

RELACIÓN ENTRE SOCIALIZACIÓN
DE GÉNERO Y SALUD MENTAL:
ESTUDIO COMPARATIVO
ENTRE MUJERES MIGRANTES Y AUTÓCTONAS
RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

EVA IZQUIERDO SOTORRÍO

MARÍA RUEDA EXTREMERA

IRENE CARO CAÑIZARES

Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)

ANDREEA GABRIELA PANA

Universidad de Alcalá (UAH)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. SALUD MENTAL

Entre las múltiples definiciones de salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica en el preámbulo a su constitución que la salud mental es un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del individuo persona en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes (WHO, 1995). Es un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por este motivo, la salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

En cada sociedad la salud mental se concibe de forma diferente. Estas diferencias son mayores cuando se analizan situaciones con una fuerte influencia psicosocial (Seoane y Garzó, 2010). Estos motivos reflejan la dificultad que, desde un punto de vista transcultural, entraña la

realización de una definición única de la salud mental. Sin embargo, se admite y comparte que es un concepto más amplio que la ausencia de trastornos mentales y se entiende que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la percepción de autoeficacia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS, 2002). Por último, hay que diferenciar el malestar del trastorno mental diagnosticable, requiriéndose el cumplimiento de unos criterios para este último (OMS, 2002). Sin embargo, que el malestar de las personas no se pueda diagnosticar, no quiere decir que no exista sufrimiento, que no requiera atención o que no exista riesgo de desarrollo de una enfermedad mental. Un buen estado de salud mental no solo sería la ausencia de enfermedad o sintomatología, sino que tendría que ir unido a aspectos más amplios del bienestar, como puede ser la autonomía, la satisfacción o la autoeficacia (Flórez Alarcón, 2014).

1.1.1 Salud mental y migración

La migración es un suceso estresante que puede influir en el bienestar y la salud, tanto mental como física, de las personas migrantes. Entre otras causas, se puede atribuir a los efectos retardados de la acumulación de inequidades, tanto en el lugar de origen como en el destino, la exposición crónica a peligros y riesgos, a formas de vida precarias y a la discriminación.

La relación entre migración, estrés y presión psicológica ha sido analizada en diversos estudios (Berry y Kim, 1988; Jerusalem, 1992; Liem et al., 2021), hallándose una relación entre migración y algunos trastornos mentales como trastornos del ánimo, estrés post-traumático y trastorno por somatización (Hovey y Magaña, 2000; Kirkcaldy et al., 2006; Merbach et al., 2008). Por ejemplo, Breslau et al. (2011) encontraron un incremento del riesgo para trastornos de ansiedad y del ánimo entre migrantes mexicanos en EEUU comparado con quienes residían en su país de origen. En esta misma línea, Koh (1998) reseñaba unas tasas significativamente más altas de somatización entre personas migrantes coreanas que entre población autóctona.

No obstante, pese a que la migración es un suceso estresante, no siempre conduce a trastornos mentales dado que la migración también puede constituir una oportunidad de desarrollo positivo. A este respecto, el suceso migratorio puede ser percibido como positivo o negativo, dependiendo esta valoración de múltiples factores que incluyen: el estatus socioeconómico (Syed et al., 2006), el nivel de educación, la historia y razones migratorias, rasgos personales (como la resiliencia), la situación social y el apoyo social (Aichberger et al., 2012).

En el presente trabajo nos centraremos en la sintomatología psicológica relativa a las áreas depresiva, ansiosa, somática y de disfunción social, dada su alta prevalencia en los estudios sobre procesos migratorios y salud mental, unido a la alta comorbilidad entre ellas (Achoategui, 2002, Osma et al., 2021).

1.1.2. Sintomatología depresiva

La depresión puede expresarse como tristeza, como un desorden mental y como un síntoma asociado con una variedad de desórdenes psiquiátricos, lo que dificulta su estudio y aumenta las dificultades conceptuales (Kleinman y Good, 1985; Herman et al., 2022). En general, la depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y pérdida de energía. Otros síntomas que pueden aparecer son la disminución de la confianza y autoestima, sentimientos injustificados de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación (OMS, 2002).

