

MLS PSYCHOLOGY RESEARCH

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal>
ISSN: 2605-5295



Cómo citar este artículo:

López-Ruiz, M. B., & Presmanes-Roqueñi, L.. (2018). Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la alexitimia. *Psychology Research 1* (1), 95-110. doi: 10.33000/mlspr.v1i1.113

DEPRESIÓN EN HOMBRES Y SU RELACIÓN CON LA IDEOLOGÍA MASCULINA TRADICIONAL Y LA ALEXITIMIA

M.^a Belén López-Ruiz
Laura Presmanes-Roqueñi
Universidad Europea del Atlántico (España)

Resumen. El objetivo de esta investigación era ver si existe una relación directa entre los niveles de depresión en hombres y la presencia de una ideología masculina tradicional. Las exigencias del rol masculino tradicional en la sociedad actual siguen suprimiendo lo relacionado con la expresión emocional y recalando la importancia de ser fuerte y no necesitar ayuda. Es por eso por lo que enfermedades mentales como la depresión se vean afectadas por una masculinidad tradicional y una alta rigidez cognitiva expresada en creencias sobre los roles de género. También se ha analizado la presencia de alexitimia y su relación con la ideología masculina tradicional y la depresión. Para ello, se administraron la Escala de Normas de Rol Masculino (ENRM), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) a 50 hombres mayores de 25 dentro de la población general. Se trata de un estudio correlacional en el que la hipótesis de partida era que los niveles de depresión y la puntuación en el TAS-20 correlacionarían de forma directa con las puntuaciones obtenidas en la ENRM. Los resultados muestran que existe una relación entre un factor de la ideología masculina tradicional y la depresión, mediada por la alexitimia.

Palabras clave: Depresión, alexitimia, roles de género, depresión masculina, salud masculina.

DEPRESSION IN MEN AND ITS RELATION TO THE TRADITIONAL MALE IDEOLOGY AND ALEXITHYMIA

Abstract. The aim of this research was to see if there is a direct relationship between the levels of depression in men and the presence of a traditional male ideology. The demands of the traditional male role today continue to suppress what is related to emotional expression, stressing the importance of being strong and not needing help. That is why such mental illnesses as depression are affected by traditional masculinity and a high cognitive rigidity expressed in beliefs about gender roles. The presence of alexithymia and its relation to traditional male ideology and depression has also been analysed. To this end, the Male Role Standards Scale, the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) were administered to 50 men over the age of 25 in the general population.

This is a correlational study in which the baseline hypothesis was that the levels of depression and the score in the TAS-20 correlated directly with the scores obtained in the Male Role Standards Scale. The results showed that there is a relationship between a factor of traditional male ideology and depression, mediated by alexithymia.

Key words: Depression, alexithymia, gender roles, male depression, male health.

Introducción

La depresión, los roles de género y la alexitimia son los temas principales de esta investigación, por lo que es importante tener un marco de referencia en lo que a estos constructos se refiere.

Depresión

La definición de depresión, o de los diferentes trastornos depresivos, depende de la categorización de los síntomas y de su gravedad, por lo que la clasificación varía dependiendo del manual. De forma general, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que presenta síntomas de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, trastornos del sueño y/o del apetito, así como problemas de concentración y fatiga.

Los trastornos depresivos suelen mostrar comorbilidad con otras enfermedades, tanto mentales como fisiológicas, de forma que la depresión no sólo puede ser la causa de éstas, sino una consecuencia de las mismas (Bastidas-Bilbao, 2014). Los trastornos afectivos pueden llegar a ser difíciles de diagnosticar debido a la variabilidad que presentan sus cuadros y a que los síntomas, muchas veces, son similares a los de otras enfermedades fisiológicas. Además, no hay marcadores biológicos, bioquímicos o de morfología cerebral que ayuden a realizar un diagnóstico inequívoco de depresión (Mitjans & Arias, 2012).

En el 2006 se realizó una previsión en la que se estimaba que para el año 2030 la depresión se encontraría entre las tres primeras causas de discapacidad a nivel mundial (Mathers & Loncar, 2006), pero según la OMS (2018), en la actualidad ya se considera la principal causa a pesar de estar a más de una década de la fecha estimada, afectando alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo. A pesar de que las prevalencias varíen en diferentes estudios, se ha observado que la proporción presente en base al género es siempre similar, siendo mayor el número de mujeres que presentan depresión que el de hombres (Cardila Fernández, et al., 2015). Se ha visto también que existen mayores probabilidades de que una persona sufra depresión frente a otro tipo de trastorno mental, viéndose una prevalencia al año en atención primaria de entre 9,6% y el 20,2%. Se trata de un intervalo tan grande puesto que la cifra varía atendiendo al tipo de trastorno depresivo y a la metodología de evaluación usada (Vindel, Salguero, Wood, Dongil & Latorre, 2012).

Entre los trastornos que conforman el grupo diagnóstico de trastornos depresivos en el DSM-V (2013) se encuentran: el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno depresivo producido por sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra condición médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado. De todos ellos, el más representativo es el trastorno depresivo mayor, que coincidiría en cuanto sintomatología y duración

con la definición dada por la OMS. El DSM-V también incluye el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno disfórico menstrual, dándose el primero en menores de 10 años y el segundo únicamente en mujeres. Este manual hace una distinción entre la tristeza y el sufrimiento normales, presentes sobre todo tras eventos o situaciones en las que es considerado normal sentir tristeza, y la tristeza y sufrimiento presentes en un trastorno de depresión mayor.

