

Roles de género y salud de mujeres y hombres

M. Pilar Matud Aznar, Juan Manuel Bethencourt Pérez, Ignacio Ibáñez Fernández y Marisela López Curbelo
Universidad La Laguna

Montserrat Gomà Freixanet
Universidad Autónoma de Barcelona

M. José Matud Aznar
*Centro de Educación para Personas Adultas
"Casa Canal", Zaragoza*

Laura Aguilera Ávila
Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife

Joaquín Grande Baos
Servicio Canario de Salud

RESUMEN

El propósito de este estudio es: (1) analizar la asociación entre masculinidad y feminidad con salud; (2) explorar si hay diferencias en masculinidad y feminidad entre las personas de dos comunidades autónomas españolas. La muestra estaba formada por 533 personas de la población general. No se encontraron diferencias en masculinidad ni en feminidad entre las personas de ambas comunidades autónomas. Masculinidad se asociaba con autoestima en mujeres y hombres. En las mujeres, masculinidad se asociaba con mejor salud mental y feminidad se asociaba con autoestima. En la muestra de hombres, feminidad se asociaba con sintomatología de ansiedad y somática y con autoconfianza.

PALABRAS CLAVE

Masculinidad, feminidad, salud, género.

ABSTRACT

The purpose of this study is: (1) to analyze the association of masculinity and femininity with health; (2) to explore whether there were differences in masculinity and femininity among the people of two different Spanish autonomous communities. The sample was comprised of 533 individuals from the general population. No differences were found between masculinity and femininity between the people from the two autonomous communities. Masculinity was associated with self-esteem, both in the women's and the men's samples. In the women's sample, masculinity was associated with mental health and femininity was associated with self-esteem. In the men's sample, femininity was associated with anxiety and somatic symptoms, and with self-confidence.

KEY WORDS

Masculinity, femininity, health, gender.

Este trabajo ha sido realizado a través del proyecto de investigación PSI2008-02543/PSIC, subvencionado por la Dirección General de Programas y Transferencia de Conocimiento del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Correspondencia: M. Pilar Matud. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara, 38205 La Laguna, Tenerife, España. Correo electrónico: pmatud@ull.es.

Introducción

La existencia de diferencias en salud entre mujeres y hombres es un área controvertida pero de gran interés científico y aplicado. Dado que la salud es un valor muy importante para los seres humanos, conocer sus determinantes y los factores, tanto personales como sociales, que pueden influir positiva o negativamente en ella es relevante porque ayudará al diseño de políticas, programas y estrategias preventivas de la enfermedad y de promoción de la salud.

En casi todos los países del mundo las mujeres viven más que los hombres, si bien hay importantes diferencias regionales. Pese a esta mayor longevidad de las mujeres, tradicionalmente se ha considerado que tienen peor salud que los hombres, afirmando que presentan mayores tasas de morbilidad, de incapacidad y utilizan los servicios sanitarios con mayor frecuencia. 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 creencias 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 las hay, 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, del grupo étnico e incluso del país en que se realice el estudio (véase, por ejemplo, Lahelma et al., 2001; Macyntire, Hunt y Sweeting, 1996; McCullough y Laurenceau, 2004; McDonough y Walters, 2001; Read

y Gorman, 2006). Y, frente a la consideración tradicional de que las diferencias de género en salud eran consecuencia directa de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, los estudios actuales han mostrado la relevancia de los factores psicosociales. Así, autores como Davidson, Trudeau, van Roosmalen, Stewart y Kirkland (2006) plantean que las variables psicológicas, sociales, culturales, educacionales y económicas son mejores predictores de las diferencias en salud entre mujeres y hombres que la biología.

Una de las variables explicativas de las diferencias de género en salud son los roles sexuales (Courtenay, 2000; Hegelson, 1994; Waldron, 1976), aunque los resultados de sus efectos en la salud y el bienestar de hombres y mujeres no han sido concluyentes. La ideología de los roles sexuales se refiere a las creencias de los roles adecuados para mujeres y hombres y es relevante desde el punto de vista psicológico porque se asocia con la definición de sí mismo, con las interacciones entre hombres y mujeres y con las relaciones sociales (Barry y Beitel, 2006). Se ha planteado que el género es un elemento esencial de la identidad humana ya que muchos de los aspectos importantes de la vida, tales como las actividades ocupacionales, académicas, de ocio y las relaciones con los demás están regidas por el género (Egan y Perry, 2001).