1.1.3. Sintomatología ansiosa

La ansiedad es un estado orientado hacia el futuro que se caracteriza por un afecto negativo y en el cual una persona se concentra en la posibilidad de un peligro o una desgracia incontrolable.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) define la ansiedad como un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro. Es positiva en niveles moderados porque es un estado de ánimo orientado hacia el

porvenir y de preparación, pero el problema aparece cuando las reacciones de ansiedad son muy intensas, duran demasiado tiempo, producen mucho malestar o no están en sintonía con la situación (Barlow y Durand, 2003; González-Blanch et al., 2021).

1.1.4. Sintomatología somática

Existen diferentes concepciones que tratan de explicar lo que se entiende por somatización. En el DSM-5 (APA, 2013) se describe como un patrón crónico de conducta de enfermedad, en el que la presencia de síntomas somáticos por sí mismos (independientemente de la posible enfermedad subyacente) ocasionan malestar y deterioro clínicamente significativos. Para la CIE 11 (OMS, 2020) el elemento común es la experimentación de problemas en la relación que la persona mantiene con su cuerpo. Estas definiciones apuntan a que la característica central no es la sintomatología física en ausencia de una enfermedad, sino el impacto que tienen los síntomas en la cognición, la emoción y el comportamiento (López-Santiago et al., 2020).

1.2. SISTEMA SEXO-GÉNERO

Sexo y género son constructos diferentes pero interrelacionados. No obstante, existe un sesgo habitual en la literatura que los usa indistintamente, como sinónimos intercambiables (Ramos-Lira, 2014). Por lo tanto, es esencial establecer una distinción terminológica y conceptual que permita un análisis adecuado de los resultados científicos. De esta manera, se entiende de forma general que el sexo alude a los aspectos básicamente biológicos y el género a la construcción social.

1.2.1. Sexo

El sexo (OMS, 2024) se define como el conjunto de características biológicas y fisiológicas que incluyen los cromosomas, el sistema hormonal, el cerebro y el dimorfismo genital y gonadal, así como los caracteres sexuales secundarios (como la distribución de grasas y vello corporal), y los aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad.

Se trata de un concepto multidimensional, que engloba una amplia gama de variaciones biológicas en el espectro sexual (tales como la intersexualidad cromosómica, genética y/u hormonal), pero que se tiende a “comprimir” en una noción binaria (hembra-macho) que omite que ciertos elementos, como los hormonales o cromosómicos, son variables continuas en las que no hay solo dos categorías.

1.2.2. Género

El género no es una característica que existe a priori sino que resulta de la construcción de normas y expectativas sociales que las personas interiorizamos a lo largo de la vida (Sánchez-López y Limiñana-Gras, 2016). Estas características están asociadas a roles, atributos o funciones sociales (familiares, laborales, relacionales, etc.) que se prescriben socialmente en función del sexo asignado al nacer. Son aprendidas y modeladas por la familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general, desde antes incluso del nacimiento y su construcción es constante.

La construcción socio-histórica y cultural basada en los roles que cada contexto sociocultural asigna al hecho de ser mujer u hombre “prescribe” tanto a hombres como a mujeres una serie de características de personalidad típicas, funciones sociales, relaciones sociales, conductas, etc. que varían en función de la edad, del contexto y por supuesto de la cultura (Martínez-Benlloch, 2007). Estas, estructuralmente, condicionan la vida cotidiana de las personas desde los derechos que se le otorgan, las obligaciones, las expectativas que se tienen de ellas, o las responsabilidades que se espera que asuman. Esta construcción social según hombres o mujeres tiende a la dicotomía de roles, constriñendo la diversidad humana.

1.2.3. Evaluación del género

Históricamente se han propuesto varias aproximaciones para la evaluación de la variable género: medidas sobre el estrés asociado a la adherencia a las normas de género; medidas relativas o indirectas relacionadas con el género, como por ejemplo el sexismo; y mediante variables de personalidad como la conformidad a las normas y socialización de

género (Sánchez-López y Limiñana-Gras, 2016). Esta última propuesta es la que aplicaremos en el presente trabajo ya que ha sido ampliamente utilizada dentro del ámbito de la salud.

El ajuste a las normas de género se evalúa a partir de la identificación de una persona con los rasgos tradicionalmente atribuibles al género masculino y femenino. La perspectiva unidimensional de género ha evolucionado para dar lugar a una visión bidimensional de masculinidad-feminidad en la que ambos términos son constructos separados e independientes, siendo por tanto la masculinidad y la feminidad características que las personas desarrollan independientemente de su sexo y biología.