Como se ha mencionado, el trastorno de depresión mayor es uno de los más característicos del grupo de trastornos depresivos. Se caracteriza un estado de ánimo deprimido, disminución/pérdida de interés o de placer por todas las actividades, pérdida o ganancia de peso marcado, al igual que falta de apetito o un incremento del mismo, problemas para dormir, como insomnio o, por el contrario, hipersomnia, fatiga, agitación psicomotora, problemas de concentración, sentimientos de culpa e inutilidad, e ideaciones suicidas. El diagnóstico es complicado sobre todo cuando la persona padece otras afecciones médicas. Además, se dan casos en los que las personas niegan la existencia de síntomas como la tristeza, o que en vez de sentir tristeza presentan quejas somáticas (APA, 2013). En Europa se estima que la prevalencia del trastorno de depresión mayor se encuentra cerca del 6,9%, afectando a unos 30 millones de personas en 2011, casi 12 millones de personas más que en 2005 (Wittchen, et al., 2011).

La bibliografía existente hasta la fecha indica que, además de diferencias en cuanto a género en la prevalencia de la depresión (de Graaf, ten Have, van Gool & van Dorsselaer, 2012), también existen diferencias en cuanto a los síntomas, la búsqueda de ayuda profesional y la disponibilidad y uso de servicios para tratarla. Vázquez-Machado (2013) señala que son muchos los autores los que coinciden en que tanto hombres como mujeres experimentan la depresión de distinta forma, siendo las mujeres las que presentan una mayor facilidad para expresar los síntomas más emocionales y por lo tanto las que más ayuda profesional buscan. Por el contrario, los hombres presentan una mayor dificultad a la hora de expresar dichos síntomas, tendiendo a una mayor somatización de los mismos y, por lo tanto, en vez de buscar ayuda profesional en el campo de la salud mental, acuden a médicos generales. Otro aspecto que señala es que los hombres deprimidos, en muchos de los casos, presentan problemas de abuso de sustancias, lo que hace que los síntomas de la depresión pasen más desapercibidos y que por lo tanto la depresión en hombres quede subdiagnosticada. Esto mismo queda reflejado en un estudio realizado por Schuch et al. (2014), donde los hombres presentan casi el doble de probabilidad de sufrir dependencia o abuso de alcohol.

En algunos estudios se ha comprobado que, en cuanto a sintomatología, los hombres señalan sentir mayores niveles de tristeza, pero una mayor disminución de la reactividad del ánimo que en mujeres. Casi el doble de hombres en comparación con las mujeres presenta un tipo de tristeza que, señalan, es diferente a la tristeza que normalmente se asocia con los sentimientos de pena o pérdida (melancolía). Así mismo, las mujeres presentan mayores niveles de culpa y sentimientos de inutilidad que los hombres y tienden más a sufrir insomnio y aumento de peso. (Schuch, et al., 2014). También hay evidencias que han señalado la existencia de una mayor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a depresión en los casos donde se produce una mayor diferenciación de roles de género (Bromet, et al., 2011).

En cuanto al uso de servicios y el cuidado de la salud mental en Europa, son las mujeres las que más acuden a médicos generales (al contrario de lo que señala Velázquez-Machado en su revisión) en vez de acudir a especialistas en el cuidado de la

salud mental, pero aun así su uso de servicios relacionados con la salud mental es mayor que el de los hombres (Kovess-Masfety, et al., 2014).

Los roles de género

Los roles de género son un conjunto de habilidades y formas de actuar de forma adecuada para la sociedad según una persona haya nacido hombre o mujer (Marcia Lees & Johnson Black, 2017). Un rol conlleva un estatus determinado y, por tanto, una serie de normas explícitas e implícitas de comportamiento por las que regirse. En el caso de la diferenciación de género, se dan por tanto diferenciación de roles y de conductas esperadas. De los hombres se espera que tomen un rol de proveedor, de toma de decisiones y de dirección. Sin embargo, en el siglo XX se han dado diversos cambios de rol de género, el más importante la incorporación de la mujer al mercado laboral y todo lo que ello implica (Lindsey, 2015). Esa incorporación de la mujer, sin embargo, no implica la desaparición de los roles de género y sus consecuencias. Es importante tener en cuenta la influencia de estos roles, ya que se manifiestan en numerosos aspectos de la vida diaria, y en concreto también en los patrones de crianza y castigo (Matud & Aguilera, 2009), pudiendo condicionar comportamientos en la adultez. De esta forma se generan ideologías masculinas contradictorias que se ha demostrado que tienen un efecto negativo en el bienestar de los hombres (Guvensel, Dixon, Chang & Dew, 2018). El hecho de adherirse socialmente a un rol de género supone numerosos retos, y en muchas ocasiones los varones encuentran dificultades como consecuencia de querer cumplir con la firmeza e invulnerabilidad que se espera de su propio rol.