La distinción entre mujeres y hombres es un principio básico de la organización cultural, asignando en cada sociedad roles adultos en base al sexo y anticipando dicha diferenciación en la socialización de la infancia (Bem, 1981). Dicha autora plantea que la tipificación sexual

es el proceso por el cual la sociedad transmuta hombres y mujeres en seres masculinos y femeninos. Y la masculinidad y feminidad se refieren a las diferencias en rasgos, conductas e intereses que la sociedad ha asignado a cada uno de los géneros. Según la teoría del esquema de género propuesta por dicha autora, 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. Plantea que 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 las tipificadas 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 surgiendo así las otras dos opciones de rol sexual propuestas por Bem (1977): la androginia, que se refiere a la combinación de características masculinas y femeninas en una misma persona, y la indiferenciación que se refiere a personas que se atribuyen un bajo número de características tipificadas como masculinas y como femeninas (García-Mina, 2003).

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 han aportado evidencia empírica para tales supuestos,

habiéndose encontrado que la masculinidad y la androginia estaban más asociadas con la salud mental de mujeres y hombres que la feminidad (Bassoff y Glass, 1982; O'Heron y Orlofsky, 1990; Orlofsky, y O'Heron, 1987; Roos y Cohen, 1987; Whitley, 1983) aunque también la feminidad parece asociarse con algunos componentes de la autoestima (Orlofsky y O'Heron 1987). Y en un estudio reciente se ha encontrado que tanto la alta masculinidad como la alta feminidad se asociaban con un funcionamiento mental óptimo (Lefkowitz y Zeldow, 2006).

También se ha planteado 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. Plantean que, 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 aser-

tiva 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 (Fragoso y Kashubeck, 2000; 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). Y se ha encontrado que la asociación hombre-fortaleza-inmunidad lleva a la práctica de conductas de riesgo (Hernández, 2006). 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. Y existe evidencia empírica de que los hombres tienen más estrés debido a la identificación con las normas del rol del género masculino, el cual predice mayor ansiedad, ira y conductas de salud menos adecuadas (Courtenay, 2000; Eisler, Skidmore y Ward, 1988; Frago y Kashubeck, 2000).

Así, todo indica que, pese a las creencias 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 distinta, si bien aún no parece estar totalmente clara la asociación entre el seguimiento de tales roles y la salud de mujeres y hombres. Además, dado que la mayoría de estudios se han realizado con muestras anglosajonas, se desconoce la medida en que tales resultados se dan en otro tipo de culturas. Los objetivos del presente trabajo son los siguientes: 1) analizar la asociación entre mas-

culinidad y feminidad con la salud de mujeres y hombres. 2) Explorar si hay diferencias en las dimensiones de masculinidad y feminidad en la población general española en función de la comunidad autónoma de residencia. Además, y en un intento de conocer si ambas dimensiones se asocian de forma sistemática al género o están influidas por variables sociales y demográficas, revisaremos si hay interacción entre el género y la comunidad autónoma donde se reside y analizaremos la asociación entre masculinidad y feminidad con las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido.

Método

Participantes

La muestra está formada por un total de 533 personas de la población general que participaron voluntariamente tras ser informadas de las condiciones de su participación y de las características generales del estudio. De ellas, 211 (el 39,6%) son hombres y el resto mujeres. El 61,7% residía en Canarias y el resto ($n = 204$) en Cataluña. Sus edades están comprendidas entre los 16 y 80 años, siendo la media de 30,9 y la desviación típica de 12,6. Su nivel de estudios es básico en el 23,6% de los casos, medio en el 29,3% y universitario en el 47,0%. También su profesión es diversa, aunque casi la tercera parte (el 32,3%) es estudiante; el 22,7% tenía empleo de tipo manual, el 20,3% de tipo no manual, el 21,6% era profesional y el 2,7% carecía de empleo y se autocalificaba como "ama de casa". Más de la mitad (el 69,2%) no tenía hijos/as, uno/a el 7,5%, dos el 16,7%, tres el 4,4%, y entre cuatro y ocho hijos/as el 2,1%.

Instrumentos

Bem Sex Role Inventory (BSRI; Bem, 1974). Instrumento formado por 60 adjetivos o enunciados cortos, 20 de los cuales se refieren a características masculinas y conforman la escala de masculinidad; 20 a características femeninas que forman la escala de feminidad; y otros 20 que incluyen características atribuibles a ambos géneros, diez positivas y otras diez negativas que evalúan deseabilidad social. La escala de respuesta es tipo Likert de 7 puntos.