Tradicionalmente, los rasgos instrumentales y expresivos se han operativizado para representar estos constructos de masculinidad y feminidad, respectivamente (Bem, 1974), haciendo referencia a rasgos psicológicos asociados de forma diferencial con cada sexo en un grupo cultural específico y que son estables en los análisis transculturales (Parsons y Bales, 1955). Bajo la denominación de instrumentalidad tenemos características como: asertividad, actividad, competitividad y agresividad, que se han asociado prototípicamente con los varones. El concepto de expresividad representa rasgos como: sensibilidad, ternura, ansiedad y sociabilidad, que han caracterizado típicamente a las mujeres (Rodríguez Castro et al., 2010).

1.3. SALUD MENTAL Y GÉNERO

La influencia del sistema sexo-género sobre la salud es observable en un amplio rango de manifestaciones de salud y su identificación es esencial para la detección, prevención y tratamiento de diversas patologías, tanto físicas como mentales. Muchas diferencias en salud entre mujeres y hombres son debidas al género y no al sexo (Bacigalupe et al., 2020). Comprender esto es esencial en la detección, prevención y tratamiento.

Los procesos y resultados de salud y enfermedad, y de su atención desde los servicios de salud, son en gran medida distintos en mujeres y hombres. En lo que respecta a las enfermedades físicas, la distinta

prevalencia entre mujeres y hombres se explica, en parte, por las diferencias hormonales e inmunológicas. Sin embargo, muchas de ellas no se pueden explicar por las diferencias ligadas al sexo biológico, sino que se relacionan con factores culturales, los roles y estereotipos de género, como la tendencia al sobrediagnóstico en un grupo frente al otro, riesgos específicos de atención ligados a actividades difundidas como masculinas o femeninas, percepciones de enfermedad, conductas de búsqueda de atención, y grado de acceso y de control ejercidos por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud. Estas diferencias, cuando son injustas y evitables, se convierten en desigualdades (Sánchez-López y Limiñana-Gras, 2016).

En cuanto a los trastornos mentales, existen diferencias de prevalencia constatadas en multitud de ellos en función del género (Bacigalupe et al., 2020; Matud y Aguilera, 2009). Muchas de estas diferencias son atribuibles a factores socioculturales, como los roles o expectativas que se tienen en función del género. Por ejemplo, respecto al aspecto físico en relación a los trastornos de la alimentación en las mujeres, el consumo de alcohol u otras sustancias, o la atención diferencial en función de síntomas asociados a trastornos mentales (Montero et al., 2004).

Diversos estudios han sugerido que el impacto del género en el proceso de estrés podría estar condicionado por los patrones de socialización tradicionales, que establece roles rígidos asociados a los rasgos de instrumentalidad y expresividad, limitando la orientación de los individuos a la identificación y satisfacción de necesidades (Matud y Aguilera, 2009)

Conforme aparecen trabajos con enfoque de género, se afianza la idea de que el significado que la sociedad confiere al hecho de ser hombre y mujer influye diferencialmente en la salud de las poblaciones al originar comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo. De acuerdo a la OMS (2013), un amplio número de estudios aportan evidencia de que las diferencias de género contribuyen significativamente a la prevalencia diferencial de depresión y desórdenes de ansiedad, falta de autoestima y otros trastornos, que sitúan a las mujeres como población vulnerable. Estas investigaciones muestran que las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres en cuanto a

sus roles y responsabilidades, estatus y poder, interaccionan con las diferencias biológicas y contribuyen a diferencias en la naturaleza de la salud mental ante los problemas de la vida cotidiana (Bacigalupe, 2020).

1.3.1. Interseccionalidad

Otros aspectos, como la clase social, ser migrante o tener una discapacidad, también interactúan con el género influyendo en la manera de enfermar y de relacionarse con los servicios de salud de los hombres y las mujeres (Hankivsky, 2012).

En el marco de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH, 2008) se pone de manifiesto la existencia de inequidades que son dependientes de las diferentes esferas que determinan la posición de los individuos en la sociedad como son: la clase social, el género y la etnia.

En este contexto la perspectiva de la interseccionalidad permite analizar los efectos integrados cuando se cruzan varias categorías de vulnerabilidad (sexo, género, origen, clase social, etc.) en un determinado grupo social (Hankivsky, 2012).

