la tabla 60. Como puede observarse, ninguna de las asociaciones es estadísticamente significativa. Aún así, podemos destacar que las personas tipificadas citan con mayor frecuencia problemas físicos propios y las no tipificadas sexualmente parecen preocuparse más por su salud psicológica, aunque el número de personas que respondieron a dicha categoría es muy bajo.

**TABLA 60: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas de salud en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
5) P. de salud propios	NO	N	79	52	131	0,03
		%	79,8%	78,8%	79,4%	
Sí	N	20	14	34		
	%	20,2%	21,2%	20,6%		
P. psicológicos propios	NO	N	90	64	154	2,34
		%	90,9%	97,0%	93,3%	
Sí	N	9	2	11		
	%	9,1%	3,0%	6,7%		
P. físicos propios	NO	N	87	54	141	1,17
		%	87,9%	81,8%	85,5%	
Sí	N	12	12	24		
	%	12,1%	18,2%	14,5%		
6) P. de salud de la familia	NO	N	76	52	128	0,09
		%	76,8%	78,8%	77,6%	
Sí	N	23	14	37		
	%	23,2%	21,2%	22,4%		
Enfermedades de familiares	NO	N	85	60	145	0,95
		%	85,9%	90,9%	87,9%	
Sí	N	14	6	20		
	%	14,1%	9,1%	12,1%		
7) Muerte de familiares	NO	N	89	57	146	0,49
		%	89,9%	86,4%	88,5%	
Sí	N	10	9	19		
	%	10,1%	13,6%	11,5%		

Vemos en la tabla 61 que, en el caso de los problemas laborales y sus subcategorías, las asociaciones con la tipificación sexual en el estudiantado universitario tampoco son estadísticamente significativas. Pese a ello, en la subcategoría de dificultades para alcanzar los objetivos laborales, se observa que las personas tipificadas son las que presentan en más ocasiones problemas de este tipo, aunque el número de personas que respondió a esta categoría es muy escaso.

**TABLA 61: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas laborales/de estudio en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema		Tipificación		Total	$\chi^2$
		No tipificada	Tipificada		
8) P. laborales/estudios	NO	N 52	36	88	0,07
	%	52,5%	54,5%	53,3%	
	SÍ	N 47	30	77	
	%	47,5%	45,5%	46,7%	
Desempleo	NO	N 94	64	158	0,40
	%	94,9%	97,0%	95,8%	
	SÍ	N 5	2	7	
	%	5,1%	3,0%	4,2%	
P. específicos de los estudios	NO	N 65	46	111	0,30
	%	65,7%	69,7%	67,3%	
	SÍ	N 34	20	54	
	%	34,3%	30,3%	32,7%	
Dificultades para alcanzar objetivos laborales	NO	N 98	63	161	2,09
	%	99,0%	95,5%	97,6%	
	SÍ	N 1	3	4	
	%	1,0%	4,5%	2,4%	

En la tabla 62, que recoge los problemas sociales, se observa que tampoco hay asociaciones estadísticamente significativas con tipificación sexual. Pero cabe señalar que el alumnado tipificado sexualmente informa en mayor medida de problemas de amistad como fuentes de estrés de alta intensidad, si bien son pocas las personas cuya respuesta se incluyó en tal categoría

**TABLA 62: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y problemas sociales en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
9) P. en las relaciones sociales	NO	N	79	50	129	0,38
		%	79,8%	75,8%	78,2%	
	Sí	N	20	16	36	
		%	20,2%	24,2%	21,8%	
P. de amistad	NO	N	94	60	154	1,04
		%	94,9%	90,9%	93,3%	
	Sí	N	5	6	11	
		%	5,1%	9,1%	6,7%	
Pérdida de amistades	NO	N	90	62	152	0,50
		%	90,9%	93,9%	92,1%	
	Sí	N	9	4	13	
		%	9,1%	6,1%	7,9%	

Como podemos ver en la tabla 63 las asociaciones entre tipificación sexual y los problemas de vivienda y de rutina no son estadísticamente significativas.

**TABLA 63: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y otro tipo de problemas en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
10) P. de vivienda	NO	N	96	64	160	0,00
		%	97,0%	97,0%	97,0%	
	Sí	N	3	2	5	
		%	3,0%	3,0%	3,0%	
11) Rutinas diarias	NO	N	95	62	157	0,35
		%	96,0%	93,9%	95,2%	
	Sí	N	4	4	8	
		%	4,0%	6,1%	4,8%	

### 4.5.3. Tipificación sexual y fuentes de estrés de baja intensidad en la población general

En este apartado mostramos los datos relativos a la asociación entre tipificación sexual y las diferentes situaciones que constituyen estrés de baja intensidad en la población general.

En la tabla 64, que recoge las fuentes de estrés relacionadas con uno/a mismo/a y las relativas a cuestiones amorosas y/o de pareja, no encontramos ninguna asociación estadísticamente significativa entre tipificación sexual y dicho tipo de situaciones. Aún así, se observa que las personas no tipificadas sexualmente informan en mayor medida de situaciones molestas relacionadas consigo mismas; asimismo, también informan de mayor falta de tiempo. En cambio, las personas tipificadas sexualmente informan con mayor frecuencia como una fuente de estrés de baja intensidad el choque con los valores de la sociedad actual.

**TABLA 64: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones personales en la población general.**

Tipo de situación			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
1) S. relacionadas con uno/a mismo/a	NO	N %	113 64,6%	91 70,5%	204 67,1%	1,20
	Sí	N %	62 35,4%	38 29,5%	100 32,9%	
Choque con valores de la sociedad actual	NO	N %	167 95,4%	119 92,2%	286 94,1%	1,35
	Sí	N %	8 4,6%	10 7,8%	18 5,9%	
Falta de tiempo	NO	N %	126 72,0%	100 77,5%	226 74,3%	1,19
	Sí	N %	49 28,0%	29 22,5%	78 25,7%	
2) S. de pareja	NO	N %	174 99,4%	128 99,2%	302 99,3%	0,05
	Sí	N %	1 ,6%	1 ,8%	2 ,7%	

En el tipo de situaciones que se muestran en la tabla 65, relacionadas con cuestiones de tipo familiar y de salud, tampoco encontramos asociaciones estadísticamente significativas con tipificación sexual. Tan sólo destacar que las personas no tipificadas sexualmente informan de más situaciones estresantes de tipo familiar.

**TABLA 65: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones familiares, de economía y de salud en la población general.**

Tipo de situaciones			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificadas	Tipificadas		
3) S. de tipo familiar	NO	N	156	120	276	1,34
		%	89,1%	93,0%	90,8%	
	Sí	N	19	9	28	
		%	10,9%	7,0%	9,2%	
S. con familiares de segundo orden.	NO	N	168	125	293	0,17
		%	96,0%	96,9%	96,4%	
	Sí	N	7	4	11	
		%	4,0%	3,1%	3,6%	
4) S. de tipo económico	NO	N	168	126	294	0,65
		%	96,0%	97,7%	96,7%	
	Sí	N	7	3	10	
		%	4,0%	2,3%	3,3%	
5) S. relacionadas con la salud propia	NO	N	169	125	294	0,03
		%	96,6%	96,9%	96,7%	
	Sí	N	6	4	10	
		%	3,4%	3,1%	3,3%	
S. relacionadas con problemas psicológicos propios	NO	N	171	125	296	0,19
		%	97,7%	96,9%	97,4%	
	Sí	N	4	4	8	
		%	2,3%	3,1%	2,6%	

Tampoco en la consideración como fuente de estrés de baja intensidad a las situaciones laborales y/o de estudio y sociales tiene relevancia la tipificación sexual. No obstante, en la tabla 66, vemos que para las personas tipificadas sexualmente suponen una mayor fuente de estrés de baja intensidad las situaciones laborales que para las no

tipificadas; y ocurre lo contrario con las situaciones específicas de los estudios, donde las personas no tipificadas informan en más ocasiones de esta situación molesta que las personas tipificadas, aunque el número de personas que respondieron a esta última categoría es muy bajo.

**TABLA 66: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones laborales y sociales en la población general.**

Tipo de situaciones			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificadas	Tipificadas		
8) S. laborales/de estudios	NO	N %	140 80,0%	97 75,2%	237 78,0%	1,00
	SÍ	N %	35 20,0%	32 24,8%	67 22,0%	
Falta de motivación por el trabajo	NO	N %	164 93,7%	119 92,2%	283 93,1%	0,25
	SÍ	N %	11 6,3%	10 7,8%	21 6,9%	
Situaciones específicas de los estudios	NO	N %	165 94,3%	126 97,7%	291 95,7%	2,08
	SÍ	N %	10 5,7%	3 2,3%	13 4,3%	
Ambiente laboral	NO	N %	163 93,1%	119 92,2%	282 92,8%	0,09
	SÍ	N %	12 6,9%	10 7,8%	22 7,2%	
9) Relaciones sociales	NO	N %	142 81,1%	106 82,2%	248 81,6%	0,05
	SÍ	N %	33 18,9%	23 17,8%	56 18,4%	
Relaciones interpersonales	NO	N %	169 96,6%	122 94,6%	291 95,7%	0,72
	SÍ	N %	6 3,4%	7 5,4%	13 4,3%	
Mala educación de los/as demás	NO	N %	164 93,7%	119 92,2%	283 93,1%	0,25
	SÍ	N %	11 6,3%	10 7,8%	21 6,9%	

Tampoco encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre tipificación sexual y ninguna de las situaciones relacionadas con situaciones molestas de vivienda y de rutinas diarias (véase tabla 67). Tan sólo cabe señalar que las personas tipificadas informan con mayor frecuencia que las no tipificadas de que madrugar les supone una fuente de estrés de baja intensidad.

**TABLA 67: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones rutinarias en la población general.**

Tipo de situaciones			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
10) S. relacionadas con la vivienda	NO	N %	174 99,4%	129 100,0%	303 99,7%	0,74
	Sí	N %	1 ,6%	0 ,0%	1 ,3%	
S. de convivencia	NO	N %	169 96,6%	123 95,3%	292 96,1%	0,29
	Sí	N %	6 3,4%	6 4,7%	12 3,9%	
11) Rutinas diarias	NO	N %	71 40,6%	46 35,7%	117 38,5%	0,76
	Sí	N %	104 59,4%	83 64,3%	187 61,5%	
Tareas domésticas	NO	N %	123 70,3%	90 69,8%	213 70,1%	0,01
	Sí	N %	52 29,7%	39 30,2%	91 29,9%	
Tráfico	NO	N %	159 90,9%	113 87,6%	272 89,5%	0,84
	Sí	N %	16 9,1%	16 12,4%	32 10,5%	
Madrugar	NO	N %	164 93,7%	113 87,6%	277 91,1%	3,43
	Sí	N %	11 6,3%	16 12,4%	27 8,9%	
Falta de comodidades	NO	N %	170 97,1%	124 96,1%	294 96,7%	0,24
	Sí	N %	5 2,9%	5 3,9%	10 3,3%	



Ambientales	NO	N	134	94	228	0,54
		%	76,6%	72,9%	75,0%	
	Sí	N	41	35	76	
		%	23,4%	27,1%	25,0%	

#### 4.5.4. Tipificación sexual y fuentes de estrés de baja intensidad en el estudiantado universitario

En la tabla 68 se muestran las relaciones entre tipificación sexual y las fuentes de estrés de baja intensidad correspondientes a las dos primeras categorías y sus respectivas subcategorías citadas por el alumnado universitario. Como puede observarse, no hay asociaciones estadísticamente significativas. Tan sólo cabe señalar que el alumnado no tipificado sexualmente informa en más ocasiones de situaciones estresantes relacionadas con el amor o la pareja que el alumnado tipificado sexualmente, pero el número de personas cuya respuesta correspondía a esta categoría es muy escaso.

**TABLA 68: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones personales en el estudiantado universitario.**

Tipo de situación			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
1) S. relacionadas con uno/a mismo/a	NO	N	55	39	94	0,20
		%	55,6%	59,1%	57,0%	
	Sí	N	44	27	71	
		%	44,4%	40,9%	43,0%	
Choque con valores de la sociedad actual	NO	N	97	65	162	0,06
		%	98,0%	98,5%	98,2%	
	Sí	N	2	1	3	
		%	2,0%	1,5%	1,8%	
Falta de tiempo	NO	N	60	43	103	0,35
		%	60,6%	65,2%	62,4%	
	Sí	N	39	23	62	
		%	39,4%	34,8%	37,6%	
2) S. de tipo afectivo	NO	N	91	64	155	1,77
		%	91,9%	97,0%	93,9%	
	Sí	N	8	2	10	
		%	8,1%	3,0%	6,1%	

En el caso de las categorías de estrés derivado de situaciones familiares, económicas y de salud propia y sus subcategorías correspondientes (ver tabla 69) las asociaciones con tipificación sexual tampoco son estadísticamente significativas. Podemos señalar, no obstante, que las personas tipificadas informan de más situaciones estresantes relacionadas con la familia de segundo orden que las no tipificadas. Por el contrario, en los problemas psicológicos propios el alumnado no tipificado sexualmente informa con mayor frecuencia de fuentes de estrés de baja intensidad situaciones de este tipo que el tipificado, si bien el número de alumnos/as que dieron respuestas de esta categoría es muy bajo.

**TABLA 69: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones familiares, de economía y de salud en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
3) S. de tipo familiar	NO	N 86 86,9%	54 81,8%	140 84,8%	0,79	
	SÍ	N 13 13,1%	12 18,2%	25 15,2%		
S. con familiares de segundo orden	NO	N 93 93,9%	57 86,4%	150 90,9%	2,75	
	SÍ	N 6 6,1%	9 13,6%	15 9,1%		
4) S. de tipo económico	NO	N 94 94,9%	64 97,0%	158 95,8%	0,40	
	SÍ	N 5 5,1%	2 3,0%	7 4,2%		
5) S. relacionadas con la salud propia	NO	N 91 91,9%	61 92,4%	152 92,1%	0,01	
	SÍ	N 8 8,1%	5 7,6%	13 7,9%		
S. relacionadas con problemas psicológicos propios	NO	N 92 92,9%	64 97,0%	156 94,5%	1,25	
	SÍ	N 7 7,1%	2 3,0%	9 5,5%		

En la tabla 70 se observa que tampoco hay asociaciones estadísticamente significativas entre tipificación sexual y el estrés de baja intensidad relacionado con las situaciones laborales y/o de estudios y con las relaciones sociales. Pese a ello, destaca que las situaciones de tipo laboral y/o de estudios son citadas con mayor frecuencia por las personas no tipificadas; al igual que ocurre con la falta de motivación por el trabajo y con las situaciones específicas de los estudios. Por el contrario, en las relaciones sociales, son las personas tipificadas sexualmente las que informan con mayor frecuencia de que éstas constituyen una fuente de estrés de baja intensidad.