Es importante tener en cuenta el que el rol de género pueda suponer un estado óptimo de salud o, por el contrario, el desarrollo de una patología (Matud & Aguilera, 2009). De hecho, el suicidio, estrechamente ligado a la salud mental, afecta a cada género de forma distinta, llegándose a asociar el suicidio femenino con un motivo emocional, y el suicidio masculino con motivos económicos (Tondo, 2014). Teniendo en cuenta que cada rol sexual tiene asignado un rol social por el cual uno se ha de comportar y regir su vida, es posible que salirse del propio rol marcado pueda suponer desajustes, o quizá, por el contrario, efectos positivos. En definitiva, en ocasiones se asume que los patrones de crianza de los hombres son adecuados y beneficiosos, y que el problema atañe al tipo de educación que se les da a las mujeres, cuando en realidad es definitivamente una mezcla de dos estilos de crianza que no benefician a ningún género.

El rol masculino ha de tenerse en cuenta en tanto que supone ciertas desventajas generales que afectan a cómo un hombre vive su propia emocionalidad y, por tanto, cómo vive el desarrollo de una depresión. Los hombres se ven sometidos a una presión especial cuando se desvían del modelo que ha sido creado para ellos, el cual incluye una masculinidad manifiesta, el rol de proveer y proteger entre otros. A ello se le suma que no hay abundancia de recursos económicos y sociales para hombres que estén pasando por momentos de debilidad o vulnerabilidad. Se suman otros aspectos, como por ejemplo el ser fuerte, valiente, racional y competitivo (Rosado Millán, Gracia García, Alfeo Álvarez & Rodríguez Rosado, 2015). Se ha visto también que la supresión emocional es factor que se da en hombres deprimidos que cumplen rígidamente un rol masculino tradicional (Rice, Fallon, Aucote, & Möller-Leimkühler, 2013). Es por ello por lo que el trabajo remunerado implica una parte importante del autoconcepto y la identidad masculina.

Actualmente, los roles de género están sometidos a tela de juicio y sufriendo poco a poco los cambios de una sociedad que exige la reivindicación de los derechos iguales tanto para hombres como para mujeres. Desde principios del siglo XX, el estatus con relación al género se ha ido disminuyendo en sus diferencias y se ha dado una mayor regulación emocional para ambos (Holmes, 2015). De hecho, la propia concepción de lo que es el género ha ido cambiando, aceptándose socialmente cada vez más la existencia del género no binario y las diversas condiciones sexuales. Sin embargo, los roles de género tienen aún repercusión, y se sigue viviendo acorde a ellos en la mayoría de los casos, teniendo poder para influenciar la mayoría de los aspectos cotidianos de la cultura actual (Mac an Ghail & Haywood, 2012).

Alexitimia

La alexitimia consiste en una dificultad para identificar, procesar y describir los procesos emocionales, así como para distinguir éstos de estados físicos (Eastbrook, Lanteigne & Hollenstein, 2013). Este fenómeno se estima que aparece en un 8-10% en hombres y un 1.8% de mujeres aproximadamente (Alonso-Fernandez, 2011). Esta se expresa mediante cuatro dimensiones cognitivo-afectivas: 1) Dificultad para identificar y describir sentimientos; 2) Dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales de la activación emocional; 3) Reducción o ausencia de pensamiento simbólico; y 4) Un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto (Arancibia & Behar, 2015).

Alonso-Fernández (2011) señala que los hombres lo sufren en mayor número que las mujeres, y que éstas se manifiestan menos extrovertidas que los hombres que la padecen. La alexitimia está además asociada a la baja expresión de las emociones negativas, una baja empatía y se ha llegado a asociar a bajos niveles de afecto positivo (Moral de la Rubia & Ramos Basurto, 2015). No se considera una categoría diagnóstica, no apareciendo en ningún manual como trastorno o afección en la actualidad. En todo caso se trataría de un conjunto de características de pensamientos y sentimientos, estando muchas veces ligados a numerosas patologías psiquiátricas (Günther, Matthes, Kersting & Egloff, 2016).

En lo referente a la relación entre la alexitimia y la depresión, se pueden observar varias posturas que han ido cambiando a lo largo del tiempo. López-Ibor Aliño (1972) sostiene que las características de la alexitimia coinciden con varias manifestaciones de la depresión y Fisch (1989) señala que la alexitimia se presenta de forma comórbida con la depresión y que ésta provoca su enmascaramiento a través de síntomas somáticos, mientras que Taylor et al. (1990) sostienen que es un constructo independiente y distinto a la propia depresión. En investigaciones más actuales, sin embargo, se muestra que la alexitimia es un rasgo de personalidad estable en pacientes que padecen depresión y que la misma alexitimia podría suponer un factor de riesgo para el desarrollo de la misma (Carranza, 2014). Se ha observado que la alexitimia puede incrementar tanto la depresión como la ansiedad, el estrés, y la aparición de emociones negativas, resultando en otras enfermedades mentales (Nekouei, Doost, Yousefy, Manshaee & Sadeghei, 2014). En cuanto a la correlación entre la gravedad de la depresión y la alexitimia, ésta presenta variaciones dependiendo del tipo de instrumento que se utilice para su medición, puesto que en el caso de usar autoinformes, las respuestas del sujeto son similares entre los diferentes instrumentos (Li, Zhang, Guo & Zhang, 2015). Teniendo esto último en cuenta, se ha visto que cuanto mayores son los niveles de alexitimia, más graves son los síntomas tanto de ansiedad como de

depresión, y que la efectividad de los antidepresivos se ve disminuida (Behar & Arancibia, 2015).