Pese a haber sido publicado hace más de tres décadas, el BSRI sigue siendo uno de los instrumentos más utilizados para estudiar los roles sexuales y estudios recientes han mostrado su utilidad para categorizar a las mujeres y los hombres de diversas edades (Oswald, 2004).

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979). Instrumento diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario. Consta de 4 subescalas formadas por 7 ítems que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, y depresión grave. Se ha utilizado la puntuación tipo Likert, que asigna pesos desde 0 (para la respuesta "menos de lo habitual") hasta 3 (para "mucho más que lo habitual").

Inventario de Autoestima (*Self-Esteem Inventory*, SEQ; Rector y Roger, 1993). Instrumento que pretende una valoración global de la autoestima recogiendo varias competencias, incluidas la personal, interpersonal, familiar, de logro, atractivo físico, y la valoración del grado de incertidumbre en las mismas. En el estudio de validación de la versión española se encontró que la estructura factorial era independiente del género, surgien-

do dos factores que correlacionaban $-0,47$: uno formado por 28 ítems con una consistencia interna (α de Cronbach) de $0,91$, que reflejan una valoración negativa de sí mismo/a, y otro integrado por 15 ítems que evalúan autoconfianza y cuya consistencia interna es de $0,87$ (Matud, Ibáñez, Marrero y Carballeira, 2003).

Escala de apoyo social (AS; Matud, 1998). Instrumento diseñado para la evaluación funcional y global del apoyo social percibido. Está formado por 12 ítems que recogen información sobre la disponibilidad de personas que pueden prestar ayuda práctica y/o apoyo emocional. Muestra las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social. En las mujeres todos los ítems se agrupan en un único factor, cuya consistencia interna es de $0,90$. En los hombres se diferencian dos factores: apoyo emocional, formado por 7 ítems con una consistencia interna de $0,84$; y apoyo instrumental, formado por 5 ítems cuya consistencia interna es de $0,78$ (Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003).

Hoja de recogida de datos, donde se registran las principales variables sociodemográficas y de salud autoinformada.

Procedimiento

El pase de pruebas fue individual, autoaplicado en todos los casos, excepto en el de las personas con bajo nivel de estudios que se realizó en forma de entrevista estructurada, llevada a cabo por estudiantes de psicología entrenados para ello. El acceso a la muestra fue a través de diversos centros educativos y laborales de Canarias y Cataluña.

Análisis de datos

Los análisis diferenciales se realizaron mediante análisis de varianza multivariados (MANOVA) y univariados (ANOVA). Los análisis correlacionales se realizaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson cuando las variables eran cuantitativas y la Rho de Spearman cuando eran ordinales. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 14.0 del SPSS para Windows.

Resultados

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre masculinidad y feminidad entre las dos comunidades autónomas en que se recogieron datos y si dicha circunstancia interactuaba con el género se hicieron análisis de varianza tomando como factores la comunidad de residencia (Barcelona y Canarias) y el género (mujer, hombre) y como variables dependientes las puntuaciones en las tres escalas del BSRI. La interacción comunidad de residencia X género no era estadísticamente significativa ni a nivel multivariado $F(3,527) = 1,14, p > 0,05$, ni univariado, $F(1,529) = 0,39, p > 0,05$ en masculinidad; $F(1,529) = 1,82, p > 0,05$ en feminidad; y $F(1,529) = 1,26, p > 0,05$ en discapacidad social. Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos principales de la comunidad de residencia a nivel multivariado, $F(3,527) = 1,29, p > 0,05$; ni univariado, $F(1,529) = 1,21, p > 0,05$ en masculinidad; $F(1,529) = 1,65, p > 0,05$ en feminidad; y $F(1,529) = 0,20, p > 0,05$ en discapacidad social. Pero sí fueron estadísticamente significativos los efectos principales del género a nivel multivariado, $F(3,527) = 40,61, p < 0,001$. Los análisis univa-

riados mostraron diferencias estadísticamente significativas en masculinidad, $F(1,529) = 73,71, p < 0,001$; y en feminidad, $F(1,529) = 19,66, p < 0,001$; pero no en discapacidad social, $F(1,529) = 2,27, p > 0,05$. Como puede observarse en la Tabla 1, los hombres puntúan más alto en masculinidad y más bajo en feminidad que las mujeres.

Masculinidad correlacionaba de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con feminidad aunque la magnitud del coeficiente de correlación era muy baja ($r = 0,16$) pero aparecía independiente de la discapacidad social ($r = -0,01, p > 0,05$). Y feminidad correlacionaba con discapacidad social, aunque la magnitud de la asociación era baja ($r = 0,27, p < 0,001$).