2. OBJETIVO E HIPÓTESIS

El objetivo de esta investigación fue analizar diferencialmente la relación entre rasgos de personalidad asociados al género (expresividad e instrumentalidad) y sintomatología psicológica en función del origen (mujeres autóctonas vs. latinoamericanas residentes en la Comunidad de Madrid).

Nuestra primera hipótesis es que la instrumentalidad se asocia positivamente con la salud mental.

La segunda hipótesis es que el tamaño del efecto en estas asociaciones es mayor en el caso de las mujeres migradas que las autóctonas.

La tercera hipótesis es que el ajuste a la normatividad de género femenina coviará positivamente respecto a los síntomas psicológicos.

3. METODOLOGÍA

3.1. PARTICIPANTES

La muestra inicial estaba constituida por 123 mujeres residentes en la Comunidad de Madrid. La media en edad, en años, de la muestra total fue 36.98 (DT = 10.74, 21-59). La media de edad de las mujeres autóctonas fue 38.48 (DT 11.37, 21-59) años y la media de las mujeres latinoamericanas fue 33.77 (DT 8.52, 23-55) años.

Para evaluar las diferencias entre los grupos en función del origen, se agruparon las participantes según la región de origen: mujeres autóctonas y mujeres latinoamericanas. El 68.3% eran de origen español (n=84) y el resto de origen latinoamericano, entre las de origen latinoamericano 9 eran de origen venezolano, 8 de origen mexicano, 4 de origen argentino, 4 de origen boliviano, 4 de origen peruano, 3 de origen colombiano, 3 de origen brasileño, 2 de origen ecuatoriano, 1 de origen paraguayo y 1 de origen nicaragüense, constituyendo una muestra heterogénea.

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. Cuestionario Sociodemográfico

Este cuestionario fue elaborado para el estudio y se utilizó para recoger datos de las participantes sobre: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, número de hijos/as, número de hijos/as residiendo en el hogar, nivel de estudios, situación y cualificación laboral.

3.2.2. Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ-28 (Lobo, Pérez-Echevarría y Artal, 1986)

Este cuestionario, que mide sintomatología psicológica, consta de 28 ítems y contiene 4 subescalas de 7 ítems que miden: síntomas somáticos (A), ansiedad e insomnio (B), disfunción social (C) y depresión grave (D). Las respuestas son de tipo Likert con 4 opciones. Se utilizó la corrección que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d). Se realiza el sumatorio de las cuatro subescalas obteniendo sintomatología psicológica en general o

el sumatorio de cada subescala por separado obteniendo el grado de sintomatología que mide cada una de ellas. El valor del coeficiente alfa de Cronbach calculado fue de .89.

3.2.3. Cuestionario de Atributos Personales PAQ (Vergara y Páez, 1993)

Este cuestionario con un total de 24 ítems mide la autoadherencia de las personas a ciertos rasgos denominados: asertivo-instrumentales y expresivo-interpersonales. Cada característica medida por el cuestionario está representada linealmente en una escala bipolar de 5 puntos. Las personas evaluadas deben indicar en qué punto del continuo se encuentran (i.e. de 1 "nada agresivo/a" a 5 "muy agresivo/a"). Tres variables se extrapolan de esta escala: instrumentalidad, instrumentalidad/expresividad y expresividad. Valores altos en las escalas indican mayores niveles en cualquiera de ellas. En este estudio solo se utilizaron las escalas instrumental (alfa de Cronbach = .77) y expresiva (alfa de Cronbach alpha = .51).

3.3. PROCEDIMIENTO

Se utilizó un muestreo de bola de nieve y mediante asociaciones de migrantes de la CAM. Los cuestionarios se entregaron en papel a las participantes o por medio de internet utilizando google docs. Las participantes colaboraron en la investigación de forma anónima.

Este estudio se llevó a cabo siguiendo los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. Se utilizaron chi cuadrado, t-student, correlaciones (Pearson) y regresión lineal múltiple para los distintos análisis. Las variables predictoras fueron la expresividad y la instrumentalidad y las variables criterio las dimensiones del GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, y depresión grave).

Se usó el paquete informático SPSS en su versión 20.0.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DIFERENCIAL DE LA MUESTRA Y DIFERENCIAS DE MEDIA ENTRE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

Respecto al estado civil y cargas familiares no se hallaron diferencias entre los grupos.