Un aspecto a tener en cuenta es el nivel de influencia que pueden tener los roles de géneros en el desarrollo y mantenimiento de la propia alexitimia. No se ha de descartar la posibilidad de la influencia de la propia cultura, puesto que una cultura que fomenta el rol de cuidadoras en las mujeres puede ser en parte responsable de la falta de detección de emociones internas en ellas (Moral de la Rubia, 2005). Los hombres que han crecido y socializado bajo una ideología masculina tradicional tienen mayores niveles de alexitimia, y mayores que los niveles de alexitimia de las mujeres (Levant, et al., 2009).

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 50 varones de edades a partir de 25 años, provenientes de las Comunidades de Cantabria, Andalucía y Oviedo, y formaron una muestra no probabilística por conveniencia. Se trató también de un estudio por bola de nieve, puesto que los cuestionarios fueron realizados a través de la herramienta Formularios de Google y fueron compartidos a varias partes de España. La participación fue totalmente voluntaria y los participantes no recibieron ninguna remuneración económica o compensación por participar. Los únicos criterios de selección que se establecieron fueron la edad y el género, puesto que solo se requería participación masculina y ser mayor de 25 años. La media de edad fue 40,2, con un máximo de 58 y un mínimo de 25, siendo el rango de 33 y presentando una desviación estándar de 10,46 años.

En la Tabla 1 se pueden observar la distribución de frecuencias tanto de edad como de estado civil de la muestra, donde se puede observar que gran parte de los participantes eran solteros con estudios superiores.

Tabla 1
Descripción de la muestra

Variables		Frecuencia	Porcentaje
E. Civil	Soltero	25	50,0
	Pareja de hecho	11	22,0
	Casado	14	28,0
Nivel de estudios	E. Primaria	7	14,0
	E. Secundaria	18	36,0
	E. Superiores	25	50,0

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Para esta investigación se ha escogido la versión española del inventario originalmente creado por Beck, Steer y Brown (1996), una de las pruebas más utilizadas en España por psicólogos para comprobar los niveles de depresión presentes en el sujeto (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). El BDI-II es un autoinforme con 21 ítems donde cada uno hace referencia a diferentes síntomas relacionados con la depresión, como pueden ser la irritabilidad o el hambre, en donde la persona ha de elegir una respuesta entre cuatro alternativas conforme a cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. En la adaptación española realizada por Sanz et al. (2003) se encontraron resultados similares a los hallados en otros estudios en cuanto a población general realizados en diferentes países, obteniendo puntuaciones totales de entre 0 y 43. En ese mismo estudio, se realizó un análisis factorial con los 21 ítems donde cuatro mostraron valores mayores que 1, explicando un 29,4% de varianza, mientras que el resto de factores presentaron valores muy pequeños.

Escala de Normas de Rol Masculino (ENRM). En este estudio se ha utilizado una adaptación al español de la escala original Male Role Norms Scale creada por Thompsom y Pleck en (1986), en la que se realizó un análisis de tres factores, donde los coeficientes de fiabilidad para el primero fue un coeficiente alfa de .87, para el segundo .85 y .80 para el tercero (Matínez, Paterna, López & Velandrino, 2010). El test mide la variable ideología masculina tradicional. Para ello, la escala se basa en 24 enunciados a los que el sujeto ha de contestar según el grado de acuerdo, del 1 al 6. Esas 24 afirmaciones se dividen en 3 factores: creencias y normas referidas al status, normas relacionadas con la dureza, y normas de antifeminidad. La primera hace referencia a las creencias relacionadas con el éxito laboral y profesional y al respeto; la segunda hace referencia a la fortaleza tanto física, como emocional y mental, al igual que a la independencia y autosuficiencia; y la tercera hace referencia a la actitud frente a emociones, comportamientos y tareas que son tradicionalmente atribuidas a las mujeres.

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Creada por Bagby, Taylor y Parker en 1994 y traducida al español por Martínez-Sánchez et al. (1999), es una escala unifactorial está compuesta por 20 ítems de tipo Likert, pudiendo responder según el grado de acuerdo del 0 al 6 Taylor et al. (1994) definieron el constructo de alexitimia como la dificultad para identificar, y por lo tanto describir, los sentimientos propios y sensaciones corporales producidas por las emociones, un limitante para la imaginación que afecta a la complejidad de las fantasías, al igual que lo definieron como un estilo cognitivo donde el sujeto se encontraba más orientado a lo externo. Para comprobar su validez y fiabilidad, Moral de la Rubia y Retamales (2014) realizaron un estudio correlacional con otras dos escalas que miden el mismo constructo de alexitimia, el SAT-9 y el BFQ. En muestra española hallaron que la consistencia interna era de entre .78 a .83, y que la fiabilidad era de .81