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones, para mujeres y hombres, entre masculinidad y feminidad y las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido. Como puede observarse, tanto en las mujeres como en los hombres, masculinidad y feminidad son independientes de la edad y del nivel de estudios, asociándose con el número de hijos/as de forma diferente en cada género. A mayor número de hijos/as se observa una tendencia a puntuar más bajo en feminidad los hombres y en masculinidad las mujeres. Y, aunque ambas dimensiones son independientes del apoyo social percibido por los hombres, las dos se asocian con apoyo social en la muestra de mujeres.

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre masculinidad y feminidad con los distintos indicadores de salud. Como puede observarse, en ninguno de los géneros ni masculinidad ni feminidad se asocian con el número de enfermedades anteriores, con el número de enfermedades actuales ni con el número de

Tabla 1

Medias (desviaciones típicas) y comparaciones entre mujeres y hombres en las medidas del BSRI

	Hombres (n = 211)	Mujeres (n = 322)	F	η^2 parcial
Masculinidad	96,51 (14,03)	84,76 (15,07)	73,71***	0,12
Feminidad	96,63 (11,72)	101,47 (10,69)	19,66***	0,04
Deseabilidad social	96,96 (9,02)	97,47 (9,38)	2,27	0,00

Nota: * * * $p < 0,01$.

Tabla 2

Correlaciones entre masculinidad y feminidad con las variables sociodemográficas y de apoyo social

	Hombres		Mujeres	
	Masculinidad	Feminidad	Masculinidad	Feminidad
Edad	-0,01	-0,08	-0,08	-0,02
Nivel de estudios ^{&}	0,04	0,08	0,04	-0,03
Números de hijos/as	0,00	-0,24**	-0,14*	-0,08
Apoyo social emocional	0,11	0,05	0,17**	0,26***
Apoyo social instrumental	0,10	0,05	0,13*	0,24***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.[&] Coeficiente calculado con Rho de Spearman.

Tabla 3

Correlaciones entre masculinidad y feminidad y los distintos indicadores de salud

	Hombres		Mujeres	
	Masculinidad	Feminidad	Masculinidad	Feminidad
Nº enfermedades anteriores	0,07	0,02	0,03	-0,01
Nº enfermedades actuales	0,07	0,01	-0,04	0,01
Nº de medicamentos	-0,08	0,02	-0,01	0,09
S. somáticos	0,00	0,16*	-0,11*	-0,06
Ansiedad e insomnio	-0,02	0,17**	-0,16**	-0,07
Disfunción social	-0,09	0,07	-0,20***	-0,08
Depresión	-0,12	-0,01	-0,19**	-0,06
Valoración negativa	-0,29***	0,03	-0,26***	-0,18**
Autoconfianza	0,52***	0,17*	0,39***	0,35***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

medicamentos consumidos actualmente. En la muestra de hombres masculinidad sólo correlaciona de forma estadísticamente significativa con los dos factores del cuestionario de autoestima, mostrando mayor confianza en sí mismos y menor valoración negativa los hombres que puntúan más alto en masculinidad. Y feminidad se asocia con síntomas somáticos y de ansiedad e insomnio, así como con confianza en sí mismos, aunque el porcentaje de varianza común es muy bajo.

En la muestra de mujeres, masculinidad correlaciona con todos los síntomas de salud mental, mostrando menor sintomatología somática, depresiva, de ansiedad e insomnio y menor disfunción social las mujeres que puntúan más alto en la escala de masculinidad del BSRI, las cuales también informan de mayor confianza en sí mismas y menor valoración negativa. Y feminidad correlaciona negativamente con valoración negativa de sí misma y positivamente con autoconfianza.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que, aunque las dimensiones de masculinidad y feminidad parecen ser independientes de la salud física de mujeres y hombres, sí parecen ser relevantes en la salud mental, aunque su asociación es generalmente baja y difiere en algunas variables en función del género.

Hemos encontrado que los factores que más se asocian con las dimensiones de masculinidad y feminidad son los de autoestima. Tanto en mujeres como en hombres, masculinidad se asocia con menor valoración negati-

va y mayor confianza en sí mismo/a, asociándose también feminidad con la confianza en sí mismo/a, si bien la magnitud de la relación difiere en función del género. Así, los resultados de este estudio indican que los valores asociados clásicamente a la masculinidad tales como independencia, asertividad, agencia... parecen tener un efecto positivo en la autoestima de mujeres y hombres, mostrando menor valoración negativa y mayor confianza en sí mismos/as tanto las mujeres como los hombres que puntúan más alto en masculinidad. En ambas muestras también feminidad se asocia con confianza en sí mismo/a, aunque en la muestra de hombres el porcentaje de varianza común es inferior al 3% mientras que en la muestra de mujeres es del 12.2%. Además, en éstas, feminidad se asocia con una menor valoración negativa, aunque el porcentaje de varianza común es muy escaso.