**TABLA 70: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones laborales y sociales en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
8) S. laborales/de estudios	NO	N	79	57	136	1,18
		%	79,8%	86,4%	82,4%	
	Sí	N	20	9	29	
		%	20,2%	13,6%	17,6%	
Falta de motivación por el trabajo	NO	N	88	63	151	2,20
		%	88,9%	95,5%	91,5%	
	Sí	N	11	3	14	
		%	11,1%	4,5%	8,5%	
Situaciones específicas de los estudios	NO	N	88	62	150	1,22
		%	88,9%	93,9%	90,9%	
	Sí	N	11	4	15	
		%	11,1%	6,1%	9,1%	
9) Relaciones sociales	NO	N	79	46	125	2,20
		%	79,8%	69,7%	75,8%	
	Sí	N	20	20	40	
		%	20,2%	30,3%	24,2%	
Relaciones interpersonales	NO	N	93	62	155	0,00
		%	93,9%	93,9%	93,9%	
	Sí	N	6	4	10	
		%	6,1%	6,1%	6,1%	
Mala educación de los/as demás	NO	N	97	63	160	0,86
		%	98,0%	95,5%	97,0%	
	Sí	N	2	3	5	
		%	2,0%	4,5%	3,0%	

Finalmente, en la tabla 71, se incluyen las asociaciones entre tipificación sexual y las fuentes de estrés de baja intensidad relativas a la vivienda y las rutinas diarias. Como puede observarse, el tener que madrugar vivido como situación estresante se asocia de forma estadísticamente significativa,  $\chi^2 (1) = 5,48, p < 0,02$ , con tipificación sexual, siendo las personas no tipificadas las que citan con mayor frecuencia dicha situación como fuente de estrés. Otras relaciones altas, aunque no estadísticamente significativas, son las que se dan entre tipificación sexual y las situaciones molestas relacionadas con el ambiente, donde puntúan más alto las personas tipificadas sexualmente.

**TABLA 71: Análisis de contingencia entre tipificación sexual y situaciones rutinarias en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Tipificación		Total	$\chi^2$
			No tipificada	Tipificada		
10) S. relacionadas con la vivienda	NO	N	99	65	164	1,51
		%	100,0%	98,5%	99,4%	
	Sí	N	0	1	1	
		%	,0%	1,5%	,6%	
S. de convivencia	NO	N	84	56	140	0,00
		%	84,8%	84,8%	84,8%	
	Sí	N	15	10	25	
		%	15,2%	15,2%	15,2%	
11) Rutinas diarias	NO	N	16	13	29	0,34
		%	16,2%	19,7%	17,6%	
	Sí	N	83	53	136	
		%	83,8%	80,3%	82,4%	
Tareas domésticas	NO	N	53	36	89	0,02
		%	53,5%	54,5%	53,9%	
	Sí	N	46	30	76	
		%	46,5%	45,5%	46,1%	
Tráfico	NO	N	90	57	147	0,84
		%	90,9%	86,4%	89,1%	
	Sí	N	9	9	18	
		%	9,1%	13,6%	10,9%	

Madrugar	NO	N	70	57	127	5,48**
		%	70,7%	86,4%	77,0%	
	Sí	N	29	9	38	0,04
		%	29,3%	13,6%	23,0%	
Falta de comodidades	NO	N	86	58	144	1,27
		%	86,9%	87,9%	87,3%	
	Sí	N	13	8	21	0,04
		%	13,1%	12,1%	12,7%	
Ambientales	NO	N	74	44	118	1,27
		%	74,7%	66,7%	71,5%	
	Sí	N	25	22	47	1,27
		%	25,3%	33,3%	28,5%	

\*\*  $p < 0,01$

#### 4.6. GÉNERO Y FUENTES DE ESTRÉS

A continuación vamos a presentar los datos relativos a las posibles asociaciones entre las fuentes de alta y baja intensidad y el género, es decir, el hecho de ser hombre o mujer. También hemos realizado tales análisis de forma separada, tal y como lo venimos haciendo hasta ahora, para la población general y para el alumnado universitario

##### 4.6.1. Género y fuentes de estrés de alta intensidad en la población general

Los datos de la población general relativos a las categorías de problemas consigo mismo/a, problemas amorosos y/o de pareja, y los problemas familiares, con sus respectivas subcategorías, podemos verlos en la tabla 72.

Se observa que ninguna de estas categorías ni subcategorías, citadas como fuente de estrés, se asocia de forma estadísticamente significativa con el género. Tan sólo cabe señalar que los problemas familiares son citados en mayor medida por las mujeres que por los hombres, al igual que ocurre con los problemas de la familia extensa o de segundo orden.

**TABLA 72: Análisis de contingencia entre género y problemas personales y familiares en la población general.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
1) P. consigo mismo/a	NO	N %	162 80,2%	258 81,4%	420 80,9%	0,11
	Sí	N %	40 19,8%	59 18,6%	99 19,1%	
Inestabilidad emocional	NO	N %	196 97,0%	300 94,6%	496 95,6%	0,05
	Sí	N %	6 3,0%	17 5,4%	23 4,4%	
2) P. amorosos	NO	N %	117 83,6%	172 87,3%	289 85,8%	0,93
	Sí	N %	23 16,4%	25 12,7%	48 14,2%	
P. de pareja	NO	N %	132 94,3%	190 96,4%	322 95,5%	0,89
	Sí	N %	8 5,7%	7 3,6%	15 4,5%	
3) P. familiares	NO	N %	112 80,0%	140 71,1%	252 74,8%	3,46
	Sí	N %	28 20,0%	57 28,9%	85 25,2%	
P. de los hijos/as	NO	N %	130 92,9%	180 91,4%	310 92,0%	0,25
	Sí	N %	10 7,1%	17 8,6%	27 8,0%	
P. de familia de segundo orden	NO	N %	135 96,4%	184 93,4%	319 94,7%	1,48
	Sí	N %	5 3,6%	13 6,6%	18 5,3%	

En la tabla 73 mostramos las asociaciones entre los problemas de tipo económico y sus subcategorías, con el género. En este tipo de problemas sí encontramos asociaciones estadísticamente significativas. Tal es el caso de los problemas relacionados con créditos o deudas, donde los hombres informan en mayor medida de que les suponen una fuente de estrés de alta intensidad,  $\chi^2(1) = 3,82$ ,  $p <$

0,05. En los problemas económicos en general, son también los hombres quienes informan más de ellos, pero esta asociación no es estadísticamente significativa.

**TABLA 73: Análisis de contingencia entre género y problemas económicos en la población general.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
4) P. económicos	NO	N %	92 65,7%	147 74,6%	239 70,9%	3,15
	Sí	N %	48 34,3%	50 25,4%	98 29,1%	
P. de la economía propia	NO	N %	135 96,4%	189 95,9%	324 96,1%	0,05
	Sí	N %	5 3,6%	8 4,1%	13 3,9%	
P. con créditos, deudas	NO	N %	127 90,7%	189 95,9%	316 93,8%	3,82*
	Sí	N %	13 9,3%	8 4,1%	21 6,2%	

\*p < 0,05

En la tabla 74 presentamos las asociaciones entre el género y los problemas de salud, tanto propios como de la familia y la muerte de familiares. Como puede observarse, se dan asociaciones estadísticamente significativas entre los problemas de salud propios y el género. Tales diferencias se observan en la categoría general de problemas de salud propios,  $\chi^2(1) = 5,36$ ,  $p < 0,02$ , siendo los hombres los que informan con mayor frecuencia de tales circunstancias como fuentes de estrés de alta intensidad. Un análisis de las subcategorías muestra que la asociación estadísticamente significativa,  $\chi^2(1) = 6,50$ ,  $p < 0,01$ , se da en los problemas de salud física, que son citados por los hombres prácticamente con el doble de frecuencia que las mujeres. Por último, aunque las asociaciones no son estadísticamente significativas, destaca la mayor frecuencia con que las mujeres citan como fuente de estrés los problemas relacionados con la salud de la familia.

**TABLA 74: Análisis de contingencia entre género y problemas de salud en la población general.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
5) P. de salud propios	NO	N %	108 77,1%	171 86,8%	279 82,8%	5,36**
	Sí	N %	32 22,9%	26 13,2%	58 17,2%	
P. psicológicos propios	NO	N %	136 97,1%	191 97,0%	327 97,0%	0,01
	Sí	N %	4 2,9%	6 3,0%	10 3,0%	
P. físicos propios	NO	N %	112 80,0%	177 89,8%	289 85,8%	6,50**
	Sí	N %	28 20,0%	20 10,2%	48 14,2%	
6) P. de salud de la familia	NO	N %	120 85,7%	159 80,7%	279 82,8%	1,44
	Sí	N %	20 14,3%	38 19,3%	58 17,2%	
Enfermedades de familiares	NO	N %	132 94,3%	177 89,8%	309 91,7%	2,12
	Sí	N %	8 5,7%	20 10,2%	28 8,3%	
7) Muerte de familiares	NO	N %	137 97,9%	189 95,9%	326 96,7%	0,95
	Sí	N %	3 2,1%	8 4,1%	11 3,3%	

\*\* p < 0,01

La tabla 75 recoge las relaciones entre el género y los problemas de tipo laboral y/o de estudios y sus correspondientes subcategorías. Como puede observarse, ninguna de las asociaciones es estadísticamente significativa. Pese a ello, cabe señalar que los problemas laborales y/o de estudios en general constituyen una mayor fuente de estrés de alta intensidad para los hombres que para las mujeres.



**TABLA 75: Análisis de contingencia entre género y problemas laborales en la población general.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
8) P. laborales/estudios	NO	N %	88 62,9%	141 71,6%	229 68,0%	2,86
	Sí	N %	52 37,1%	56 28,4%	108 32,0%	
Desempleo	NO	N %	133 95,0%	188 95,4%	321 95,3%	0,03
	Sí	N %	7 5,0%	9 4,6%	16 4,7%	
P. específicos de los estudios	NO	N %	132 94,3%	183 92,9%	315 93,5%	0,26
	Sí	N %	8 5,7%	14 7,1%	22 6,5%	
Dificultades para alcanzar objetivos laborales	NO	N %	132 94,3%	185 93,9%	317 94,1%	0,02
	Sí	N %	8 5,7%	12 6,1%	20 5,9%	

En lo que se refiere a los problemas sociales o de amistad, como puede observarse en la tabla 76, tampoco se encontró que se asociasen de forma estadísticamente significativa con el género.

**TABLA 76: Análisis de contingencia entre género y problemas sociales en la población general.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
9) P. en las relaciones sociales	NO	N %	128 91,4%	176 89,3%	304 90,2%	0,40
	Sí	N %	12 8,6%	21 10,7%	33 9,8%	
P. de amistad	NO	N %	136 97,1%	190 96,4%	326 96,7%	0,13
	Sí	N %	4 2,9%	7 3,6%	11 3,3%	
Pérdida de amistades	NO	N %	137 97,9%	193 98,0%	330 97,9%	0,01
	Sí	N %	3 2,1%	4 2,0%	7 2,1%	

Por último, en la tabla 77 se presentan las fuentes de estrés alta intensidad relacionadas con la vivienda y las rutinas diarias. Como puede observarse, aunque no se da ninguna asociación estadísticamente significativa, los hombres citan con mayor frecuencia las rutinas diarias como problemas, si bien se trata de un tipo de respuesta muy infrecuente tanto en hombres como en mujeres.

**TABLA 77: Análisis de contingencia entre género y otro tipo de problemas en la población general.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
10) P. de vivienda	NO	N	132	189	321	0,50
		%	94,3%	95,9%	95,3%	
	Sí	N	8	8	16	
		%	5,7%	4,1%	4,7%	
11) Rutinas diarias	NO	N	135	195	330	2,63
		%	96,4%	99,0%	97,9%	
	Sí	N	5	2	7	
		%	3,6%	1,0%	2,1%	

#### 4.6.2. Género y fuentes de estrés de alta intensidad en el estudiantado universitario

En el caso de la muestra de estudiantes, como se verá a continuación, encontramos más asociaciones estadísticamente significativas entre el género y los tipos de problemas citados que las que veíamos en la población general.

En la tabla 78, que recoge los problemas consigo mismo/a, amorosos y familiares, se observa asociaciones estadísticamente significativas entre el género y los problemas familiares en general,  $\chi^2(1) = 9,86, p < 0,00$ , y los relacionados con la familia de segundo orden,  $\chi^2(1) = 10,35, p < 0,00$ . Ambos tipos de problemas son informados en mayor medida por las alumnas que por los alumnos. El resto de categorías de problemas no se asocian de forma estadísticamente significativa con el género, pero podemos decir que los problemas amorosos, en general, y la inestabilidad

emocional son también más frecuentes en las alumnas que en los alumnos universitarios, si bien esta última categoría es poco citada.

**TABLA 78: Análisis de contingencia entre género y problemas personales y familiares en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
1) P. con uno/a mismo/a	NO	N %	46 74,2%	92 76,7%	138 75,8%	0,14
	Sí	N %	16 25,8%	28 23,3%	44 24,2%	
Inestabilidad emocional	NO	N %	61 98,4%	111 92,5%	172 94,5%	2,72
	Sí	N %	1 1,6%	9 7,5%	10 5,5%	
2) P. amorosos	NO	N %	44 71,0%	74 61,7%	118 64,8%	1,55
	Sí	N %	18 29,0%	46 38,3%	64 35,2%	
P. de pareja	NO	N %	58 93,5%	107 89,2%	165 90,7%	0,93
	Sí	N %	4 6,5%	13 10,8%	17 9,3%	
3) P. familiares	NO	N %	51 82,3%	71 59,2%	122 67,0%	9,87**
	Sí	N %	11 17,7%	49 40,8%	60 33,0%	
P. de familia de segundo orden	NO	N %	61 98,4%	98 81,7%	159 87,4%	10,35***
	Sí	N %	1 1,6%	22 18,3%	23 12,6%	

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,00

En la tabla 79 se muestra el análisis de contingencia entre el género y los problemas de tipo económico y sus subcategorías. Como puede observarse, ninguna de las asociaciones es estadísticamente significativa.

**TABLA 79: Análisis de contingencia entre género y problemas económicos en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
4) P. económicos	NO	N %	40 64,5%	84 70,0%	124 68,1%	0,56
	Sí	N %	22 35,5%	36 30,0%	58 31,9%	
P. de la economía propia	NO	N %	57 91,9%	112 93,3%	169 92,9%	0,12
	Sí	N %	5 8,1%	8 6,7%	13 7,1%	
P. con créditos, deudas	NO	N %	61 98,4%	120 100,0%	181 99,5%	1,95
	Sí	N %	1 1,6%	0 ,0%	1 ,5%	

Ninguna de las asociaciones entre el género y los problemas de salud, ya sean éstos propios o de familiares y la muerte de familiares, son estadísticamente significativas en la muestra del estudiantado universitario. Pese a ello, como se observa en la tabla 80, los hombres informan con mayor frecuencia de problemas propios de salud como fuente de estrés de alta intensidad. Por el contrario, las alumnas citan con mayor frecuencia como fuente de tal estrés los problemas de salud de la familia.

**TABLA 80: Análisis de contingencia entre género y problemas de salud en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
5) P. de salud propios	NO	N %	46 74,2%	97 80,8%	143 78,6%	1,07
	SÍ	N %	16 25,8%	23 19,2%	39 21,4%	
P. psicológicos propios	NO	N %	57 91,9%	112 93,3%	169 92,9%	0,12
	SÍ	N %	5 8,1%	8 6,7%	13 7,1%	
P. físicos propios	NO	N %	51 82,3%	103 85,8%	154 84,6%	0,40
	SÍ	N %	11 17,7%	17 14,2%	28 15,4%	
6) P. de salud de la familia	NO	N %	53 85,5%	90 75,0%	143 78,6%	2,67
	SÍ	N %	9 14,5%	30 25,0%	39 21,4%	
Enfermedades de familiares	NO	N %	57 91,9%	104 86,7%	161 88,5%	1,11
	SÍ	N %	5 8,1%	16 13,3%	21 11,5%	
7) Muerte de familiares	NO	N %	57 91,9%	106 88,3%	163 89,6%	0,57
	SÍ	N %	5 8,1%	14 11,7%	19 10,4%	

En la tabla 81, que recoge los problemas laborales y/o de estudios, se observa que no hay asociaciones estadísticamente significativas entre el género y dichas fuentes de estrés. Aún así, se observa que las mujeres citan con mayor frecuencia problemas específicos de los estudios.