Se agrupó el nivel de estudios en tres grupos (básicos: primarios, bachillerato y formación profesional; estudios de grado: diplomatura y licenciatura; estudios de postgrado: máster y doctorado), los resultados indicaron una mayor proporción de mujeres autóctonas con estudios de grado y una mayor proporción de mujeres latinoamericanas con estudios de postgrado (grado: 52.4% vs. 20.5%, postgrado: 39.3% vs. 66.7%, $\chi^2 = 11.11$, $p = .004$). El valor del Coeficiente de Contingencia fue .29 ($p = .04$), ver tabla 1.

TABLA 1. Porcentaje de mujeres autóctonas vs. latinoamericanas según nivel de estudios

	Autóctona	Latinoamericana	Total
Estudios Básicos	7a	5a	12
	8.3%	12.8%	9.8%
Estudios de grado	44a	8b	52
	52.4%	20.5%	42.3%
Estudios de postgrado	33a	26b	59
	39.3%	66.7%	48.0%
Total	84	39	123
	100.0%	100.0%	100.0%

Cada subíndice indica un subconjunto de autóctonas y latinoamericanas, categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0,05.

Respecto al estatus laboral se agrupó a las participantes entre las que tenían trabajo remunerado vs. aquellas que no lo tenían, los resultados indicaron una mayor proporción de mujeres autóctonas con empleo (86.9% vs. 59%, $\chi^2=12.13$, $p = .001$). El valor del Coeficiente de Contingencia fue .30 ($p = 0$), ver tabla 2.

TABLA 2. Porcentaje de mujeres autóctonas vs. latinoamericanas según empleo

	Autóctona	Latinoamericana	Total
Sin empleo	11	16	27
	13.1%	41.0%	22.0%
Con empleo	73	23	96
	86.9%	59.0%	78.0%
Total	84	39	123
	100.0%	100.0%	100.0%

Respecto a la cualificación laboral, los resultados indicaron que una mayor proporción de mujeres autóctonas tenía un trabajo para el que se requería una cualificación y una menor proporción que no tenía empleo o tenía un empleo para el que no se requería cualificación (cualificación: 78.6% vs. 28.25%, sin cualificación: 8.3% vs. 30.8%, $\chi^2 = 28.94$, $p = 0$). El valor del Coeficiente de Contingencia fue.44 ($p = 0$), ver tabla 3.

TABLA 3. Porcentaje de mujeres autóctonas vs. latinoamericanas según cualificación laboral

	Autóctona	Latinoamericana	Total
Sin empleo	11a	16b	27
	13.1%	41.0%	22.0%
Sin cualificación	7a	12b	19
	8.3%	30.8%	15.4%
Con cualificación	66a	11b	77
	78.6%	28.2%	62.6%
Total	84	39	123
	100.0%	100.0%	100.0%

Cada subíndice indica un subconjunto de autóctonas y latinoamericanas, categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0,05.

Respecto a las variables cuantitativas, en primer lugar, se realizó el análisis univariado de cada variable. La única variable con asimetría extrema (simetría > 5) fue la depresión grave. Para analizar las diferencias según origen en las variables del estudio, se calculó el estadístico t de Student en aquellas variables que eran simétricas. La única variable que mostró diferencias significativas entre ambos grupos fue la edad (tabla 4).

TABLA 4. Medias, desviaciones típicas y *t* de Student para autóctonas y latinoamericanas para edad, sintomatología, expresividad, instrumentalidad.

	Autóctonas		Latinoamericanas		t
	Media	Dt.	Media	Dt.	
Edad	38.48	11.37	33.77	8.52	2.30*
Síntomas somáticos	6.37	3.93	6.69	3.96	-.42
Ansiedad e insomnio	6.51	4.19	7.33	5.39	-.92
Disfunción social	6.99	2.91	7.62	3.37	-1.00
Expresividad	19.07	2.98	18.67	2.91	.71
Instrumentalidad	15.14	3.89	16.36	3.98	-1.60

* $p < .05$

4.2. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y CRITERIO (CORRELACIONES Y REGRESIONES)

4.2.1. Correlaciones

En el análisis de la muestra latinoamericana, se observó que la instrumentalidad actúa como un factor protector significativo en relación con la salud mental. Específicamente, se encontraron correlaciones negativas robustas entre la instrumentalidad y diversos síntomas, indicando que a mayor instrumentalidad, menor presencia de estos síntomas. Estos incluyen somatizaciones ($r = -.64$; $p < .01$), ansiedad e insomnio ($r = -.60$, $p < .01$), disfunción social ($r = -.72$; $p < .01$) y depresión grave ($r = -.49$; $p < .01$). Por otro lado, en la muestra autóctona se encontró que la expresividad se asocia con la sintomatología somática, mostrando una correlación positiva moderada ($r = .26$; $p < .05$), lo que sugiere que niveles más altos de expresividad se relacionan con una mayor sintomatología somática.