Procedimiento

Para comprobar la hipótesis inicial se analizaron los niveles de depresión, los niveles de alexitimia y la mayor o menor presencia de una ideología masculina tradicional. Para ello, se distribuyeron el BDI-II, la ENRM y el TAS-20 mediante la herramienta de Formularios de Google, donde se introdujeron los tres instrumentos sin realizar ninguna modificación en los ítems y donde existe la posibilidad de contestar de

forma anónima. Al comienzo del mismo formulario se incluyó un apartado donde aparece información sobre la investigación, así como el propósito de la misma, el carácter anónimo y voluntario del estudio y la posibilidad de abandono sin repercusión alguna para el sujeto, todo ello a modo de consentimiento informado. Los participantes no recibieron compensación de ningún tipo por la realización de los cuestionarios. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética de la Universidad Europea del Atlántico.

Para la distribución de este formulario, se utilizaron tanto las redes sociales como Facebook e Instagram, así como herramientas de mensajería instantánea como WhatsApp. Esto se debe a que se animó a que los participantes difundiesen el formulario a los contactos que cumplieren las características necesarias para formar parte del estudio. Una vez que se alcanzaron los 50 sujetos, se cerró el acceso al formulario y se descargó la base de datos con las respuestas de los sujetos para su posterior análisis estadístico.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, obteniendo medias de edad y frecuencias en cuanto a estado civil y nivel de estudios (Tabla 1). Se utilizó el alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de los instrumentos usados y sus factores. Para realizar un análisis de datos obtenidos a través de los diferentes test se procedió a utilizar el Coeficiente de correlación de Pearson con la puntuación total del BDI-II, la puntuación total del TAS-20 y los diferentes factores de la ENRM, junto con la edad. Después se usó ANOVA de un factor para el estado civil y nivel de estudios. Tras comprobar los resultados de ese análisis, se pasó a realizar un análisis de mediación entre las variables Dureza, Depresión y Alexitimia, (siendo la dureza la variable independiente, la depresión la variable dependiente, y la alexitimia la variable mediadora) a través de la realización de coeficientes de regresión, con el fin de conocer el porcentaje de varianza explicada en la variable depresión en función de la dureza y la alexitimia, dado que la Dureza es el único factor que mostró correlaciones tanto con la puntuación total del BDI-II como del TAS-20.

Resultados

Tras la realización del análisis correlacional de las variables medidas, se comprobó que no existía una correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el resto de las variables medidas.

Se han hallado diversas correlaciones entre el resto de las variables (Tabla 2), como son el caso de la variable BDI-II (Niveles de depresión) y Dureza, que han presentado una correlación significativa, al igual que con las puntuaciones del BDI-II y las obtenidas en el TAS-20, además las correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales del TAS-20 y todos los factores que componen la ENRM y su puntuación total. Sin embargo, no se ha encontrado una correlación significativa entre los niveles de depresión medidos con el BDI-II y el resultado total de la ENRM.

Tabla 2
Correlación de variables

		BDI-II	Status	Dureza	Antifeminidad	ENRM	TAS-20	Edad	Estado civil	Nivel de estudios
BDI-II	Correlación de Pearson	1	,119	,438**	,189	,240	,493**	-,166	-,208	,006
	Sig. (bilateral)		,411	,001	,189	,093	,000	,249	,147	,968
Status		,119	1	,594**	,585**	,933**	,384**	,250	,215	-,277
		,411		,000	,000	,000	,006	,080	,134	,052
Dureza		,438**	,594**	1	,676**	,810**	,509**	-,062	-,078	,015
		,001	,000		,000	,000	,000	,670	,588	,917
Antifeminidad		,189	,585**	,676**	1	,794**	,447**	,078	,125	-,036
		,189	,000	,000		,000	,001	,590	,388	,802
ENRM		,240	,933**	,810**	,794**	1	,488**	,159	,144	-,179
		,093	,000	,000	,000		,000	,269	,319	,214
TAS-20		,493**	,384**	,509**	,447**	,488**	1	,016	-,038	-,074
		,000	,006	,000	,001	,000		,910	,795	,610
Edad		-,166	,250	-,062	,078	,159	,016	1	,533**	-,342*
		,249	,080	,670	,590	,269	,910		,000	,015
Estado civil	ANOVA de un factor	1,471	2,226	,157	,825	1,087	,082	9,812**	1	1,347
	Sig.	,240	,119	,855	,443	,346	,921	,000		,270
Nivel de estudios		,239	3,125	,829	,108	1,728	,421	3,142	1,347	1
		,788	,053	,443	,898	,189	,659	,052	,270	

Dado a que uno de los factores de esa escala (Dureza), correlaciona significativamente tanto con los niveles de depresión con los de alexitimia, se procedió a realizar un análisis de mediación entes esas tres variables, con el objetivo de comprender mejor las relaciones correlativas existentes. Los resultados muestran que existe un efecto de mediación significativa, debido a que al introducir en el modelo la alexitimia, la relación entre dureza y depresión pierde la significación (efecto directo), siendo significativo el efecto indirecto (Figura 1). Por tanto, aunque el diseño de esta investigación es transversal y no se puedan establecer relaciones causales, se puede concluir que la alexitimia está positiva y significativamente asociada a la dureza, y que depresión se explica por el grado de alexitimia, no por la dureza.