**TABLA 81: Análisis de contingencia entre género y problemas laborales en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
8) P. laborales/estudios	NO	N %	36 58,1%	64 53,3%	100 54,9%	0,37
	Sí	N %	26 41,9%	56 46,7%	82 45,1%	
Desempleo	NO	N %	59 95,2%	115 95,8%	174 95,6%	0,04
	Sí	N %	3 4,8%	5 4,2%	8 4,4%	
P. específicos de los estudios	NO	N %	47 75,8%	79 65,8%	126 69,2%	1,91
	Sí	N %	15 24,2%	41 34,2%	56 30,8%	
Dificultades para alcanzar objetivos laborales	NO	N %	60 96,8%	118 98,3%	178 97,8%	0,46
	Sí	N %	2 3,2%	2 1,7%	4 2,2%	

En la tabla 82 se presentan los problemas de tipo social y sus correspondientes subcategorías citadas por cada género. Como puede observarse, las mujeres informan de más problemas de amistad, siendo esta relación estadísticamente significativa,  $\chi^2(1) = 4,34, p < 0,03$ , si bien se trata de una categoría citada con muy poca frecuencia, especialmente en el caso de los hombres. En la categoría general de relaciones sociales también encontramos que son las mujeres las que informan con mayor frecuencia de este tipo de problemas como fuente de estrés de alta intensidad, pero esta asociación no es estadísticamente significativa.

**TABLA 82: Análisis de contingencia entre género y problemas sociales en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
9) P. en las relaciones sociales	NO	N %	51 82,3%	89 74,2%	140 76,9%	1,51
	Sí	N %	11 17,7%	31 25,8%	42 23,1%	
P. de amistad	NO	N %	61 98,4%	108 90,0%	169 92,9%	4,34*
	Sí	N %	1 1,6%	12 10,0%	13 7,1%	
Pérdida de amistades	NO	N %	56 90,3%	109 90,8%	165 90,7%	0,01
	Sí	N %	6 9,7%	11 9,2%	17 9,3%	

\* p &lt; 0,05

En lo que se refiere a los problemas de vivienda y los relativos a las rutinas diarias, tales como las tareas domésticas o el tráfico, no encontramos relaciones estadísticamente significativas. Aunque se trata de categorías poco citadas, son los alumnos los que las nombran con mayor frecuencia (véase tabla 83).

**TABLA 83: Análisis de contingencia entre género y otro tipo de problemas en el estudiantado universitario.**

Tipo de problema			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
10) P. de vivienda	NO	N %	59 95,2%	118 98,3%	177 97,3%	1,53
	Sí	N %	3 4,8%	2 1,7%	5 2,7%	
11) Rutinas diarias	NO	N %	57 91,9%	116 96,7%	173 95,1%	1,95
	Sí	N %	5 8,1%	4 3,3%	9 4,9%	

#### 4.6.3. Género y fuentes de estrés de baja intensidad en la población general

En la tabla 84 se muestran las asociaciones entre el género y las situaciones recogidas en la categoría de situaciones relacionadas consigo mismo/a, y sus correspondiente subcategorías y en la de situaciones amorosas o de pareja. Como puede observarse, en ninguna de estas fuentes de estrés de baja intensidad encontramos asociaciones estadísticamente significativas con el género. Tan sólo cabe destacar que los hombres citan con mayor frecuencia como fuentes de estrés de baja intensidad cuestiones relacionadas con el choque con los valores de la sociedad actual. Y mientras que cuatro mujeres citaron situaciones relacionadas con la pareja, ninguno de los hombres lo hizo.

**TABLA 84: Análisis de contingencia entre género y situaciones personales en la población general.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
1) S. relacionadas con uno/a mismo/a	NO	N	96	134	230	0,11
		%	68,6%	68,0%	68,2%	
	Sí	N	44	63	107	
		%	31,4%	32,0%	31,8%	
Choque con valores de la sociedad actual	NO	N	129	189	318	2,21
		%	92,1%	95,9%	94,4%	
	Sí	N	11	8	19	
		%	7,9%	4,1%	5,6%	
Falta de tiempo	NO	N	107	146	253	0,24
		%	76,4%	74,1%	75,1%	
	Sí	N	33	51	84	
		%	23,6%	25,9%	24,9%	
2) S. de pareja	NO	N	140	193	333	2,87
		%	100,0%	98,0%	98,8%	
	Sí	N	0	4	4	
		%	,0%	2,0%	1,2%	

En la tabla 85, que incluye las situaciones familiares, económicas y de salud, solo se encuentra una asociación estadísticamente significativa,  $\chi^2(1) = 6,28$ ,  $p < 0,01$ , con el género: la que se establece con las situaciones de tipo económico, informando



los hombres con mayor frecuencia de cuestiones de este tipo, si bien la frecuencia es baja en ambos géneros. En el resto de categorías y subcategorías no encontramos asociaciones estadísticamente significativas. Pese a ello, se observa que, aunque es una categoría poco citada, las mujeres informan de más situaciones relacionadas con la salud propia como fuente de estrés de baja intensidad.

**TABLA 85: Análisis de contingencia entre género y situaciones familiares, de economía y de salud en la población general.**

Tipo de situaciones		Género		Total	$\chi^2$
		Hombre	Mujer		
3) S. de tipo familiar	NO	N 129 92,1%	177 89,8%	306 90,8%	0,52
	Sí	N 11 7,9%	20 10,2%	31 9,2%	
S. de familia de segundo orden	NO	N 135 96,4%	190 96,4%	325 96,4%	0,00
	Sí	N 5 3,6%	7 3,6%	12 3,6%	
4) S. de tipo económico	NO	N 132 94,3%	195 99,0%	327 97,0%	6,28**
	Sí	N 8 5,7%	2 1,0%	10 3,0%	
5) S. relacionadas con la salud propia	NO	N 137 97,9%	187 94,9%	324 96,1%	1,90
	Sí	N 3 2,1%	10 5,1%	13 3,9%	
S. relacionadas con problemas psicológicos propios	NO	N 137 97,9%	189 95,9%	326 96,7%	0,95
	Sí	N 3 2,1%	8 4,1%	11 3,3%	

\*\*  $p < 0,01$

En la tabla 86 se recogen las situaciones laborales y/o de estudios y las relativas a las relaciones sociales, y sus correspondiente subcategorías. Como puede observarse, se dan asociaciones estadísticamente significativas entre el género y las situaciones laborales como fuentes de estrés, tanto en la categoría general,  $\chi^2(1) = 15,56$ ,  $p < 0,00$ , como en las específicas de falta de motivación por el trabajo,  $\chi^2(1) =$

5,70,  $p < 0,01$ , y en las que se derivan del ambiente laboral,  $\chi^2(1) = 7,63$ ,  $p < 0,00$ . En todos los casos son los hombres los que citan con mayor frecuencia tales situaciones como fuentes de estrés. Aunque su frecuencia es muy baja, las mujeres informan como mayores fuentes de estrés las situaciones relativas a las relaciones interpersonales, siendo la asociación estadísticamente significativa,  $\chi^2(1) = 3,81$ ,  $p < 0,05$ .

**TABLA 86: Análisis de contingencia entre género y situaciones laborales y sociales en la población general.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
8) S. laborales/de estudios	NO	N %	94 67,1%	168 85,3%	262 77,7%	15,56***
	Sí	N %	46 32,9%	29 14,7%	75 22,3%	
Falta de motivación por el trabajo	NO	N %	125 89,3%	189 95,9%	314 93,2%	5,70**
	Sí	N %	15 10,7%	8 4,1%	23 6,8%	
Situaciones específicas de los estudios	NO	N %	131 93,6%	191 97,0%	322 95,5%	2,20
	Sí	N %	9 6,4%	6 3,0%	15 4,5%	
Ambiente laboral	NO	N %	122 87,1%	188 95,4%	310 92,0%	7,63***
	Sí	N %	18 12,9%	9 4,6%	27 8,0%	
9) Relaciones sociales	NO	N %	117 83,6%	158 80,2%	275 81,6%	0,62
	Sí	N %	23 16,4%	39 19,8%	62 18,4%	
Relaciones interpersonales	NO	N %	138 98,6%	186 94,4%	324 96,1%	3,81*
	Sí	N %	2 1,4%	11 5,6%	13 3,9%	
Mala educación de los/as demás	NO	N %	131 93,6%	183 92,9%	314 93,2%	0,06
	Sí	N %	9 6,4%	14 7,1%	23 6,8%	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,00$

Finalmente, en la tabla 87, mostramos el resto de categorías de situaciones calificadas como estresantes por la población general. Como puede observarse, hay dos subcategorías de rutinas diarias que se asocian con el género de forma estadísticamente significativa: la realización de las tareas domésticas,  $\chi^2(1) = 3,90$   $p < 0,05$ , que supone una fuente de estrés de baja intensidad más común para las mujeres que para los hombres; y las incomodidades diarias,  $\chi^2(1) = 4,93$   $p < 0,03$ , las cuales, aunque son muy poco frecuentes, son las mujeres quienes las citan más. Otras asociaciones que destacan, aunque no son estadísticamente significativas, son las que se establecen entre el género y las situaciones molestas derivadas de la convivencia y las relacionadas con el tráfico, las cuales son citadas por los hombres con mayor frecuencia como fuente de estrés de baja intensidad.

**TABLA 87: Análisis de contingencia entre género y situaciones rutinarias en la población general.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
10) S. relacionadas con la vivienda	NO	N %	140 100,0%	196 99,5%	336 99,7%	0,71
	Sí	N %	0 ,0%	1 ,5%	1 ,3%	
S. de convivencia	NO	N %	132 94,3%	191 97,0%	323 95,8%	1,46
	Sí	N %	8 5,7%	6 3,0%	14 4,2%	
11) Rutinas diarias	NO	N %	54 38,6%	77 39,1%	131 38,9%	0,09
	Sí	N %	86 61,4%	120 60,9%	206 61,1%	
Tareas domésticas	NO	N %	107 76,4%	131 66,5%	238 70,6%	3,90*
	Sí	N %	33 23,6%	66 33,5%	99 29,4%	
Tráfico	NO	N %	122 87,1%	180 91,4%	302 89,6%	1,57
	Sí	N %	18 12,9%	17 8,6%	35 10,4%	
Madrugar	NO	N %	126 90,0%	182 92,4%	308 91,4%	0,59
	Sí	N %	14 10,0%	15 7,6%	29 8,6%	
Falta de comodidades	NO	N %	139 99,3%	187 94,9%	326 96,7%	4,93*
	Sí	N %	1 ,7%	10 5,1%	11 3,3%	
Ambientales	NO	N %	109 77,9%	145 73,6%	254 75,4%	0,80
	Sí	N %	31 22,1%	52 26,4%	83 24,6%	

\* p < 0,05

#### 4.6.4. Género y fuentes de estrés de alta intensidad en el estudiantado universitario

Tal y como vemos en la tabla 88, en la muestra de estudiantes, no hay asociaciones estadísticamente significativas entre el género y las categorías relacionadas con el sí mismo/a, y sus subcategorías, ni en las situaciones amorosas o de pareja.

**TABLA 88: Análisis de contingencia entre género y situaciones personales en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
1) S. relacionadas con uno/a mismo/a	NO	N %	35 56,5%	70 58,3%	105 57,7%	0,06
	Sí	N %	27 43,5%	50 41,7%	77 42,3%	
Choque con valores de la sociedad actual	NO	N %	60 96,8%	119 99,2%	179 98,4%	1,44
	Sí	N %	2 3,2%	1 ,8%	3 1,6%	
Falta de tiempo	NO	N %	38 61,3%	77 64,2%	115 63,2%	0,15
	Sí	N %	24 38,7%	43 35,8%	67 36,8%	
2) S. de pareja	NO	N %	59 95,2%	113 94,2%	172 94,5%	0,08
	Sí	N %	3 4,8%	7 5,8%	10 5,5%	

La tabla 89 muestra las asociaciones entre el género y las categorías de situaciones de estrés relacionadas con la familia, la economía y la salud y sus respectivas subcategorías. Como puede observarse, ninguna de ellas es estadísticamente significativa. Aún así, se observa que las mujeres informan de mayor número de situaciones molestas de tipo familiar que los hombres. También refieren las alumnas con más frecuencia que los alumnos, como fuentes de estrés de baja intensidad, las situaciones relacionadas con la salud propia y el malestar psicológico,

aunque ambas categorías fueron muy poco citadas como fuente de estrés de baja intensidad.

**TABLA 89: Análisis de contingencia entre género y situaciones familiares, de economía y de salud en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
3) S. de tipo familiar	NO	N %	57 91,9%	98 81,7%	155 85,2%	3,41
	Sí	N %	5 8,1%	22 18,3%	27 14,8%	
S. de familia de segundo orden	NO	N %	58 93,5%	107 89,2%	165 90,7%	0,93
	Sí	N %	4 6,5%	13 10,8%	17 9,3%	
4) S. de tipo económico	NO	N %	60 96,8%	114 95,0%	174 95,6%	0,31
	Sí	N %	2 3,2%	6 5,0%	8 4,4%	
5) S. relacionadas con la salud propia	NO	N %	59 95,2%	109 90,8%	168 92,3%	1,08
	Sí	N %	3 4,8%	11 9,2%	14 7,7%	
S. relacionadas con problemas psicológicos propios	NO	N %	61 98,4%	111 92,5%	172 94,5%	2,73
	Sí	N %	1 1,6%	9 7,5%	10 5,5%	

En la categoría de situaciones laborales y/o de estudio y sus subcategorías tampoco encontramos asociaciones estadísticamente significativas con el género entre el alumnado (véase tabla 90). Tan sólo cabe destacar que, en el caso de las situaciones específicas de los estudios, las alumnas las citan con mayor frecuencia que los estudiantes como fuentes de estrés de baja intensidad.

**TABLA 90: Análisis de contingencia entre género y situaciones laborales y sociales en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
8) S. laborales/ de estudio	NO	N %	52 83,9%	98 81,7%	150 82,4%	0,14
	Sí	N %	10 16,1%	22 18,3%	32 17,6%	
Falta de motivación por el trabajo	NO	N %	57 91,9%	109 90,8%	166 91,2%	0,06
	Sí	N %	5 8,1%	11 9,2%	16 8,8%	
Situaciones específicas de los estudios	NO	N %	59 95,2%	108 90,0%	167 91,8%	1,44
	Sí	N %	3 4,8%	12 10,0%	15 8,2%	
Ambiente laboral	NO	N %	62 100,0%	119 99,2%	181 99,5%	0,52
	Sí	N %	0 ,0%	1 ,8%	1 ,5%	
9) Relaciones sociales	NO	N %	48 77,4%	91 75,8%	139 76,4%	0,06
	Sí	N %	14 22,6%	29 24,2%	43 23,6%	
Relaciones interpersonales	NO	N %	60 96,8%	112 93,3%	172 94,5%	0,93
	Sí	N %	2 3,2%	8 6,7%	10 5,5%	
Mala educación de los/as demás	NO	N %	61 98,4%	116 96,7%	177 97,3%	0,45
	Sí	N %	1 1,6%	4 3,3%	5 2,7%	

En la tabla 91 se observa que se dan asociaciones estadísticamente significativas entre el género y la categoría general de rutinarias diarias,  $\chi^2(1) = 6,99$ ,  $p < 0,00$ , que son citadas por las alumnas con más frecuencia que por los chicos, si bien ambos géneros citan como fuente de estrés de baja intensidad muchas situaciones de

este tipo. Dentro de las subcategorías, también se dan diferencias estadísticamente significativas en el tráfico,  $\chi^2(1) = 5,36$ ,  $p < 0,02$ , situación que es citada con mayor frecuencia por los chicos como una fuente de estrés. Otra asociación que es alta, aunque no significativa desde el punto de vista estadístico es la que se establece entre el género y el hecho de tener que madrugar, siendo las mujeres las que informan en mayor medida que los hombres tal situación como una fuente de estrés de baja intensidad.