4.2.2. Regresiones

En la muestra latinoamericana, los análisis de regresión lineal simple revelaron que la instrumentalidad es un predictor significativo de varios síntomas relacionados con la salud mental. Se encontró que la instrumentalidad está negativamente asociada con los síntomas somáticos ($t = -5.69$, $p < .001$, $R^2 = .40$), ansiedad e insomnio ($t = -4.52$, $p < .001$, $R^2 = .34$), disfunción social ($t = -6.31$, $p < .001$, $R^2 = .51$), y depresión grave

($t = -3.42, p < .01, R^2 = .22$). Esto indica que un aumento en la instrumentalidad está asociado con una disminución en estos síntomas. Por otro lado, la expresividad también se mostró como un predictor significativo en esta muestra, pero solo para la disfunción social ($t = -3.24, p < .01, R^2 = .20$), sugiriendo una relación negativa entre estas dos variables.

En cuanto a la muestra autóctona, se observó que la expresividad es un predictor significativo de síntomas somáticos ($t = 2.48, p < .05, R^2 = .06$). Esta asociación positiva sugiere que niveles más altos de expresividad están relacionados con un aumento en la sintomatología somática.

5. DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio muestran diferencias relevantes de la expresividad y la instrumentalidad como factores de riesgo y protección para la salud mental en mujeres latinoamericanas y autóctonas residentes en la Comunidad de Madrid.

Nuestra primera hipótesis de partida era que la instrumentalidad se asociaría positivamente con la salud mental. Esta hipótesis se cumple en parte, dado que esto solo ocurre en la población latinoamericana en todas las variables criterio. Nuestra segunda hipótesis era que el tamaño del efecto en estas asociaciones sería mayor en el caso de las mujeres migradas que las autóctonas, la cual se corrobora al no hallar relaciones significativas en la muestra autóctona.

Para la muestra latinoamericana, los datos indican que la instrumentalidad constituye un factor protector robusto respecto a las somatizaciones, la ansiedad e insomnio y la disfunción social; y un factor protector moderado respecto a la depresión. Estos resultados coinciden en parte con la literatura existente sobre roles de género y salud, al mostrar que los rasgos tradicionalmente asociados a la masculinidad tienen un impacto positivo en el bienestar de las mujeres (Matud, 2005). Sin embargo, en nuestro estudio solo se observa este efecto en mujeres extranjeras. Este hallazgo podría explicarse por el proceso de adaptación que han hecho las personas migrantes al llegar a una sociedad nueva en la que, además, la normatividad de género parece estar menos marcada,

siendo más adecuado desarrollar características instrumentales. Es posible que el propio proceso migratorio favorezca el desarrollo de cualidades activas que faciliten la autonomía o la autoconfianza, revirtiendo esto en una mejor salud mental (Stillman et al., 2009), resultando plausible que los rasgos instrumentales fomenten una postura activa de solución de problemas (Matud, 2006).

Las personas migrantes enfrentan desafíos específicos como la adaptación a una nueva cultura y, posiblemente, el manejo de las diversas formas de discriminación. En nuestra muestra, por ejemplo, el grupo de mujeres latinoamericanas partía de una situación laboral menos ventajosa respecto al grupo de mujeres autóctonas, a pesar de contar con titulaciones de posgrado en mayor proporción. Estos desafíos pueden hacer que, en el caso de las mujeres, los rasgos instrumentales tales como la independencia, la resiliencia y la adaptabilidad sean más críticos para su bienestar y éxito en el nuevo entorno. Además, este nuevo contexto permitiría una mayor flexibilidad de los roles de género tradicionales, en contraste con sus países de origen. El empoderamiento a través de la capacidad de adaptarse y superar las adversidades en un nuevo país puede ser un factor positivo en las mujeres migrantes, mejorando su autoestima y salud mental (Matud, 2017). Esta sensación de empoderamiento es menos probable que se experimente en el mismo grado por las mujeres autóctonas, puesto que no enfrentan los mismos retos de adaptación al estar inmersas en un entorno social y cultural estable.