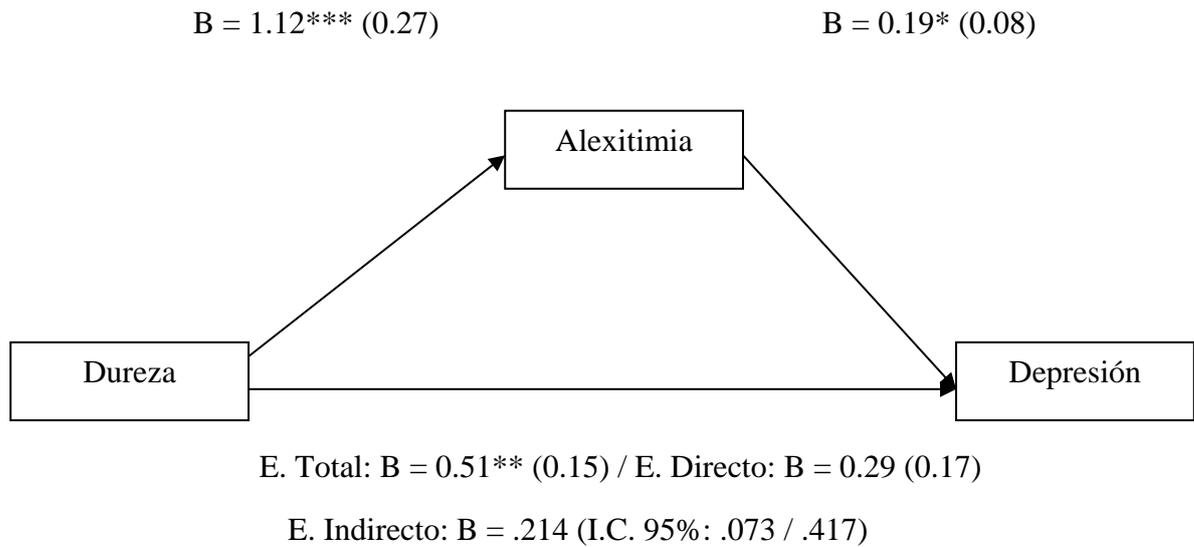


Figura 1. Diagrama explicativo de la mediación producida por la Alexitimia entre las variables Dureza y Depresión

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas); *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas); ENRM = Escala de Normas de Rol Masculino.

Discusión

Esta investigación ha tenido como objetivo observar si había una relación directa entre los niveles de depresión y una ideología tradicional masculina, así como observar cuál es el papel de la alexitimia en dicha relación. La hipótesis inicial propuesta era que mayores niveles de ideología tradicional masculina correlacionarían de forma directa con mayores niveles de depresión en hombres.

Se ha visto que la puntuación total del BDI-II correlaciona significativamente con el factor dureza de la ENRM, así como con la puntuación total del TAS-20. El hecho de que correlacione con el factor dureza podría en un principio indicar que hay cierta relación entre los niveles de depresión y la dureza tanto cognitiva como emocional, que implica el mantenerse imperturbable ante las adversidades. Este dato parece ir en consonancia con la hipótesis inicial de la investigación. Sin embargo, se ha encontrado que la relación que se establece entre esas dos variables viene mediada por la presencia de alexitimia. Es decir, la aparente relación que existe entre la dureza y los niveles de depresión se da porque la alexitimia está significativamente relacionada con ambas variables. Se ha visto que todos los factores que componen la ideología masculina tradicional en la ENRM están relacionados con la alexitimia. Una posible explicación de esta relación podría ser que el rol masculino tradicional suprime considerablemente la expresión emocional de los hombres, privándoles de aprender a comprenderlas e identificarlas desde una corta edad, pudiendo producir una cierta vulnerabilidad a padecer alexitimia. A su vez, los resultados muestran que existe también una correlación entre alexitimia y depresión, algo que se ha visto en otros estudios como el de Arancibia y Behar (2015). Sin embargo, en la actualidad aún existe el debate sobre la naturaleza de la alexitimia, en donde ciertos autores apuntan a que se trata de un rasgo de la personalidad, otros que es un síntoma más de la depresión, y otros que se trata de una identidad nosológica completamente independiente. Por lo

tanto, a pesar de no poder afirmar con seguridad que ante la existencia de una ideología masculina tradicional se den mayores niveles de depresión, los resultados de esta investigación muestran la existencia de relación entre dureza, alexitimia y depresión en hombres, algo que puede resultar interesante para tener en cuenta en estudios posteriores.