**TABLA 91: Análisis de contingencia entre género y situaciones rutinarias en el estudiantado universitario.**

Tipo de situaciones			Género		Total	$\chi^2$
			Hombre	Mujer		
10) S. relacionadas con la vivienda	NO	N %	62 100,0%	119 99,2%	181 99,5%	0,52
	Sí	N %	0 ,0%	1 ,8%	1 ,5%	
S. de convivencia	NO	N %	55 88,7%	102 85,0%	157 86,3%	0,48
	Sí	N %	7 11,3%	18 15,0%	25 13,7%	
11) Rutinas diarias	NO	N %	19 30,6%	17 14,2%	36 19,8%	6,99***
	Sí	N %	43 69,4%	103 85,8%	146 80,2%	
Tareas domésticas	NO	N %	34 54,8%	65 54,2%	99 54,4%	0,00
	Sí	N %	28 45,2%	55 45,8%	83 45,6%	
Tráfico	NO	N %	51 82,3%	112 93,3%	163 89,6%	5,36**
	Sí	N %	11 17,7%	8 6,7%	19 10,4%	
Madrugar	NO	N %	53 85,5%	88 73,3%	141 77,5%	3,46
	Sí	N %	9 14,5%	32 26,7%	41 22,5%	
Falta de comodidades	NO	N %	54 87,1%	107 89,2%	161 88,5%	0,17
	Sí	N %	8 12,9%	13 10,8%	21 11,5%	
Ambientales	NO	N %	47 75,8%	86 71,7%	133 73,1%	0,36
	Sí	N %	15 24,2%	34 28,3%	49 26,9%	

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,00

#### 4.7. ROLES SEXUALES Y ESTILO DE VIDA

Uno de los objetivos del presente trabajo era conocer si los roles sexuales son fuente de diferencias en los hábitos relacionados con la salud de práctica de deporte, consumo de bebidas alcohólicas y conducta de fumar. Para ello se realizaron análisis univariados de varianza. En cada uno se consideró como variable independiente los roles sexuales y como variable dependiente cada una de las variables de estilo de vida citadas. Y tales análisis se hicieron de forma independiente para la muestra de la población general y para el estudiantado universitario, así como para cada género.

##### 4.7. 1. Roles sexuales y estilo de vida en la población general

Cuando se consideró como variable dependiente el número de horas semanales de deporte no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del rol sexual ni en la muestra de mujeres,  $F(3, 191) = 0,97, p > 0,05$ , ni en la de los hombres,  $F(3, 130) = 1,42, p > 0,05$  (véase las medias y desviaciones típicas para cada género en la tabla 92).

**TABLA 92: Medias y desviaciones típicas de horas del deporte en mujeres y hombres de población general.**

Género	Rol sexual	Media	D. T.	N
Mujeres	Andróginas	2,82	3,531	51
	Masculinas	2,25	3,242	20
	Femeninas	1,89	2,424	72
	Indiferenciadas	2,38	3,101	52
Hombres	Andróginos	2,39	3,082	36
	Masculinos	3,75	4,019	55
	Femeninos	4,77	5,674	13
	Indiferenciados	3,03	4,422	30

Cuando la variable dependiente fue el consumo de alcohol tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del rol sexual ni en la muestra de mujeres,  $F(3, 185) = 0,20, p > 0,05$ , ni en la de los hombres,  $F(3, 126) = 0,39, p > 0,05$  (véase las medias y desviaciones típicas en la tabla 93).

**TABLA 93: Medias y desviaciones típicas de consumo de alcohol en mujeres y hombres de población general.**

Género	Rol sexual	Media	D. T.	N
Mujeres	Andróginas	2,88	2,774	50
	Masculinas	3,47	3,204	19
	Femeninas	3,12	3,069	68
	Indiferenciadas	2,87	4,229	52
Hombres	Andróginos	5,50	4,406	34
	Masculinos	4,80	5,221	54
	Femeninos	4,92	4,481	12
	Indiferenciados	4,27	3,523	30

En la tabla 94 se muestran las medias y desviaciones típicas de la conducta de fumar. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del rol sexual en los análisis de varianza en que se consideró tal conducta como variable dependiente, ni en la muestra de mujeres,  $F(3, 192) = 1,29, p > 0,05$ , ni en la de hombres,  $F(3, 134) = 1,81, p > 0,05$ .

**TABLA 94: Medias y desviaciones típicas de número de cigarrillos diarios en mujeres y hombres de población general.**

Género	Rol sexual	Media	D. T.	N
Mujeres	Andróginas	3,71	7,553	51
	Masculinas	1,35	4,660	20
	Femeninas	2,44	6,448	72
	Indiferenciadas	4,57	9,603	53
Hombres	Andróginos	7,03	12,567	38
	Masculinos	3,96	7,534	56
	Femeninos	3,00	4,967	13
	Indiferenciados	2,48	5,501	31

#### **4.7. 2. Roles sexuales y estilo de vida en el estudiantado universitario**

En el caso de las estudiantes universitarias, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas,  $F(3, 116) = 0,74, p > 0,05$ , en función del rol sexual en el tiempo semanal dedicado al deporte. Y tampoco en la muestra de alumnos había diferencias estadísticamente significativas,  $F(3, 56) = 1,26, p > 0,05$ . En la tabla 95 se muestran las medias y desviaciones típicas correspondientes.

**TABLA 95: Medias y desviaciones típicas de horas del deporte en mujeres y hombres de estudiantado universitario.**

Género	Rol sexual	Media	D. T.	N
Mujeres	Andróginas	2,83	2,869	24
	Masculinas	1,50	2,276	12
	Femeninas	1,89	2,295	44
	Indiferenciadas	2,18	3,693	40
Hombres	Andróginos	4,58	3,656	19
	Masculinos	4,91	5,255	22
	Femeninos	2,75	3,202	4
	Indiferenciados	2,40	3,542	15

Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del rol sexual en el consumo de alcohol, ni en las alumnas universitarias,  $F(3, 116) = 0,84, p > 0,05$ ; ni en los alumnos,  $F(3, 58) = 0,83, p > 0,05$ . En la tabla 96 se muestran las medias y las desviaciones típicas de la conducta de consumo de alcohol.

**TABLA 96: Medias y desviaciones típicas de consumo de alcohol en mujeres y hombres de estudiantado universitario.**

Género	Rol sexual	Media	D. T.	N
Mujeres	Andróginas	4,58	2,733	24
	Masculinas	6,67	5,105	12
	Femeninas	4,77	3,665	44
	Indiferenciadas	5,05	4,534	40
Hombres	Andróginos	2,95	2,758	19
	Masculinos	4,55	3,334	22
	Femeninos	4,50	5,916	4
	Indiferenciados	4,41	4,001	17

Finalmente, en la tabla 97 mostramos las medias y desviaciones típicas de la conducta de fumar. En el caso de las alumnas, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas,  $F(3, 116) = 3,00, p < 0,05$ . Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que tales diferencias eran estadísticamente significativas únicamente al comparar las mujeres con rol sexual andrógino con aquellas cuyo rol sexual era indiferenciado. Como puede observarse en la tabla 97, las alumnas que más cigarrillos fuman son las masculinas y las que menos las indiferenciadas. En el

caso de los alumnos no había diferencias estadísticamente significativas en la conducta de fumar,  $F(3, 58) = 0,35, p > 0,05$ .

**TABLA 97: Medias y desviaciones típicas de consumo de tabaco en mujeres y hombres de estudiantado universitario.**

<b>Género</b>	<b>Rol sexual</b>	<b>Media</b>	<b>D. T.</b>	<b>N</b>
<b>Mujeres</b>	<b>Andróginas</b>	4,04	6,444	24
	<b>Masculinas</b>	7,58	6,215	12
	<b>Femeninas</b>	2,59	5,780	44
	<b>Indiferenciadas</b>	2,25	5,153	40
<b>Hombres</b>	<b>Andróginos</b>	1,05	3,153	19
	<b>Masculinos</b>	1,95	5,669	22
	<b>Femeninos</b>	,00	,000	4
	<b>Indiferenciados</b>	2,18	5,457	17

#### **4.8. ROLES SEXUALES Y SATISFACCIÓN CON LOS ROLES OCUPACIONALES EN LA MUESTRA TOTAL**

Para conocer si existe asociación entre los roles sexuales y el tipo de rol ocupacional desempeñado realizamos análisis de contingencia. Dichos análisis se realizaron únicamente para la muestra total del estudio. En un primer análisis separamos a los/as estudiantes del resto de las profesiones (véase tabla 98) y en otro análisis posterior incluimos una tercera categoría en la que incluimos a las amas de casa.

En la tabla 98 se muestran los datos del primer análisis. La prueba Chi cuadrado mostró que las asociaciones eran solo marginalmente significativas desde un punto de vista estadístico,  $\chi^2(3) = 6,85, p = 0,077$ . Como puede observarse en dicha tabla, las personas que trabajan están distribuidas de una forma bastante homogénea en cada una de las categorías de rol sexual, aunque hay algunos/as más en androginia. En el estudiantado, el rol sexual más representado es el indiferenciado, seguido del femenino, siendo el menos frecuente el masculino.

**TABLA 98: Análisis de contingencia entre roles sexuales y roles ocupacionales en la muestra total.**

Roles sexuales		Rol ocupacional		
		Estudiante	Trabajador/a	TOTAL
<b>Androginia</b>	N	57	69	126
	%	21,8%	29,2%	25,4%
<b>Masculinidad</b>	N	51	56	107
	%	19,5%	23,7%	21,5%
<b>Feminidad</b>	N	74	55	129
	%	28,4%	23,3%	26,0%
<b>Indiferenciación</b>	N	79	56	135
	%	30,3%	23,7%	27,2%
<b>TOTAL</b>	N	261	236	497
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Quando incluimos como un rol ocupacional más a las amas de casa, la asociación entre rol sexual y rol ocupacional desempeñado sí fue estadísticamente significativa,  $\chi^2(6) = 13,04$ ,  $p < 0,05$ . Como se observa en la tabla 99, más de la mitad de las amas de casa tienen un rol sexual indiferenciado y no hay ninguna con rol sexual masculino.

**TABLA 99: Análisis de contingencia entre roles sexuales y roles ocupacionales en la muestra total.**

Roles sexuales		Rol ocupacional			
		Estudiante	Trabajador/a	Amas de casa	TOTAL
<b>Androginia</b>	N	57	69	2	126
	%	21,7%	29,2%	20,0%	25,4%
<b>Masculinidad</b>	N	51	56	0	107
	%	19,5%	23,7%	,0%	21,5%
<b>Feminidad</b>	N	74	55	2	129
	%	28,4%	23,3%	20,0%	26,0%
<b>Indiferenciación</b>	N	79	56	6	135
	%	30,3%	23,7%	60,0%	27,2%
<b>TOTAL</b>	N	261	236	10	507
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 100 mostramos el análisis de contingencia entre los roles sexuales y la satisfacción con el rol ocupacional desempeñado. Aunque el análisis de Chi cuadrado mostró que no había asociaciones estadísticamente significativas,  $\chi^2(6) = 5,07$ ,  $p > 0,05$ , sí puede observarse en dicha tabla que es más común que las personas indiferenciadas tengan una satisfacción media o baja con el rol ocupacional.

**TABLA 100: Análisis de contingencia entre roles sexuales y satisfacción con el rol ocupacional en la muestra total.**

Roles sexuales		Satisfacción con el rol ocupacional			
		Baja	Media	Alta	TOTAL
<b>Androginia</b>	N	30	34	57	121
	%	23,6%	23,6%	26,1%	24,7%
<b>Masculinidad</b>	N	20	29	52	101
	%	15,7%	20,1%	23,9%	20,7%
<b>Feminidad</b>	N	37	37	55	129
	%	29,1%	25,7%	25,2%	26,4%
<b>Indiferenciación</b>	N	40	44	54	138
	%	31,5%	30,6%	24,8%	28,2%
<b>TOTAL</b>	N	127	144	218	489
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Finalmente, analizamos la asociación entre el rol ocupacional desempeñado y la satisfacción con el mismo, encontrando resultados estadísticamente significativos,  $\chi^2(4) = 16,71$ ,  $p < 0,01$ . Como se observa en la tabla 101, las personas menos satisfechas con su rol ocupacional son las amas de casa y las que más los/as estudiantes.

**TABLA 101: Análisis de contingencia entre roles ocupacionales desempeñados y satisfacción con el rol laboral en la muestra total.**

Satisfacción con el rol ocupacional		Rol ocupacional			
		Estudiante	Trabajador/a	Ama de casa	TOTAL
<b>Baja</b>	N	48	71	4	123
	%	18,8%	32,4%	50,0%	25,5%
<b>Media</b>	N	76	63	3	142
	%	29,8%	28,8%	37,5%	29,5%
<b>Alta</b>	N	131	85	1	217
	%	51,4%	38,8%	12,5%	45,0%
<b>TOTAL</b>	N	255	219	8	482
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### 4.9. ROLES SEXUALES Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El último objetivo del presente trabajo perseguía conocer si existían diferencias en la frecuencia de los roles sexuales en función de las variables sociodemográficas. Para ello, realizamos tablas de contingencia con la muestra total, cuyos resultados mostramos a continuación.

En la tabla 102 se muestra el análisis de contingencia entre los roles sexuales y los grupos de edad. La prueba de Chi cuadrado mostró que existían asociaciones estadísticamente significativas,  $\chi^2(12) = 27,50$ ,  $p < 0,01$ . Como puede observarse, los cuatro roles sexuales tienen una representación similar en la población total, pero es destacable que el rol sexual indiferenciado es más común en las personas de entre 20 y 24 años; mientras que tanto la masculinidad como la feminidad es más frecuente en el grupo de más edad. Y en las edades medias (de 25 a 49 años) encontramos más personas andróginas.



**TABLA 102: Análisis de contingencia entre roles sexuales y grupos de edad en la muestra total.**

Roles sexuales		Grupos de edad					TOTAL
		Menos de 20	Entre 20 y 24 años	Entre 25 y 39 años	Entre 40 y 49 años	Entre 50 y 74 años	
<b>Androginia</b>	N	18	42	48	21	3	132
	%	20,7%	20,6%	34,5%	36,8%	10,3%	25,6%
<b>Masculinidad</b>	N	19	37	37	8	9	110
	%	21,8%	18,1%	26,6%	14,0%	31,0%	21,3%
<b>Feminidad</b>	N	26	60	25	12	9	132
	%	29,9%	29,4%	18,0%	21,1%	31,0%	25,6%
<b>Indiferenciación</b>	N	24	65	29	16	8	142
	%	27,6%	31,9%	20,9%	28,1%	27,6%	27,5%
<b>TOTAL</b>	N	87	204	139	57	29	516
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

También encontramos que la asociación entre los roles sexuales y el nivel de estudios es estadísticamente significativa,  $\chi^2(6) = 13,80$ ,  $p < 0,05$ . En la tabla 103 se muestra la tabla de contingencia entre estas dos variables. Como puede observarse, el rol sexual indiferenciado es más común entre las personas con estudios básicos, al igual que ocurre con la masculinidad. Es más común que las personas andróginas tengan estudios medios y las personas con estudios universitarios muestran con mayor frecuencia roles sexuales femeninos e indiferenciados.