La tercera hipótesis planteaba que la expresividad covariaría positivamente respecto a los síntomas psicológicos. Esta hipótesis se cumple solo en el caso de las mujeres autóctonas y para los síntomas somáticos. De hecho, en el caso de la muestra latinoamericana, la relación fue negativa para la disfunción social. Es decir, la expresividad constituye un factor protector moderado respecto a la disfunción social en la muestra de mujeres migrantes. Precisamente por los retos de aculturación que suponen los procesos migratorios, la presencia de rasgos como la sensibilidad, la ternura o la sociabilidad (Rodríguez Castro et al., 2010) puede favorecer la construcción de redes sociales en el nuevo lugar de residencia, limitando el riesgo de disfunción social. Los rasgos expresivos recogen aspectos como la expresión de necesidades, deseos y

preocupaciones, lo que puede facilitar la adaptación a la nueva sociedad, mejorar las relaciones interpersonales y reducir el estrés asociado con el proceso de migración.

Sin embargo, la expresividad, en la muestra autóctona sí parece constituir un factor de riesgo moderado para la sintomatología somática. Algunos modelos explicativos de la ansiedad por la salud (López-Santiago et al., 2020) plantean que ésta depende de las interpretaciones que la persona hace de sus sensaciones físicas y el peligro percibido que, a su vez, se evalúa en función de la probabilidad estimada de padecer una enfermedad, de las consecuencias personales o sociales que se estima que acarrearía dicha enfermedad, del grado de agencia de la persona y de la valoración de poder recibir ayuda en caso de necesitarlo. Aunque el tamaño del efecto es pequeño en nuestro análisis, los resultados podrían obedecer a la explicación de algunas investigaciones (Matud, 2005) que indican que el rol femenino tradicional, que prescribe dependencia, afiliación, expresividad emocional, falta de asertividad y subordinación de las propias necesidades a las de los otros, podría dar lugar a un incremento en algunas sintomatologías como la somática, precisamente porque contribuye a aumentar la estimación de la gravedad de las consecuencias de una posible enfermedad y a minimizar la valoración de poder recibir ayuda.

Conforme aparecen trabajos en el enfoque de género, se afianza la idea acerca del significado que la sociedad confiere al hecho de ser hombre y mujer, y cómo esto influye diferencialmente en la salud de las poblaciones al originar comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo o de protección. Este estudio se incorpora a este cuerpo de conocimientos, aportando algunos datos sobre cómo este enfoque, sumado a la interseccionalidad, pueden ofrecer información valiosa para la interpretación de las relaciones entre variables psicológicas y sociales, poniendo de manifiesto el impacto de los determinantes sociales y estructurales para la salud de las mujeres.

5.1. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Este estudio presenta varias limitaciones significativas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de la interpretación de los resultados.

Primero, el tamaño muestral, en especial el de la muestra latinoamericana, lo que puede limitar la generalización de los resultados, al mismo tiempo que puede estar limitando los tamaños del efecto. Además, la heterogeneidad de la muestra latinoamericana puede dificultar la replicabilidad de los resultados en muestras más representativas. Por último, la naturaleza transversal del estudio impide la evaluación de cambios y tendencias a lo largo del tiempo. Estas limitaciones subrayan la necesidad de investigaciones futuras con muestras más amplias y diversas, y estudios longitudinales que permitan una comprensión más profunda y matizada de los temas abordados.

6. CONCLUSIONES

De forma general, se puede afirmar que la instrumentalidad supone un rasgo de protección frente a distintas dimensiones de la salud mental. Esto puede suponer un foco para la prevención e intervención frente a problemas de salud psicosocial en población migrante.

Por su parte, la expresividad muestra resultados variables suponiendo un factor de riesgo o protección según la población de origen y la dimensión de salud.

En este sentido, los resultados obtenidos hacen patente la necesidad de incrementar los estudios que introduzcan la perspectiva de género en el ámbito de la salud y que aborden el efecto que el género (y no el sexo) tiene en la salud mental. Asimismo, el enfoque de la interseccionalidad en este mismo contexto puede arrojar información muy valiosa para explicar estos efectos en grupos específicos que favorezcan la creación de programas preventivos y de intervención ajustados y eficaces.

7. REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Ediciones Mayo.
- Aichberger, M. C., Bromand, Z., Montesinos, A. H., Temur-Erman, S., Mundt, A., Heinz, A.,... y Schouler-Ocak, M. (2012). Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin. *European psychiatry*, 27(S2), S10-S16.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 61-67.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Thompson.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología (Tomo 1)*, McGraw-Hill.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 155.
- Berry, J. W., y Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. En P. R. Dasen, J. W. Berry, y N. Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology: Toward applications* (pp. 207–236). Sage Publications, Inc.
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D., Saito, N., Kravitz, R., Hinton, L.,... y Aguilar-Gaxiola, S. (2011). Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: a cross-national study. *Archives of general psychiatry*, 68(4), 428-433.
- CSDH (Commission on Social Determinants of Health). (27 de agosto de 2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Recuperado el 9 de enero de 2024 de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Flórez Alarcón, L. (2014). *Psicología social de la salud: promoción y prevención. El Manual Moderno*.
- González-Blanch, C., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., y Cano-Vindel, A. (2021). Moderators and predictors of treatment outcome in transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for primary care patients with emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 38(7), 757-767.
- Hankivsky, O. (2012). Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social science & medicine*, 74(11), 1712-1720.
- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P.,... y Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*, 399(10328), 957-1022.
- Hovey, J.D. y Magaña, C. (2000) Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(3), 119-31

- Jerusalem, M. (1992). Akkulturationsstress und psychosoziale Befindlichkeit jugendlicher Ausländer. *Report Psychologie*, 2, 16-25.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., y Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitschutz*, 9(49), 873-883.
- Kleinman, A., y Good, B. (Eds.). (1985). *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Univ of California Press.
- Koh, K. B. (1998). Perceived stress, psychopathology, and family support in Korean immigrants and nonimmigrants. *Yonsei medical journal*, 39(3), 214-221.
- Liem, A., Renzaho, A. M., Hannam, K., Lam, A. I., y Hall, B. J. (2021). Acculturative stress and coping among migrant workers: A global mixed-methods systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13(3), 491-517.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140.
- López-Santiago, J., Arnáez, S. y Belloch, A. (2020). Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de psicopatología* (vol. 2). McGraw-Hill.
- Martínez-Benlloch, I. (2007). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales didácticos. Ministerio de sanidad y Consumo.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
- Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 395-403.
- Matud, M. P. (2017). Gender and health. In *Gender differences in different contexts* (pg. 57-76). BoD-Books.
- Matud, M. P. y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud mental*, 32(1), 53-58.
- Merbach, M., Wittig, U., y Brähler, E. (2008). Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(03/04), 146-154.

- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18(suppl 1), 175-181.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2002). Salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe de salud en el mundo. OMS. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). The European mental health action plan 2013–2020. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506021>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2020). Clasificación internacional de Enfermedades (11ª rev.)
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2024). Salud sexual. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Osma, J., Peris Baquero, O., Quilez Orden, A., Suso Ribera, C. y Crespo Delgado, E. (2021). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.
- Parsons, T. y Bales, R.F. (1955) *Family, Socialization and Interaction Process*. Free Press.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿ Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275-281.
- Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., Magalhaes, M. J., y Carrera Fernández, M. V. (2010). Los rasgos expresivos e instrumentales de la comunidad educativa española: estudiantes, padres/madres y docentes. *Summa psicológica UST*, 7(2), 67-74.
- Sánchez-López, M. P., Sánchez, F., Rivas, R., Cuéllar Flores, I., y Díaz-Morales, J. F. (2009). Towards a measurement of gender. *School and health*, 21, 323-330.
- Sánchez-López, M. P., y Limiñana-Gras, R. M. (Eds.). (2016). *The psychology of gender and health: Conceptual and applied global concerns*. Academic Press.
- Seoane, J. y Gazón, A. (2010). Psicología social de la salud. En J. Vallejo y C. Leal (Eds). *Tratado de Psiquiatría*, 2ª ed., Vol I. Ars Médica.
- Stillman, S., McKenzie, D., y Gibson, J. (2009). Migration and mental health: Evidence from a natural experiment. *Journal of health economics*, 28(3), 677-687.

Syed, H. R., Dalgard, O. S., Dalen, I., Claussen, B., Hussain, A., Selmer, R., y Ahlberg, N. (2006). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC public health*, 6(1), 1-9.

Vergara, A.I., y Páez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. *Revista de Psicología Social*, 8(2), 133-152.

World Health Organization (1995). *Constitution of the world health organization*.