A pesar de que hasta no hace mucho la investigación en depresión se ha enfocado sobre todo en mujeres debido a la mayor prevalencia que presentan en comparación a los hombres, hay datos relacionados para los cuales aún no hay una explicación contundente. Un ejemplo es lo relativo al suicidio, un aspecto muy estrechamente ligado a las enfermedades mentales y en concreto a la depresión. Hay varios estudios que hacen referencia a la diferencia en cuanto a la prevalencia de suicidio comparando hombres y mujeres, donde se puede ver que a pesar de que las mujeres son las que más intentos de suicidio cometen, son los hombres los que mayor tasa de suicidios muestran (Addis, 2011). Algo que puede resultar relevante para futuros estudios es lo mencionado por Tondo (2014), quien señala que existe una diferencia en cuanto a la percepción de los motivos que llevan al suicidio en hombres y mujeres. A éstas últimas se les asocian motivos emocionales, mientras que a los hombres se les asocian, sobre todo, motivos económicos, como pueden ser la pérdida de trabajo o las crisis económicas (Iglesias-García, et al., 2017). Una de las explicaciones que existen en cuanto a esto es que una de las cualidades del rol masculino tradicional es la condición de proveedor, mientras que a las mujeres se les atribuyen cualidades más relacionadas con la emocionalidad, por lo que estudios relacionados con la depresión y los roles de género, así como las ideologías tradicionales respecto a los mismos pueden ser útiles para ayudar a comprender este tipo de hallazgos e hipótesis. A pesar de eso, en la actualidad muy pocos estudios se centran en estudiar estas tres variables en su conjunto. Estudios similares han comparado los niveles de alexitimia y depresión, pero en población geriátrica (Tartaglini, et al., 2017) y población femenina que ha sufrido violencia de pareja (Moral de la Rubia & Ramos-Basurto, 2015). No se han encontrado estudios que relacionen las 3 variables en hombres, puesto que la variable de género y rol tradicional no se contempla en dichos estudios.

Por lo tanto, otra de las implicaciones prácticas de estos resultados podría ser el conseguir que se le dé importancia a la identificación temprana de síntomas de alexitimia en hombres, dada la relación significativa entre alexitimia y depresión. Esto no sólo implicaría un factor más a tener en cuenta para el tratamiento y diagnóstico de la depresión, sino también para su prevención. Si en un futuro se descubriese que existe una relación de causalidad entre ideología masculina tradicional y alexitimia, esta primera podría llegar a tenerse en cuenta como un factor de vulnerabilidad frente a la alexitimia, y potencialmente de la depresión. Las inferencias del presente estudio podrían ser más adelante confirmadas llevando a cabo un estudio experimental longitudinal, con un grupo control de mujeres. El relacionar la ideología tradicional masculina con consecuencias negativas para la población, podría arrojar cierta luz sobre la necesidad de luchar contra la desigualdad de género, ya que esta perjudicaría no sólo a mujeres, sino también a los hombres. La expresión de síntomas como la tristeza se contradicen con lo que el rol de género masculino simboliza, a los hombres se les niega el uso de palabras útiles que ayudan a describir su situación, el apoyo social y la validación que muchas veces es necesaria para tomar conciencia de la propia enfermedad o de la necesidad de ayuda (Williams, Stephenson & Keating, 2014).

En lo que respecta a las limitaciones de este estudio, cabe destacar el tamaño de la muestra, que no permite realizar una extrapolación de los resultados a la población

general. El diseño de la propia investigación hace que no sea posible analizar relaciones de causalidad y aportar más información acerca del tema en cuestión. Además, el hecho de que los cuestionarios hayan sido elaborados con la herramienta Cuestionarios de Google puede haber presentado sesgos en la muestra no documentados al requerir un conocimiento a nivel usuario que depende del dispositivo usado para rellenarlo (móvil, tablet u ordenador), pudiendo hacer que queden fuera de muestra personas de mayor edad que no sepan utilizar dichos dispositivos. El hecho de que los test sean autoadministrados hace que en el caso de dudas estas no puedan ser respondidas simultáneamente.

A pesar de todo ello, se ha podido obtener información que podría suponer un punto de partida para futuras investigaciones, y poder así brindar aún más información en esta área.

Referencias

- Arancibia, M. & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(1), 24-34. doi:10.4067/S0717-92272015000100004
- Addis, M. E. (2011). *Invisible Men. Men's Inner Lives and the Consequences of Silence*, New York: Times Books.
- Alonso-Fernandez, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34(6), 481-490. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam116b.pdf>
- APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/15071941_The_Twenty-Item_Toronto_Alexithymia_Scale-II_Convergent_Discriminant_and_Concurrent_Validity
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 192-218. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001
- Behar, R. & Arancibia, M. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatra*, 53(1), 24-34. doi:10.4067/S0717-92272015000100004
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1-16. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Cardila Fernández, F., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M. & Gázquez Linares, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión

- en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279. doi:10.1989/ejihpe.v5i2.118
- Carranza, Y. P. (2014). *Niveles de alexitimia según severidad de sintomatología*. Lima, Perú
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaar, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203-213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
- Eastabrook, J. M., Lanteigne, D. M. & Hollenstein, T. (2013). Decoupling between physiological, self-reported, and expressed emotional responses in alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55, 978-982. doi:10.1016/j.paid.2013.08.001
- Fisch, R. Z. (1989). Alexithymia, masked depression and loss in an holocaust survivor. *Br J Psychiatry*, 154, 708-710. doi:10.1192/bjp.154.5.708
- Günther, V., Matthes, A., Kersting, A. & Egloff, B. (2016). Alexithymia and the implicit self-concept of extraversion in women. *Personality and Individual Differences*, 21-25. doi:10.1016/j.paid.2015.08.034
- Guvensel, K., Dixon, A., Chang, C. & Dew, B. (2018). The Relationship Among Gender Role Conflict, Normative Male Alexithymia, Men's Friendship Discords With Other Men and Psychological Well Being. *Journal of Men's Studies*, 56-76. doi:10.1177/1060826517719543
- Holmes, M. (2015). Men's Emotions: Heteromascularity, Emotional Reflexivity and Intimate Relationships. *Men and Masculinities*, 176-192. doi:10.1177/1097184X14557494
- Hunt, M., Auriemma, J. & Cashaw, A. C. (2003). Self-Report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 26-30. doi: 10.1207/S15327752JPA8001_10
- Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., & Bobes, J. (2017). Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70-77. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.04.005
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Van de Velde, S., De Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M. & Alonso, J. (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? results from the EU-World Mental Health survey. *Journal of Epidemiol Community Health*, 68, 649-656. doi:10.1136/jech-2013-202962
- Levant, R. J., Ronald, F., Levant, Hall, R. J., Williams, C. M. & Hasan, N. T. (2009). Gender Differences in Alexithymia. *Psychology of Men and Masculinity*, 10(3), 190-203. doi:10.1037/a0015652
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y. & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1), 1-9. doi:10.1016/j.psychres.2015.02.006
- Lindsey, L. (2015). *Gender Roles, a Sociological Perspective*. New York: Routledge.

- Lopez-Ibor, A. (1972). *Los equivalentes depresivos*, Sevilla, España: Editorial Paz Montalvo
- Mac an Ghail, M. & Haywood, C. (2012). Understanding Boys': Thinking Through Boys, Masculinity and Suicide. *Social Science & Medicine*, 74, 482-489. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.036
- Marcia Lees, F. & Johnson Black, N. (2017). *Gender Antropology*, Long Grove, Illinois: Waveland Press.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3, 2011-2030. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Matínez, M., Paterna, C., López, J.-A. & Velandrino, A. (2010). Análisis psicométrico y dimensional de la Escala de Normas de Rol Masculino en población española. Male Norms Role Scale (MRNS). *Estudios de psicología: Studies in Psychology*, 31(2), 159-172. doi:/10.1174/021093910804952287
- Matud, M. & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*; 32, 53-58. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212260007>
- Mitjans, M. & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83. Retrieved from <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Moral de la Rubia, J. (2005). La Alexitimia en relación con el Sexo y el Rol de Género. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM*, 25(1), 147-166. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/654/65415106.pdf>
- Moral de la Rubia, J. & Ramos-Basurto, S. (2015). Alexitimia como predictor directo y mediado por la depresión en la violencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(1), 15-40. Retrieved from <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n1/art02v34n1.pdf>
- Moral de la Rubia, J. & Retamales Rojas, R. (2014). Estudio de validación de la escala de alexitimia de toronto (TAS-20) en muestra española. *Psiquiatría*, 1. Retrieved from <https://psiquiatria.com/sin-categoria/estudio-de-validacion-de-la-escala-de-alexitimia-de-toronto-tas-20-en-muestra-espanola/>
- Moya Morales, M. (1984). Los Roles Sexuales. *Gazeta de Antropología*, 3, 21-28. Retrieved from https://www.ugr.es/~pwlac/G03_08Miguel_Moya_Morales.html
- Muñiz, J. & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121. Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Nekouei, Z. K., Doost, H. N., Yousefy, A., Manshaee, G. & Sadeghei, M. (2014). The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *Journal of Education and Health Promotion*, 68(3), Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113983>

- OMS (2018). *Depresión*. Retrieved from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76. Retrieved from <https://www.ehu.es/documents/1463215/1504264/Paezetal99em2.pdf>
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 950-958. doi:10.1016/j.jad.2013.08.013
- Rosado Millán, M., Gracia García, F., Alfeo Álvarez, J. & Rodríguez Rosado, J. (2015). El Suicidio Masculino: Una Cuestión de Género. *Prisma Social*, 13, 433-492. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/273120744/download>
- Sanz, J., Perdígón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Pennix, B. W. & De Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163. doi:10.1016/j.jad.2013.12.011.
- Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V. & Stefani, D. (2017). prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 516-524. doi:10.1590/1981-22562017020.160126
- Taylor, G. J., Parker, J. D. & James, C. B. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*, 147-149. doi:10.1176/ajp.147.9.1228
- Thomsom, E. H. & Pleck, J. H. (1986). The structure of males role norms. *American Behavioral Scientist*, 29, 531-593. doi:10.1177/000276486029005003
- Tondo, L. (2014). Brief History of Suicide in Western Cultures. En S. H. Koslow, P. Ruiz & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* (págs. 3-12). Cambridge: Cambridge University.
- Vázquez Machado, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17(3), 193-217. Retrieved from <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319/1315>
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E. & Latorre, J. M. (2012). La Depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>
- Williams, J., Stephenson, D. & Keating, F. (2014). A Tapestry of Oppression. *The British Psychological Society*, 27(6), 406-409. Retrieved from <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-27/edition-6/tapestry-oppression>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. & Steinhausen, H. -C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Fecha de recepción: 20/09/2018

Fecha de revisión: 25/09/2018

Fecha de aceptación: 01/10/2018