**TABLA 103: Análisis de contingencia entre roles sexuales y el nivel de estudios en la muestra total.**

Roles sexuales		Nivel de estudios			
		Básicos	Medios	Universitarios	TOTAL
<b>Androginia</b>	N	19	32	80	131
	%	21,1%	34,8%	24,0%	25,4%
<b>Masculinidad</b>	N	25	24	62	111
	%	27,8%	26,1%	18,6%	21,5%
<b>Feminidad</b>	N	19	18	96	133
	%	21,1%	19,6%	28,7%	25,8%
<b>Indiferenciación</b>	N	27	18	96	141
	%	30,0%	19,6%	28,7%	27,3%
<b>TOTAL</b>	N	90	92	334	516
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la asociación entre roles sexuales y profesión, no encontramos asociaciones estadísticamente significativas,  $\chi^2(12) = 19,03$ ,  $p > 0,05$ . Pese a ello, en la tabla 104 se puede observar que en algunas profesiones son más o menos comunes determinados roles sexuales, destacando que casi la tercera parte de los/as estudiantes se califican como indiferenciados, el 17,9% de las personas con trabajo manual se califican como femeninas, y la tercera parte de las personas con trabajo no manual son andróginas.

**TABLA 104: Análisis de contingencia entre roles sexuales y la profesión en la muestra total.**

Roles sexuales		Profesión					TOTAL
		Estudiante	T. Manual	T. no manual	Profesional	Ama de casa	
<b>Androginia</b>	N	57	20	26	23	2	128
	%	21,8%	25,6%	34,2%	28,0%	20,0%	25,2%
<b>Masculinidad</b>	N	51	20	17	19	0	107
	%	19,5%	25,6%	22,4%	23,2%	,0%	21,1%
<b>Feminidad</b>	N	74	14	21	20	2	131
	%	28,4%	17,9%	27,6%	24,4%	20,0%	25,8%
<b>Indiferenciación</b>	N	79	24	12	20	6	141
	%	30,3%	30,8%	15,8%	24,4%	60,0%	27,8%
<b>TOTAL</b>	N	261	78	76	82	10	507
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 105 se muestran los datos relativos a la asociación entre el estado civil y los roles sexuales. Dicha asociación tampoco es estadísticamente significativa,  $\chi^2(6) = 6,28, p > 0,05$ .

**TABLA 105: Análisis de contingencia entre roles sexuales y estado civil en la muestra total.**

Roles sexuales		Nivel de estudios			TOTAL
		Soltero/a	Casado/a - Pareja de hecho	Separado/a – Divorciado/a – Viudo/a	
<b>Androginia</b>	N	90	34	8	132
	%	23,5%	29,8%	44,4%	25,6%
<b>Masculinidad</b>	N	84	23	4	111
	%	21,9%	20,2%	22,2%	21,6%
<b>Feminidad</b>	N	103	25	3	131
	%	26,9%	21,9%	16,7%	25,4%
<b>Indiferenciación</b>	N	106	32	3	141
	%	27,7%	28,1%	16,7%	27,4%
<b>TOTAL</b>	N	383	114	18	515
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por último, se analizó la asociación entre los roles sexuales y el número de hijos/as, encontrando que tampoco es estadísticamente significativa,  $\chi^2(9) = 11,76$ ,  $p > 0,05$ . En la tabla 106 vemos los datos correspondientes a este análisis.

**TABLA 106: Análisis de contingencia entre roles sexuales y número de hijos/as en la muestra total.**

Roles sexuales		Número de hijos/as				TOTAL
		Sin hijos/as	Uno/a	Dos	Más de dos	
<b>Androginia</b>	N	93	11	19	5	128
	%	23,7%	39,3%	33,3%	19,2%	25,4%
<b>Masculinidad</b>	N	85	5	10	6	106
	%	21,6%	17,9%	17,5%	23,1%	21,0%
<b>Feminidad</b>	N	104	9	13	4	130
	%	26,5%	32,1%	22,8%	15,4%	25,8%
<b>Indiferenciación</b>	N	111	3	15	11	140
	%	28,2%	10,7%	26,3%	42,3%	27,8%
<b>TOTAL</b>	N	393	28	57	26	504
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## 5. RESUMEN, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La diferenciación de las personas en función del sexo asignado al nacer es una práctica común en la mayoría de las sociedades humanas, asignándoles no solo conductas y roles específicos sino considerando también que sus características psicológicas deben de ser diferentes. Tradicionalmente se ha considerado que la naturaleza de mujeres y hombres era, no solo muy distinta, sino también complementaria, por lo que muchas de las prácticas sociales se han organizado en torno a tales diferencias, considerando que eran normales y saludables, tanto para la persona como para la organización social. Pero, como señalan Matud *et al.* (2002) las investigaciones de las últimas décadas han mostrado que no es así. Pero, pese a los muchos estudios publicados, sigue sin estar clara la relevancia que los roles sexuales y la socialización tradicional de género tiene en la salud de mujeres y hombres. Además, la mayoría de dichos estudios se han realizado con personas de otros países por lo que no se conoce con exactitud cual es la realidad en nuestro medio sociocultural.

Por ello, el **objetivo del presente estudio** es conocer la medida en que el seguimiento de los roles sexuales tradicionales, es decir, la tipificación sexual, se asocia con salud, entendida esta no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar de los seres humanos.

Para el logro de dicho objetivo realizamos un diseño transversal, pasando una serie de instrumentos que evalúan roles sexuales y diferentes indicadores de salud a dos muestras distintas: una formada por 337 personas de la población general de distintas características sociodemográficas y otra homogénea, en cuanto a nivel educativo y ocupacional, integrada por 182 estudiantes universitarios/as de psicología. Todo ello en un intento de conocer la medida en que la asociación entre roles sexuales

y salud se daba tanto en personas de diferentes niveles sociodemográficos como en muestras más homogéneas y de alto nivel formativo.

Encontramos que la muestra total de personas que participaron en el estudio se distribuyen con una frecuencia bastante similar en las cuatro opciones de rol sexual evaluadas a través del Inventario de roles sexuales de Sandra Bem (BSRI,1974): *masculinas*, definidas como las personas con altas puntuaciones en la escala de masculinidad y bajas en la de feminidad; *femeninas*, que son las que presentan altas puntuaciones en la escala de feminidad y bajas en masculinidad; *andróginas*, definidas por puntuaciones altas tanto en la escala de masculinidad como en la de feminidad; e *indiferenciadas*, que son las que puntúan bajo en las escalas de masculinidad y de feminidad. Dicha distribución también era similar cuando se analizaba la submuestra de la población general pero, en la del alumnado universitario, era algo más frecuente el rol indiferenciado y menos el masculino. Aunque no está claro el origen de tales diferencias, quizá sea un efecto asociado a la edad, ya que también hemos encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre roles de género y grupos de edad, siendo más común en las personas más jóvenes el rol sexual indiferenciado. Por el contrario, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en los análisis cuantitativos del BSRI: masculinidad, feminidad, deseabilidad social y tipificación sexual.

También encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre los roles sexuales y el género, siendo más común que las mujeres se clasificasen como femeninas y los hombres como masculinos, resultados que coinciden con los planteamientos de Bem (1981a) de que, en lo relativo a la tipificación sexual, los hombres son más masculinos y las mujeres más femeninas. Pero también encontramos tanto mujeres como hombres en el resto de categorías. De hecho, prácticamente la cuarta parte de la población se clasificaba como andrógina; otro porcentaje similar lo hacía como indiferenciada, y casi la quinta parte mostraba tipificación cruzada, con un 10% de mujeres que eran clasificadas como masculinas y un 8,4% de hombres clasificados como femeninos.

El **primer grupo de objetivos específicos** se centraba en el análisis de las asociaciones entre las opciones de rol sexual y la salud, tanto en la muestra de la población general como entre el estudiantado universitario de psicología. Encontramos que, en la población general, al analizar la sintomatología de salud mental, los roles sexuales interactuaban con el género, lo que indica que el seguimiento de tales roles tiene un efecto diferente en las mujeres y en los hombres. En estos, la sintomatología somática es significativamente menor en los indiferenciados, diferencias que eran estadísticamente significativas con respecto a los femeninos y, en menor medida, con los andróginos. Los hombres con rol sexual femenino mostraban peor salud mental, aunque no todas las diferencias eran estadísticamente significativas, quizá como consecuencia de que solo 13 de los hombres fueron clasificados como femeninos. Por el contrario, eran las mujeres indiferenciadas las que mostraban mayor sintomatología somática, así como de ansiedad e insomnio y de malestar psicológico, diferencias que eran estadísticamente significativas respecto a las andróginas.

En la muestra del estudiantado universitario los roles sexuales interaccionaban con el género solo en la sintomatología de ansiedad e insomnio. Encontramos que, entre los alumnos, los indiferenciados tenían mayor sintomatología que los femeninos, mientras que en las alumnas no había diferencias en tal sintomatología en función de los roles sexuales. Y, en el resto de sintomatología mental, no se daban diferencias en función de los roles sexuales en ninguno de los géneros.

Así, todo indica que el efecto de los roles sexuales en la salud mental es muy complejo, dependiendo no solo del género sino de otros factores tales como el tipo de población estudiada. En todo caso, se constata que las mujeres andróginas de la población general tienen mejor salud mental que las que tiene otros roles sexuales, especialmente las indiferenciadas.

En todo caso, se confirma la idea de que la tipificación sexual no representa una clara ventaja en cuanto a salud mental se refiere, ya que ni los hombres “masculinos” ni las mujeres “femeninas” se caracterizan por una mayor salud mental.

También encontramos que el género era una fuente de diferencias, tanto en la población general como en el estudiantado universitario, mostrando las personas del género masculino menor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio y menor estrés psicológico que las mujeres, resultados que coinciden con los de otros estudios (Emslie, Fuhrer, Hunt, Macintyre, Shipley y Stansfel, 2002; Mirowsky y Ross, 1995). Por el contrario, las diferencias en depresión entre mujeres y hombres no eran estadísticamente significativas, resultado que quizá pueda ser consecuencia del tipo de escala utilizada para la evaluación de la depresión, la del GHQ-28, que mide sintomatología depresiva grave. Aunque también puede influir otros factores relativos al tipo de muestra, ya que hay datos realizados también con población canaria y utilizando la escala de depresión del GHQ-28 que constatan la relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

En los indicadores de salud física, tales como número de enfermedades anteriores, actuales y consumo de medicamentos, los roles sexuales no eran fuente de diferencias. Por el contrario, las mujeres de la población general informaban de mayor número de enfermedades actuales y de mayor consumo de medicamentos que los hombres, diferencias que no se encontraron en el alumnado universitario. Estos datos coinciden en alguna medida con los de otros/as autores/a que plantean que las diferencias entre mujeres y hombres en salud dependen de múltiples factores, entre los que incluyen variables de tipo sociodemográfico y educativas (Davidson *et al.*, 2006; Lahelma *et al.*, 2001; Macyntire *et al.*, 1996).

En lo relativo a las variables de autoestima no encontramos diferencias entre las mujeres y hombres de la población general ni tampoco en la del estudiantado universitario, pero sí en función de los roles sexuales. De este modo, y en línea con lo que planteaba Bem (1977), hemos encontrado que las personas que se valoran a sí mismas de forma más positiva son las masculinas, siendo las indiferenciadas las que peor lo hacen. También hemos encontrado que éstas son las que muestran menor confianza en sí mismas, contrariamente a lo planteado por algunos/as autores/as que



consideran que serían las personas con rol sexual femenino las que tienen menor autoestima ya que, como se vio en la introducción, hay autores/as que plantean que los roles femeninos clásicos llevan asociados muchos aspectos que amenazan la autoestima (véase, por ejemplo, Weissman y Klerman, 1977; García-Mina *et al.* 2001). Las personas, tanto mujeres como hombres, que muestran mayor autoestima son las masculinas y las andróginas, resultado este último que coincide en alguna medida con lo planteado por Burin y Meler (2000) de que la androginia es el patrón de comportamiento más resistente y sano.

Al analizar la relevancia de los roles sexuales en el apoyo social, solo encontramos que se asociaban con diferencias en el apoyo social instrumental en el caso del alumnado de psicología, siendo mayor en las personas andróginas que en las indiferenciadas. Y encontramos diferencias de género solo en el apoyo social instrumental, que era mayor en las mujeres que en los hombres, diferencias que se daban tanto en la muestra de la población general como en la del alumnado universitario.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en función de los roles sexuales ni del género en la cantidad de estrés experimentado, resultados que se dieron tanto en la población general como en el alumnado universitario. Por el contrario, aunque no había diferencias de género en la población general en satisfacción con el rol ocupacional, las estudiantes de psicología estaban más satisfechas con su rol como tal que sus colegas del género masculino. Dado que se trata de estudios que cursan eminentemente las mujeres, pudiera ser que los chicos se sintiesen más desencantados. Además, tal satisfacción puede no estar tan relacionada con el hecho de estudiar sino con otros factores tales como el ambiente, la proyección de futuro, etc.

En cuanto a las diferencias en función de los roles sexuales y del género en los factores de personalidad, encontramos que tan sólo en la variable extraversión había diferencias estadísticamente significativas en función de los roles sexuales, diferencias que se dan en ambas submuestras. De nuevo, son las personas con rol sexual masculino, seguido muy de cerca por las andróginas, las que mayores puntuaciones

obtienen en esta variable, siendo menos extravertidas las de rol femenino y, las que menos, las de rol sexual indiferenciado.

Los efectos del género eran estadísticamente significativos en los factores de conformidad, donde son los hombres de la población general los que obtienen mayores puntuaciones respecto a las mujeres, y en el de neuroticismo, obteniendo las mujeres puntuaciones más altas, diferencia que fue estadísticamente significativa en ambas submuestras. Este resultado coincide con el de la bibliografía sobre las diferencias de género en neuroticismo, donde generalmente se encuentra que la puntuación es más alta en las mujeres (véase, por ejemplo, Costa, Terracciano y McCrae, 2001; Francis, 1993; Lynn y Martin, 1997). En general, los resultados encontrados en las diferencias de género en las dimensiones básicas de personalidad parecen ser congruentes con algunos de los resultados obtenidos en otros países recogidos en el estudio de Lynn y Martin. Dichos autores compararon en 37 países las puntuaciones de mujeres y hombres en las tres dimensiones de personalidad de Eysenck, encontrando en todos ellos una mayor puntuación de las mujeres en neuroticismo. Además, en 34 países los hombres puntuaban más alto que las mujeres en psicoticismo, y en 30 los hombres puntuaban más alto en extraversión.

**Como conclusión a este primer grupo de objetivos** podemos decir que, en general, no hay un rol sexual que sea mejor que otro en lo que a la salud se refiere, dependiendo la asociación entre roles sexuales y salud del tipo de indicador que se considere, de que se trate de mujeres u hombres e, incluso, del tipo de población estudiada. Parece que para los hombres de la población general es más saludable el rol sexual indiferenciado y se asocia con peor salud mental y menor autoestima el rol sexual femenino, asociándose también la indiferenciación en el rol sexual con menor sintomatología somática y malestar psicológico. Por el contrario, para las mujeres de la población general, la indiferenciación se asocia con peor salud, apareciendo la androginia como protectora de la salud mental.

Pero tales resultados difieren en la muestra del alumnado universitario, donde la asociación entre roles sexuales y salud es menor. Además, se dan algunas

diferencias notables en los chicos en las asociaciones entre roles sexuales y la sintomatología de ansiedad e insomnio, donde el rol sexual femenino es el que se asocia con menor sintomatología de este tipo y el indiferenciado el que más. Aunque dichos resultados deben tomarse con cautela ya que son muy pocos los hombres que se clasifican como teniendo un rol sexual femenino, podría ser un indicador, aunque indirecto, de la importancia que en la salud mental de los hombres puede tener el ser capaz de incorporar elementos expresivos. Así, como se citó en la introducción, recientemente están apareciendo voces críticas acerca de la consideración de la masculinidad como factor de salud en los hombres (Courtenay, 2000; Good *et al.*, 2000) constatándose que el rol masculino se asocia con más estrés (Eisler *et al.*, 1988). Pese a ello, dadas las connotaciones positivas que en nuestra sociedad tiene la masculinidad, el identificarse con los valores de la feminidad puede tener un costo elevado para la salud mental de los hombres de la población general, sucediendo lo opuesto con algunos alumnos de psicología en los que se observa que los clasificados con rol sexual femenino tienen menor sintomatología de ansiedad e insomnio. Aunque se desconocen cuales pueden ser los factores clave de tales diferencias, pueden ser relevantes distintos elementos ya que, en el caso del alumnado universitario, se trata de una población homogénea caracterizada por ser jóvenes, estudiantes universitarios, y haber elegido una carrera que no es típicamente masculina. En este sentido, sería necesario replicar los estudios con una muestra mayor y con estudiantes de otras titulaciones.

Se comprueba así, tal como decía Bem (1981a), que estar tipificado sexualmente, o adscribirse de forma rígida a los roles sexuales, es más negativo para la salud que un funcionamiento personal más basado en los polos de androginia o indiferenciación. No obstante, a la vista de estos datos, se constata que la indiferenciación no es positiva para las mujeres, quizás porque el hecho de no estar representada por ninguna característica, ni masculina ni femenina, hace que las mujeres se sientan aún más desorientadas en un mundo en que los roles sociales están modificándose.

**También tratamos de conocer si**, en ambas poblaciones, **existía asociación entre el grado de tipificación sexual y salud**. Análisis que se realizaron excluyendo a las personas con tipificación cruzada y utilizando las variable cuantitativas de tipificación sexual y de masculinidad y feminidad. Aunque en la muestra de la población general se observaba una ligera asociación entre tipificación sexual femenina y sintomatología somática, de ansiedad e insomnio y malestar psicológico, dichas asociaciones no se encontraron cuando se realizaron tales resultados por separado para hombres y mujeres, si bien en este último grupo encontramos una ligera asociación con disfunción social. Las asociaciones entre tipificación sexual femenina y sintomatología mental eran mayores en el caso del alumnado universitario, siendo más alta en la muestra de chicos.

En cuanto a las asociaciones entre masculinidad y feminidad con los síntomas de salud mental encontramos que, en la población general, mientras que las puntuaciones en masculinidad no correlacionan de forma estadísticamente significativa con sintomatología de salud mental en la muestra de hombres, los que tenían altas puntuaciones en feminidad informan en mayor medida de síntomas somáticos y de malestar psicológico. En cambio, para las mujeres, las puntuaciones altas en masculinidad se asociaban con menor sintomatología, pareciendo funcionar, por tanto, como un factor protector de todos los síntomas negativos de salud mental. Y la feminidad también se asociaba negativamente con algunos síntomas de salud mental.

En el caso del alumnado universitario encontramos que, aunque no había correlaciones estadísticamente significativas entre salud mental y masculinidad y feminidad en el caso de las chicas, en los chicos la masculinidad se asocia a menor sintomatología de salud mental.

Al analizar la asociación con la salud autoinformada encontramos que, aunque la tipificación sexual femenina se asocia con un mayor número de enfermedades y consumo de medicamentos, tales relaciones desaparecen al realizar las correlaciones por separado en las muestras de mujeres y hombres. Además, el alumnado con puntuaciones más altas en masculinidad informa de un menor consumo de fármacos.

Cuando analizamos los datos relativos a la autoestima y las correlaciones que mantienen con la masculinidad y feminidad, encontramos la misma tendencia que vimos al analizar de forma cualitativa los roles sexuales. Se refuerza el hecho de que, para los hombres, el tener una tipificación sexual más femenina que masculina limita el desarrollo de una buena autoestima en general, ya que informan de una mayor valoración negativa de sí mismos y de una menor autoconfianza. En las mujeres, en ambas muestras, la tipificación sexual femenina se asocia con menor confianza en sí misma aunque es independiente de la valoración negativa de sí misma.

Respecto a las asociaciones entre masculinidad y feminidad y los dos factores de autoestima, encontramos asociaciones positivas entre masculinidad y autoestima, asociaciones que se daban tanto en mujeres como en hombres y tanto en la muestra de población general como en la de estudiantes universitarios/as. Y aunque, tanto en los hombres de la población general como en la del alumnado universitario, la feminidad no se asociaba con autoestima, en las mujeres de la población general también la feminidad se asociaba con autoestima.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre tipificación sexual y apoyo social, tanto emocional como instrumental. Respecto a la asociación de dichas formas de apoyo social con masculinidad, solo eran estadísticamente significativas en el caso del alumnado, mostrando una cierta tendencia a mayor apoyo las personas con puntuaciones más altas en masculinidad. Y en cuanto a la feminidad, no correlacionaba con apoyo social en el caso de los hombres, tanto de la población general como la del alumnado. En el caso de las mujeres, la feminidad se asociaba con apoyo social de ambos tipos, si bien en el caso de las alumnas solo lo hacía con el apoyo social instrumental.

Otras variables estudiadas han sido las relacionadas con el estrés y la satisfacción con el rol ocupacional. En la muestra de la población general encontramos que, tanto la tipificación sexual como la feminidad, se asociaban con más contrariedades diarias pero solo en el caso de los hombres, siendo la masculinidad independiente de las medidas de estrés. Por el contrario, en la muestra de estudiantes

universitarios/as era la masculinidad la que se asociaba con más contrariedad diarias y con satisfacción con el rol como estudiantes en el caso de los chicos, y con más estrés crónico en el caso de las chicas.

En cuanto a las variables de personalidad, encontramos que, tanto las mujeres como los hombres con tipificación sexual femenina tienden a ser menos extravertidos. Además, estos tienden también a mayor neuroticismo. Dichas asociaciones entre tipificación sexual y personalidad citadas parecen ser comunes en el género masculino, ya que también se han encontrado en los alumnos universitarios. Por el contrario, en el caso de las mujeres los patrones son diferentes según el tipo de muestra, asociándose en las alumnas universitarias la tipificación sexual con un mayor neuroticismo.

Tanto en la muestra de la población general como en la de alumnado y tanto en hombres como en mujeres, masculinidad se asocia con extraversión, sucediendo lo mismo, pero solo en el caso de las mujeres, con feminidad, aunque el porcentaje de varianza compartida es menor. Y, aunque en la muestra de la población general, tanto masculinidad como feminidad aparecen independientes del resto de dimensiones de personalidad, en la del estudiantado, la masculinidad se asocia negativamente con neuroticismo, asociándose también con conformidad en el caso de las alumnas.

El **siguiente grupo de objetivos** planteados se dirigían al análisis de la relevancia de la tipificación sexual y del género en el **tipo de estímulos que son percibidos como estresantes**. Concretamente, se ha analizado las asociaciones entre el hecho de estar o no tipificado sexualmente y el ser hombre o mujer con las fuentes de estrés de alta y de baja intensidad, análisis que se ha hecho de forma independiente en la muestra de población general y en la del estudiantado universitario. Veamos los resultados más importantes encontrados.

El primer dato que destaca es que encontramos pocas asociaciones estadísticamente significativas, sobre todo en función de estar o no tipificado, no encontrando ninguna en la población general y sólo una en la muestra de estudiantes. Así, cuando hicimos estos análisis atendiendo a si se estaba o no tipificado sexualmente no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre personas

tipificadas y no tipificadas en las fuentes de estrés de alta intensidad, ni dentro de la población general ni en el estudiantado universitario.

Al analizar la cantidad y tipo de estímulos que consideran les genera estrés de alta intensidad, destaca que la muestra de estudiantes informa de más problemas que la muestra de población general. Los problemas más importantes para éstos/as últimos/as son los familiares, los relacionados con la economía y los laborales. En el caso del alumnado, los problemas más nombrados, además de los informados por la población general, son los relacionados consigo mismos/as, los problemas amorosos, los de salud propia y de la familia, los específicos de los estudios y los que tienen que ver con las relaciones sociales.

Tampoco en las fuentes de estrés de baja intensidad encontramos muchas diferencias significativas en función de estar o no tipificado sexualmente. En el estrés de baja intensidad no encontramos asociaciones significativas entre estar o no tipificado y fuentes de estrés en la muestra en la población general, mientras que en el estudiantado universitario tan sólo hay diferencias en este sentido en la situación molesta de madrugar, suponiendo mayor estrés para las personas no tipificadas que para las que si lo están.

Tanto la población general como el alumnado informa aproximadamente de las mismas situaciones como fuente de estrés de baja intensidad. En la población general destacan las relacionadas con uno/a mismo/a, la falta de tiempo, las situaciones laborales, las rutinas diarias, la realización de las tareas domésticas y las relacionadas con el ambiente (ruidos, contaminación). Entre el alumnado, encontramos como más frecuentes todas las anteriores y, además, las asociadas a las relaciones sociales y el hecho de madrugar.

Al analizar la relevancia del género en las fuentes de estrés en la población general, encontramos que las fuentes de alta intensidad en las que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres son los problemas financieros, como son las deudas o créditos pendientes. Como se espera de los estereotipos clásicos y de los roles sociales tradicionales, son los hombres los que informan en mayor medida de

estos problemas. También son los hombres los más preocupados por su propia salud y, en concreto, por sus problemas físicos. Por el contrario, las mujeres se preocupan más por los problemas de la familia de segundo orden y por los problemas familiares en general, aunque las asociaciones no son estadísticamente significativas. Esto confirma, en alguna medida, lo propuesto por García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro (2004) de que son las mujeres las principales cuidadoras y esta función puede suponerles una fuente de estrés.

Entre el estudiantado universitario de psicología, los problemas familiares, ya sea de la familia directa como de la de segundo orden, son problemas que preocupan más a las alumnas que a los alumnos. Los problemas relacionados con la amistad también constituyen una fuente de estrés de alta intensidad en ellas.

Respecto a las diferencias de género en las fuentes de estrés de baja intensidad, hemos encontrado que las situaciones diarias relacionadas con la economía son más comunes como fuentes de estrés en los hombres que en las mujeres. También encontramos asociaciones significativas entre el género y las situaciones laborales y sociales consideradas fuentes de estrés. Para los hombres suponen fuentes de estrés de baja intensidad las situaciones laborales en general, la falta de motivación por el trabajo y el ambiente laboral; a las mujeres, en cambio, les supone un estresor de baja intensidad las relaciones interpersonales. En otro tipo de situaciones, las rutinas diarias, encontramos que las mujeres informan con mayor frecuencia como fuentes de estrés de baja intensidad la realización de tareas domésticas y la falta de comodidades, aunque las personas que responden en esta última categoría son muy pocas. Vemos así como la adscripción a las conductas que incluye en rol femenino, como es la realización de las tareas domésticas, continúa constituyendo una fuente de estrés para las mujeres.

Entre el estudiantado universitario, las situaciones que generan estrés de baja intensidad para los alumnos son las relacionadas con el tráfico y para las alumnas las rutinas diarias en general.



Resulta interesante constatar como, al analizar las diferencias en las fuentes de estrés, el género parece ser una fuente mayor de diferenciación que el hecho de estar tipificado sexualmente. Quizá ello sea consecuencia de la forma de evaluar la tipificación seguida en el presente estudio: el BSRI, el cual ha sido criticado porque parece evaluar solo una de las dimensiones de los roles sexuales, el referido a la dimensión instrumental-expresiva. Por el contrario, las mujeres y los hombres se ven presionados a implicarse en determinados roles sociales. También destaca el hecho de que la mayoría de las fuentes de estrés citadas por mujeres y hombres coinciden con los estereotipos acerca de dichos roles, así como con la obligación de tener que cumplir con ellos.

En **el siguiente grupo de objetivos** se analizaba la asociación entre los roles sexuales y algunas variables que miden el estilo de vida relacionado con la salud: el número de horas dedicadas al deporte y el consumo de alcohol y de tabaco. Estas asociaciones se miden tanto en la población general como en el estudiantado universitario.

En este sentido, encontramos que los roles sexuales no influyen sobre las horas de deporte realizado ni para las mujeres y los hombres de la población general, ni tampoco para las alumnas y los alumnos. Tampoco es significativa la relación entre el consumo de alcohol y los roles sexuales en hombres y mujeres ni en alumnos y alumnas. En el caso del consumo de tabaco en la población general la relación con los roles sexuales tampoco es significativa; pero sí lo es entre las mujeres del alumnado universitario, donde las alumnas que más fuman son las masculinas y las que menos las indiferenciadas. Entre los alumnos no hay relaciones estadísticamente significativas.

En lo relativo a los roles ocupacionales desempeñados por hombres y por mujeres y la satisfacción con los mismos, que **constituye el siguiente grupo de objetivos**, podemos decir que su relación con los roles sexuales es significativa si incluimos en los roles ocupacionales desempeñados el de amas de casa. En cambio, no encontramos asociaciones si tan sólo analizamos el rol de estudiantes y el de trabajadores/as. Cuando incluimos a las amas de casa, encontramos que más de la

mitad de las mismas tienen rol sexual indiferenciado. Los/as estudiantes de la población general también son, con mayor frecuencia, personas con rol sexual indiferenciado y los/as trabajadores/as son, en mayor medida, personas andróginas, aunque la diferencias en los porcentajes no es tan alto como en los casos anteriores.

Cuando analizamos la asociación entre roles sexuales y satisfacción con los roles ocupacionales, encontramos que las relaciones entre la satisfacción y los roles no es significativa. Pero sí encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre los roles ocupacionales desempeñados y el grado de satisfacción con los mismos. Encontramos que las amas de casa tienen una baja satisfacción con su rol ocupacional, mientras que ésta es alta en los otros dos tipos de roles, el de estudiante y trabajador/a.

**Por último, analizamos la relevancia que, en los roles sexuales, parecen tener las variables sociodemográficas estudiadas.** En cuanto a la edad, variable en la que encontramos una asociación con los roles sexuales estadísticamente significativa, destacamos que en el grupo de edad más joven se sitúan más personas con un rol sexual femenino, pero este dato se puede deber a que en la muestra del estudiantado universitario, donde el rango de edad es menor, había mayor cantidad de mujeres que de hombres. En el siguiente grupo de edad, el que va del los 20 a los 24 años, el rol sexual más representado es el indiferenciado, dato que concuerda con otros vistos anteriormente. En los siguientes rangos de edad, destaca el número de personas con rol sexual andrógino, y el último, el que comprende a las personas de entre 50 y 74 años, incluye un porcentaje mayor de personas masculinas y femeninas.

Otra variable sociodemográfica analizada es el nivel de estudios, que mantiene asociaciones estadísticamente significativas con los roles sexuales. Encontramos que las personas con estudios básicos son mayoritariamente personas de rol sexual indiferenciado, aunque también destaca el porcentaje de personas clasificadas como masculinas. En el grupo de estudios medios, el rol sexual más representado es el de la androginia y en los estudios universitarios encontramos igual número de personas indiferenciadas que de personas femeninas, quizás por el mismo efecto del que

hablábamos que puede estar ejerciendo la muestra de alumnado universitario de psicología.

En el resto de variables sociodemográficas, como son la profesión, el estado civil o el número de hijos/as, las relaciones que se establecen con los roles sexuales no son estadísticamente significativas.

Aunque los datos encontrados resultan sugerentes y muestran la complejidad del tema que nos ocupa, en muchos casos más que respuestas plantean nuevas preguntas y abren nuevas vías de investigación. Además, al interpretar los resultados, hay que tener en cuenta que este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra no es aleatoria, por lo que no puede ser generalizada. En segundo, se trata de un estudio correlacional, por lo que solo se puede hablar de asociación pero no de causación. Además, podemos decir que la muestra utilizada en el presente estudio es joven, teniendo una media de edad de 28,20 años y oscilando entre los 17 y 74 años. Se escogió esta muestra para que los datos referentes a la salud no se viesen afectados por el deterioro propio de la edad, ya que lo que pretendíamos medir era la relación entre la tipificación sexual y la salud general, y una muestra con personas de mucha edad podría haber afectado a los datos. No obstante, el incluir a personas de más edad puede completar los resultados del presente estudio y ampliar el alcance de los resultados, siendo interesante su incorporación en otro trabajo.

Pese a ello, y aunque los datos son muy complejos y varían en función de distintas variables tales como el indicador de salud considerado, el tipo de muestra, y del género, los resultados de este estudio muestran que el seguimiento de los dictados del género no conlleva mayor salud. Todo parece indicar que, más bien, lo que implican es una limitación en el desarrollo de las potencialidades de cada persona.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abele, A. E. (2003). The dynamics of masculine-agentic and feminine-communal traits: findings from a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 768–776.
- Addis, M. E. y Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*, 5–14.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, *12*, 525–532.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. e Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, *18*, 1, 143–148.
- Almeida, D. M. y Kessler, R. C. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 670–680.
- Barberá, E. (1982). La diferenciación masculino–femenino: un mito y una realidad. *Estudios de Psicología*, *10*, 113–125.
- Barberá, E. (1998a). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Barberá, E. (1998b). Estereotipos de género: construcción de las imágenes de las mujeres y los varones. En J. Fernández (Coor.), *Género y Sociedad*. Madrid: Pirámide.
- Barnett, R. C., Marshall, N. L., Raudenbush, S. W. y Brennan, R. T. (1993). Gender and the relationship between job experiences and psychological distress: A study of dual-earned couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 794–806.
- Bassoff, E. S. y Glass, G. V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. *The Counseling Psychologist*, *10*, 105–112.
- Belloch, A. e Ibáñez, E. (1991). Acerca del concepto de psicopatología. En A. Belloch y E. Ibáñez (Comps.), *Manual de psicopatología* (vol. 1), Colección de Psicología Teórica. Valencia: Promolibro.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 155–162.

- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 196-205.
- Bem, S. L. (1981a). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem, S. L. (1981b). The BSRI and Gender schema theory: a reply to Spence and Helmreich. *Psychological Review*, 88, 369-371.
- Bonilla, A. (1998). Los roles de género. En J. Fernández (Coor.), *Género y Sociedad*. Madrid: Pirámide.
- Bonino, L. (1998). *Deconstruyendo la "normalidad" masculina. Apuntes para una "psicopatología" de género masculino*. En [http://www.europrofem.org/contri/2\\_05\\_es/es-masc/22es\\_mas.htm](http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/es-masc/22es_mas.htm)
- Brunel, S. y Moreno, N. (2001). Especificidad del género en la prevención de riesgos de salud. En C. Bernis, R. López, C., Prado y J. Sebastián (Eds.), *Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Burín, M. (1995). Mujeres y salud mental. *Apuntes de psicología*, 44, 7-15.
- Burín, M. y Meler, I. (2000). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Bussey, K. y Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Nueva York: Routledge.
- Camacho, J. (1998). *Estadística con SPSS para Windows*. Madrid: Rama.
- Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Corby, B. C., Hodges, E. V. E. y Perry, D. G. (2007). Gender identity and adjustment in Black, Hispanic, and White preadolescents. *Developmental Psychology*, 43, 261-266.
- Corsi, J. y Bonino, L. (2003). Violencia y género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo. En J. Corsi, J. y G. M. Peyrú, G. (Coors.), *Violencias sociales*. Barcelona: Ariel.
- Costa, P. T, Jr., Terracciano, A. y McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Davidson, K. W., Trudeau, K. J., van Roosmalen, E., Stewart, M. y Kirkland, S. (2006). Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education*

- & *Behavior*, 33, 731–743.
- Deaux, K. (1984). From individual differences to social categories. Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist*, 39, 105-116.
- Deaux, K. y LaFrance, M. (1988). Gender. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Linzley (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4ª ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Deaux, K. y Lewis L. L. (1984). Structure of gender stereotypes: interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 991– 1004.
- DeWall, C. N., Altermatt, T. W. y Thompson, H. (2005). Understanding the structure of stereotypes of women: virtue and agency as dimensions distinguishing female subgroups. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 396– 405.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex Differences in Social Behavior: A social role interpretation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Eagly, A. H. (1995). The science and politics of comparing women and men. *American Psychologist*, 50, 145–158.
- Egan, S. K. y Perry, D. G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37, 451-463.
- Eisler, R. M. y Skidmore, J. R. (1987). Masculine Gender-Role stress: Scale development and component factors in appraisal of stressful situations. *Behavior Modification*, 11, 123-136.
- Eisler, R. M., Skidmore, J. R. y Ward, C. H. (1988). Masculine gender-role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 52, 133-141.
- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M. y Stansfel, S. (2002). Gender differences in mental health: evidence from three organizations. *Social Science and Medicine*, 54, 621-624.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1997). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA ediciones.
- Fernández, J. (1996). Sexo, sexología y generología. En J. Fernández (Coor.), *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. (1998). Las identidades de género a lo largo de la vida. En J. Fernández (Coor.), *Género y Sociedad*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montraveta, C. (2000). Psicología, género y biología evolutiva: una revisión crítica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 425–436.
- Ferrer, V., Bosch, E. y Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10, 1, 53 – 63.

- Fierro, A. y Jiménez, J. A. (1999). Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar: construcción conceptual y aproximación empírica. En J. Buendía (Coor.), *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Frable, D. E. S. (1997). Gender, racial, ethnic, sexual and class identities. *Annual Review of Psychology*, 48, 139–62.
- Francis, L. J. (1993). The dual nature of the Eysenckian neuroticism scales: A question of sex differences? *Personality and Individual Differences*, 15, 43-59.
- Gago, C. (2006). *Atlas de las mujeres en el desarrollo del mundo*. Madrid: SM.
- García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83–92.
- García-Mina, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid: Narcea.
- García-Mina, A., Carrasco, M. J. y Martínez, M. P. (2001). Género y depresión. En C. Bernis, R. López, C. Prado y J. Sebastián (Eds.), *Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Gillespie, B. L. y Eisler, R. M. (1992). Development of the feminine gender role stress scale: A cognitive-behavioral measure of stress, appraisal and coping for women. *Behavior modification*, 16, 426-438.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Good, G. E., Sherron, N. B. y Dillon, M. G. (2000). Masculine gender role stressors and men's health. En R. M. Eisler y M. Hersen (Eds.), *Handbook of gender, culture and health* (pp. 63-81). Mahwah: LEA.
- Gooren, L. (2006). The biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 50, 589–601.
- Granados, J. A. y Ortiz, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26, 1, 42–50.
- Green, R. (2007). Gender development and reassignment. *Psychiatry*, 6, 121-124.
- Hare–Mustin R. T. y Marecek, J. (1990). On making a difference. En R. T. Hare-Mustin y J. Marecek (Eds.), *Making a difference. Psychology and the construction of gender*. New Haven: Yale University Press.
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60, 581-589.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004). Encuesta Nacional de Salud. Disponible en <http://www.ine.es/inebase2/>

- Jayme, M. y Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género*. Barcelona: ICARIA.
- Jost, J. T. y Kay, A. C. (2005). Exposure to benevolent sexism and complementary gender stereotypes: consequences for specific and diffuse forms of system justification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 498-509.
- Kolk, A. M. y van Well, S. (2007). Cardiovascular responses across stressor phases: the match of gender and gender-role identification with the gender relevance of the stressor. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 197–205.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lahelma, E., Arber, S., Martikainen, P., Rahkonen, O. y Silventoinen, K. (2001). The Myth of gender differences in health: social structural determinants across adult ages in Britain and Finland. *Current Sociology*, 49, 31-54.
- Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 17, 119–127.
- Laqueur, T. (1990). *Making SEX. Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Lefkowitz, E. S y Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health: a belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 87, 95–101.
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía del usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- López-Zafra, E. y López-Sáez, M. (2001). Por qué las mujeres se consideran más o menos femeninas y los hombres más o menos masculinos. Explicaciones sobre su autoconcepto de identidad de género. *Revista de Psicología Social*, 16, 193 – 207.
- Lott, B. (1990). Dual natures or learned behavior. En R. T. Hare-Mustin y J. Marecek (Eds.), *Making a difference. Psychology and the construction of gender*. New Haven: Yale University Press.
- Lynn, R. y Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *The Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.
- Maccoby, E. E. (1998). *The two sexes. Growing up apart, coming together*. Cambridge: Harvard University Press.
- Macyntire, S., Hunt, K. y Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42, 617-624.
- Markez, I. (2007). *La yatrogenia: adicciones inducidas por profesionales o por personas*



*usuarias*. Comunicación presentada en el III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer, Madrid.

Martínez, I. (1998). El sexo como variable sujeto: aportaciones de la psicología diferencial. En J. Fernández (Coor.), *Género y Sociedad*. Madrid: Pirámide.

Martínez, I. Barberá, E. y Pastor, R. (1988). Medida de la masculinidad, feminidad y androginia psicológica. En J. Fernández (Coor.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.

Martínez, I. y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universidad de Valencia.

Mast, M. S. (2004). Men are hierarchical, women are egalitarian: An implicit gender stereotype. *Swis Journal of Psychology*, 63, 107-111.

Matthews, S., Manor, O y Power, C. (1999). Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Science & Medicine*, 48, 49-60.

Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.

Matud, M. P. (1999). *Estrés diario y género*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.

Matud, M. P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer. Un análisis empírico*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.

Matud, M. P. (2004a). Género. En M. P. Matud, R. J. Marrero y M. Caballeira (Eds.), *Psicología Diferencial*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Matud, M. P. (2004b). El estudio de las diferencias entre mujeres y hombres en la investigación psicológica. En M. P. Matud, R. J. Marrero y M. Caballeira (Eds.), *Psicología Diferencial*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Matud, M. P. (2004c). Gender differences in stress and coping variables. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.

Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R. y Carballeira, M. (2003). Structural differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-1929.

Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.

Matud, M. P., Hernández, J. A. y Marrero, R. J. (2002). Work role and health in a sample of Spanish women. *Feminism & Psychology*, 12, 363-378.

Matud, M. P., Ibáñez, I., Marrero, R. y Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima

- en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 51-78.
- Matud, M. P., Rodríguez, C., Marrero, R. J. y Carballeira, M. (2002). *Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- McCullough, M. E. y Laurenceau, J. P. (2004). Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health Psychology*, 23, 651–655.
- McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52, 547-559.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? *American Sociological Review*, 60, 449–468.
- Pastor, R. (1996). Realización sexual y de género: implicaciones psicosociales. En J. Fernández (Coor.), *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- Rector, N. A, y Roger, D. (1993, julio). Self-concept and emotion-control. *Presentación en el 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Congress of Psychology*. Helsinki, Finland.
- Repetti, R. L., Matthews, K.A. y Waldron, I. (1989). Employment and Women's Health: effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, 1394–1401.
- Rodin, J. e Ickovics, J. R. (1990). Women's health. Review and research agenda as we approach the 21<sup>st</sup> century. *American Psychologist*, 45, 1018–1034.
- Roos, E., Burström, B., Saastamoinen, P. y Lahelma, E. (2005). A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Social Science & Medicine*, 60, 2443 – 2451.
- Sánchez, A. (1998). El sexo como variable estímulo: análisis de las interacciones entre los sexos. En Fernández, J. (Coor.), *Género y Sociedad*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, D. T. y Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being: the role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 63–77.
- Scarr, S., Phillips, D. y McCartney, K. (1989). Working mothers and their families. *American Psychologist*, 44, 1402–1409.
- Spence, J. T. (1993). Gender – related traits and gender ideology: evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 624–635.
- Spence, J. T., Helmreich, R. L. y Stapp, J. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity and femininity. *JSAS: Catalog of selected documents in Psychology*, 4, 43-44.
- Sternberg, R.J. (1993). What is the relation of gender to biology and environment?: An evolutionary model of how what you answer depends on just what you ask. En A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender*. Nueva York: Guilford Press.

Strathern, M. (1979). Una perspectiva antropológica. En O. Harris y K. Young (Eds.), *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama.

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder (ed. original en inglés, 1981).

Tang, T. N. y Tang, C. S. (2001). Gender role internalization, multiple roles, and Chinese women's mental health. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 181–196.

Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.

Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085-1094.

Unger, R. y Crawford, M. (1992). *Women and Gender. A Feminist Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.

Van Well, S., Kolk, A. M. y Arrindell, W. A. (2005). Cross-cultural validity of the masculine and feminine gender role stress scales. *Journal of Personality assesment*, 84, 271–278.

Vaticón, M. D. y Tresguerres, J. (1996). Ontogenia de la diferenciación sexual. En J. Fernández (Coor.), *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (2001). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.

VV.AA. (2006). *Informe salud y género 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>

Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.

Whitley, B. E. (1984). Sex-role orientation and psychological well-being: Two Meta-Analyses. *Sex Roles*, 12, 207-225.

Wilde, A. y Diekman, A. B. (2005). Cross-cultural similarities and differences in dynamic stereotypes: a comparison between Germany and the United States. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 188–196.

Worrell, J. (1993). Gender in close relationships: Public policy vs. personal prerogative. *Journal of Social Issues*, 49, 203–218.

Yunger, J. L., Carver, P. R. y Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental Psychology*, 40, 572–582.

Zamarripa, M. X., Wampold, B. E. y Gregory, E. (2003). Male gender role conflict, depression, and anxiety: clarification and generalizability to women. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 333–338.

## 7. ANEXOS

ENTREVISTADOR/A \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL ENTREVISTADO/A: \_\_\_\_\_

DOMICILIO:  
BARRIO \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ ISLA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS ENTREVISTADO \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ ACTIVO( ) PARO ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CENTRO \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS DE LA PAREJA \_\_\_\_\_

PROFESIÓN DE LA PAREJA: \_\_\_\_\_ ACTIVO( ) PARO ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

Nº DE HIJOS Y EDADES \_\_\_\_\_

PROFESIÓN HIJOS \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR (nº y parentesco) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted enfermedades importantes? Indique cuáles \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente alguna enfermedad? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Fármacos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

¿Fuma? NO ( ) SI: Número de cigarrillos al día \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas?: NUNCA ( ) RARAS VECES ( ) tipo (cerveza, vino...) y cantidad aproximada \_\_\_\_\_

LOS FINES DE SEMANA: TIPO Y CANTIDAD APROXIMADA: \_\_\_\_\_

A DIARIO: TIPO Y CANTIDAD APROXIMADA: \_\_\_\_\_

¿Hace habitualmente deporte o ejercicio físico? Indique cuál y número de horas aproximado que le dedica a la semana: \_\_\_\_\_

## BSRI

Indique, en una escala del 1 al 7, en qué medida tiene usted cada una de las características siguientes. Un **1** significa que nunca o casi nunca usted es así, y un **7** que siempre o casi siempre es así.

- |  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Seguro/a de sí mismo/a .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 31. Toma decisiones fácilmente.....            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Complaciente .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 32. Compasivo/a .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Servicial .....                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 33. Sincero/a .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Defiende sus creencias .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 34. Autosuficiente .....                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Alegre .....                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 35. Dispuesto/a a consolar a los/as demás..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Temperamental .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 36. Presumido/a .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Independiente .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 37. Dominante .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Tímido/a .....                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 38. Habla suavemente .....                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Concienczudo/a .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 39. Agradable .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Atlético/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 40. Masculino .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Cariñoso/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 41. Cálido/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Aparatoso/a .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 42. Solemne.....                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Asertivo/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 43. Resuelto/a en sus posiciones.....          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Sensible a la adulación .....                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 44. Tierno/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Feliz .....                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 45. Simpático/a .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Personalidad fuerte .....                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 46. Agresivo/a .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Leal .....                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 47. Crédulo/a .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Imprevisible .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 48. Ineficaz .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Enérgico/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 49. Actúo como un/a líder .....                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Femenino/a .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 50. Infantil .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Digno/a de confianza .....                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 51. Adaptable .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Analítico/a .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 52. Individualista .....                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Solidario/a .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 53. No usa un lenguaje crudo .....             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Celoso/a .....                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 54. Poco metódico/a .....                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Con dotes de mando .....                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 55. Competitivo/a .....                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Sensible a las necesidades de los/as demás.. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 56. Le gustan los/as niños/as .....            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Veraz .....                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 57. Discreto/a .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Dispuesto/a a correr riesgos .....           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 58. Ambicioso/a .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Comprensivo/a .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 59. Apacible .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Hermético/a .....                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 60. Convencional .....                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**SEQ**

Por favor indíquenos cómo se siente respecto a las siguientes afirmaciones. No escriba nada en estas hojas sino en la HOJA DE RESPUESTAS que le entregamos conjuntamente con las preguntas. En ella encontrará diferentes alternativas de respuesta, señale con un círculo su opción :

**(N) Nunca, (A) Alguna vez, (F) Frecuentemente o (S) Siempre.**

- 1.-Me preocupa lo que piensan mis amigos de mí.
- 2.-No me importa tener opiniones diferentes a las de mis amigos.
- 3.-Me siento inseguro/a sobre mi apariencia ante otra gente.
- 4.-Me siento más valorado/a como persona que la mayoría de la gente que conozco.
- 5.-Tengo las ideas muy claras de lo que quiero hacer con mi vida.
- 6.-Me siento satisfecho/a con la forma de ser que tengo.
- 7.-Me siento insatisfecho/a con mi físico.
- 8.-Mis amigos/as me consideran alguien en quien verdaderamente se puede confiar.
- 9.-Confío en mi capacidad de juicio.
- 10.-No me importa mucho lo que la demás gente puede pensar sobre mí.
- 11.-El resto de la gente parece tener mucha más capacidad que yo.
- 12.-Pienso que dependo demasiado de otras personas.
- 13.-Siempre consulto a mis amigos/as antes de decidir las cosas.
- 14.-tiendo a preocuparme mucho por las cosas que me pueden pasar.
- 15.-Me parece que hasta ahora he conseguido un montón de cosas en mi vida.
- 16.-Siento que soy uno/a de esos perdedores/as.
- 17.-Tengo muchos pensamientos negativos sobre mí mismo.
- 18.-Me encanta ser como soy, no me cambiaría por nadie.
- 19.-Estoy siempre castigándome a mí misma/o.
- 20.-No me gusta el sonido de mi voz.
- 21.-Mis amigos/as dirían que soy una persona indecisa.
- 22.-Puedo tomar decisiones por mí misma/o con facilidad.
- 23.-Necesito que mis amigos/as me digan que estoy haciendo bien las cosas.
- 24.-El resto de la gente parece ser mucho más feliz que yo.
- 25.-Tengo una idea muy clara de quién soy yo.
- 26.-Tiendo a compararme continuamente con mis amigos/as.
- 27.-Me parece difícil aceptarme como soy.
- 28.-Prefiero tomar las decisiones por mí mismo.
- 29.-Me siento inseguro en relación a mi función en la vida.
- 30.-A menudo me preocupa equivocarme.
- 31.-Pienso que la gente habla de mí a mis espaldas.

- 32.-Estoy satisfecho con la manera en que transcurre mi vida.
- 33.-Parece que me equivoco más de lo que acierto.
- 34.-Tiendo a ser de los que se pasan la vida imaginando una realidad distinta a la que tengo : “si tuviera...”, “si fuera...” o “si hubiera...”.
- 35.-Si fuera más seguro de mí mismo disfrutaría más de la vida.
- 36.-Tiendo a criticar mucho a los demás.
- 37.-Tiendo a ver el lado negativo de las cosas.
- 38.-No creo que sea la típica persona que cae bien a los demás.
- 39.-Mis amigos/as parecen tener una mayor seguridad en sí mismos que yo.
- 40.-Parece que a los demás les salen mejor las cosas que a mí.
- 41.-Pienso que soy u a persona aburrida.
- 42.-Parece que a mí me pasan más contrariedades que a mis amigos.
- 43.-Me siento seguro/a de mis propias capacidades.
- 44.-Pienso en mí mismo/a de manera positiva.
- 45.-Pienso que mis amigos me consideran una persona con atractivo.
- 46.-No creo que yo sea una persona de ideas propias.
- 47.-Me preocupa que mis amigos no me valoren.
- 48.-No soy fácilmente influenciable por lo que me rodea.
- 49.-Siento que mi familia me valora.
- 50.-Tiendo a criticarme a mí mismo.
- 51.-Tiendo a ir en cabeza más que a seguir a la masa.
- 52.-Me siento seguro/a.
- 53.-No me siento con miedo o ansioso/a.
- 54.-Megusta la sensación de perderme dentro de la masa.
- 55.-Me siento completamente inadecuado/a.
- 56.-Tengo las mismas posibilidades de éxito que el resto.
- 57.-Tiendo a aceptar a los otros como son.
- 58.-Prefiero seguir las iniciativas de otros.



INICIALES DE NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ Nº DNI \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**EPQ-R**

**Por favor, conteste cada pregunta poniendo un aspa (X) sobre el SI o el NO que le siguen.**

**No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa.**

**Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	[ ]	[ ]
2. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?	[ ]	[ ]
3. ¿Es una persona conversadora?	[ ]	[ ]
4. ¿Se siente a veces desdichado sin motivo?	[ ]	[ ]
5. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un		
6. reparto?	[ ]	[ ]
7. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?	[ ]	[ ]
8. Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importarle las molestias que ello le pueda ocasionar?	[ ]	[ ]
9. ¿Es una persona irritable?	[ ]	[ ]
10. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?	[ ]	[ ]
11. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?	[ ]	[ ]
12. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?	[ ]	[ ]
13. ¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?	[ ]	[ ]
14. A menudo, ¿se siente harto/a?	[ ]	[ ]
15. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?	[ ]	[ ]
16. Para usted, ¿los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?	[ ]	[ ]
17. ¿Le gusta salir a menudo?	[ ]	[ ]
18. ¿Es mejor actuar como uno quiera que seguir las normas sociales?	[ ]	[ ]
19. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?	[ ]	[ ]
20. ¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa?	[ ]	[ ]
21. ¿Es usted una persona sufridora?	[ ]	[ ]
22. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?	[ ]	[ ]
23. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?	[ ]	[ ]
24. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?	[ ]	[ ]
25. ¿Diría de sí mismo que es una persona tensa o muy nerviosa?	[ ]	[ ]
26. Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?	[ ]	[ ]
27. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?	[ ]	[ ]
28. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?	[ ]	[ ]
29. ¿Le gustaría contar chistes e historias divertidas a sus amigos?	[ ]	[ ]
30. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?	[ ]	[ ]

ANEXO 4: CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

31.	¿De niño fue alguna vez descarado con sus padres?	[ ]	[ ]
32.	¿Le gusta mezclarse con la gente?	[ ]	[ ]
33.	¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?	[ ]	[ ]
34.	¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?	[ ]	[ ]
35.	¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?	[ ]	[ ]
36.	¿A menudo siente que la vida es muy monótona?	[ ]	[ ]
37.	¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?	[ ]	[ ]
38.	Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?	[ ]	[ ]
39.	¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca sería descubierto?	[ ]	[ ]
40.	¿Puede organizar y conducir una fiesta?	[ ]	[ ]
41.	¿Generalmente, reflexiona antes de actuar?	[ ]	[ ]
42.	¿Sufre de los « nervios »?	[ ]	[ ]
43.	¿A menudo se siente solo?	[ ]	[ ]
44.	¿Hace siempre lo que predica?	[ ]	[ ]
45.	¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?	[ ]	[ ]
46.	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?	[ ]	[ ]
47.	¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?	[ ]	[ ]
48.	¿La gente piensa que usted es una persona animada?	[ ]	[ ]
49.	¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?	[ ]	[ ]
50.	¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?	[ ]	[ ]
51.	¿Daría dinero para fines caritativos?	[ ]	[ ]
52.	¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?	[ ]	[ ]
53.	¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?	[ ]	[ ]
54.	¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar en una fiesta animada?	[ ]	[ ]
55.	¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?	[ ]	[ ]
56.	¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?	[ ]	[ ]
57.	¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?	[ ]	[ ]
58.	¿Prefiere leer a conocer gente?	[ ]	[ ]
59.	¿Tiene muchos amigos?	[ ]	[ ]
60.	¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?	[ ]	[ ]
61.	¿Cuando era niño, hacía enseguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?	[ ]	[ ]
62.	¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?	[ ]	[ ]
63.	¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?	[ ]	[ ]
64.	¿Es usted más indulgente que la mayoría de las personas acerca del bien y el mal?	[ ]	[ ]
65.	¿Se siente intranquilo por su salud?	[ ]	[ ]
66.	¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?	[ ]	[ ]
67.	¿Le gusta cooperar con los demás?	[ ]	[ ]
68.	¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?	[ ]	[ ]
69.	¿Se lava siempre las manos antes de comer?	[ ]	[ ]
70.	¿Casi siempre tiene una respuesta «a punto» cuando le hablan?	[ ]	[ ]

ANEXO 4: CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

---

71. ¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente? [ ] [ ]
72. ¿Es (o era) su madre una buena mujer? [ ] [ ]
73. ¿Le preocupa mucho su aspecto? [ ] [ ]
74. ¿Alguna vez ha deseado morir? [ ] [ ]
75. ¿Trata de no ser grosero con la gente? [ ] [ ]
76. ¿Después de una experiencia embarazosa, se siente preocupado durante mucho tiempo? [ ] [ ]
77. ¿Se siente fácilmente herido cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo? [ ] [ ]
78. ¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación? [ ] [ ]
79. ¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaído? [ ] [ ]
80. ¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy? [ ] [ ]
81. ¿La gente le cuenta muchas mentiras? [ ] [ ]
82. ¿Se afecta fácilmente por según qué cosas? [ ] [ ]
83. Cuando ha cometido una equivocación, ¿está siempre dispuesto a admitirlo? [ ] [ ]
84. Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta controlarse? [ ] [ ]

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS**

## AS

Las siguientes preguntas se refieren a la presencia de personas que te dan o pueden dar apoyo y/o ayuda en diferentes ocasiones. Por favor, responde en qué medida cuentas o puedes contar con ella en las siguientes circunstancias, según este código:

**0=NUNCA; 1=A VECES; 2=FRECUENTEMENTE; 3=SIEMPRE**

1. ¿Tienes alguien que te escuche cuando deseas hablar?..... 0 1 2 3
2. ¿Tienes alguien que te consuele cuando estás triste?..... 0 1 2 3
3. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas económicos?.... 0 1 2 3
4. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas laborales? ..... 0 1 2 3
5. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas familiares? ..... 0 1 2 3
6. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas de pareja?..... 0 1 2 3
7. ¿Tienes alguien con quien puedas ser realmente tú mismo/a? ..... 0 1 2 3
8. ¿Puedes contar con alguien que te cuide si lo necesitas? ..... 0 1 2 3
9. ¿Cuentas con alguien cuando necesitas ayuda para sentirte  
más relajado/a cuando estás bajo presión o tensión? ..... 0 1 2 3
10. ¿Tienes con quien salir de casa, si deseas hacerlo? ..... 0 1 2 3
11. ¿Tienes quien te de información o te aconseje para resolver  
tus problemas?..... 0 1 2 3
12. ¿Crees que hay personas que te quieren realmente?..... 0 1 2 3

Nos gustaría saber si Ud. ha tenido algún problema médico y cómo ha estado su salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas simplemente subrayando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a Ud. Recuerde que queremos conocer los problemas recientes y los que tiene actualmente, no los que ha tenido en el pasado.

Es importante que trate de contestar a todas las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

**ÚLTIMAMENTE:**

**A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

**A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**A. 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo/a?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**A. 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

**A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**A. 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B. 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B. 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B. 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B. 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B. 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**B. 7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho mas de lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	--------------------------

**C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?**

Más activa que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

**C. 2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**

Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
----------------------------	-----------------------	-------------------------------------	----------------------------------

**C. 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**

Mejor que lo habitual	Aprox. Lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------	----------------------	----------------------------

**C. 4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?**

Mas satisfecha que lo habitual	Aprox. Lo mismo	Menos satisfecha que lo habitual	Mucho menos satisfecha que lo habitual
--------------------------------	-----------------	----------------------------------	--

**C. 5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?**

Mas útil que lo habitual	Aprox. Lo mismo	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
--------------------------	-----------------	----------------------------	----------------------------------

**C. 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

Mas que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

**C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

**C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

Mas que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

**D.1. ¿Ha pensado Ud. que es una persona que no vale para nada?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

**D. 2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

**D. 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

**D. 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	--------------------------

**D. 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

**D. 6. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

**D. 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?**

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	--------------------------



ED

Todos tenemos algún problema en la vida. Señale los más importantes, y evalúe su gravedad, poniendo un 1 si cree que es poco importante, un 2 si su importancia es media y 3 si cree que es muy importante.

Problema	Gravedad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ahora nos gustaría que nos dijese, más que problemas, situaciones diarias que le molestan, pero que las tiene que hacer o soportar, como por ejemplo que su familia le desordene la casa, que se le rompa la vajilla, se le pierdan las cosas, no tener tiempo libre, etc. Evalúe su importancia, poniendo un 1 si cree que es poco importante, un 2 si su importancia es media y 3 si cree que es muy importante.

Situación	Gravedad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*A continuación vamos a hacerle una serie de preguntas sobre diferentes aspectos de su vida. Le rogamos que conteste con sinceridad, ya que con ellas pretendemos conocer un poco más los problemas y la forma de pensar de las personas. Todos los datos que usted nos aporte serán **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES** y únicamente se utilizarán para este estudio de la Facultad de Psicología.*

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**SRO**

1. ¿Le gusta su trabajo y/o estudios? ¿Por qué?
  
2. ¿Hubiera preferido hacer alguna otra cosa? ¿Cuál?
  
3. ¿Está usted pensando en cambiar? ¿Por qué?
  
4. ¿Consigue usted sentirse a gusto haciendo su trabajo? ¿Le proporciona sensación de plenitud?
  
5. Su trabajo o estudios ¿le hacen sentirse bien consigo mismo(a)?