Al analizar las asociaciones entre masculinidad y feminidad y los síntomas de salud mental encontramos que, en la muestra de mujeres, masculinidad se asocia con menor sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio y con menor disfunción social, si bien la varianza común es escasa. Aunque feminidad aparecía como independiente de la sintomatología de salud mental en la muestra de mujeres sí se asociaba, aunque en escasa medida, con la sintomatología somática y de ansiedad en los hombres. En general, los resultados de este trabajo coinciden con los encontrados habitualmente en la literatura sobre roles sexuales y salud, donde se ha constatado que el efecto de la masculinidad en el ajuste de mujeres y hombres es mayor que el de la

feminidad. También se ha encontrado de forma consistente que la masculinidad es el predictor principal de la salud psicológica (Bassoff y Glass, 1982; Hegelson, 1994; Lubinski, Telleen y Butcher, 1981; Taylor y Hall, 1982). Pese a ello, en nuestro trabajo destaca que las asociaciones entre las dimensiones de masculinidad y feminidad y la sintomatología de salud mental dependen del género, asociándose la masculinidad con mejor salud mental solo en la muestra de mujeres mientras que la feminidad se asocia con algunos síntomas solo en la muestra de hombres.

Otro objetivo del presente trabajo era conocer si las puntuaciones en tales dimensiones están influidas por otras variables de tipo social y/o demográfico. Para ello analizamos las diferencias en masculinidad y feminidad en la población general de dos comunidades autónomas españolas muy distanciadas geográficamente: Canarias y Cataluña y estudiamos si la comunidad de residencia interactuaba con el género. Hemos encontrado que en las dos comunidades se da un patrón similar en ambas dimensiones, puntuando los hombres más alto en masculinidad y más bajo en feminidad que las mujeres, si bien predomina la variabilidad intragrupo y las diferencias entre los géneros tienden a ser escasas, sobre todo en feminidad. También encontramos que las dos dimensiones parecen ser bastante independientes entre sí y, mientras que masculinidad es independiente de la deseabilidad social, las puntuaciones en feminidad correlacionan con deseabilidad social, aunque el porcentaje de varianza común es inferior al 10%. Ambas dimensiones parecen ser independientes de la

edad y del nivel de estudios, pero sí parecen relacionarse de forma diferencial con el número de hijos/as, aunque el porcentaje de varianza común es bajo, sobre todo en el grupo de mujeres. Hemos encontrado que los hombres que tienen mayor número de hijos/as tienden a puntuar más bajo en feminidad mientras que las mujeres con más hijos/as tienen una puntuación más baja en masculinidad. Aunque se desconoce la razón de ello, se trata de un resultado interesante que posiblemente refleje la realidad social española de que, en la mayoría de los casos, son las mujeres las que asumen las tareas de crianza de los hijos/as. Quizá ello haga que las mujeres con más hijos/as puedan desarrollar en menor medida características tales como la independencia, la asertividad, o la autosuficiencia que se asocian con masculinidad. Por el contrario, los hombres con mayor número de hijos/as son los que menos parecen autoatribuirse características expresivas tales como la sensibilidad, la solidaridad o la calidez que están asociadas con feminidad.

En conjunto, los resultados de este estudio muestran que, pese a que existe mucha variabilidad intragrupo y las diferencias son escasas, sobre todo en feminidad, las mujeres y los hombres españoles aún siguen diferenciándose en la medida en que se autoatribuyen los valores clásicos de masculinidad y feminidad. Diferencias que parecen ser independientes del lugar de residencia y de factores sociodemográficos tales como la edad y el nivel de estudios. También se ha puesto de manifiesto que el seguimiento de tales normas no conlleva mayor salud sino que, al menos en el caso de las mujeres, es la masculinidad la que se asocia

con menos problemas de salud mental. Así, y al igual que se ha encontrado en múltiples estudios realizados en otros entornos socioculturales (Bassoff y Glass, 1982; Hegelson, 1994; Jhonson, McNair, Vojick, Congdon, Monacelli y Lamont, 2006; Lefkowitz y Zeldow, 2006; Taylor y Hall, 1982), nuestros resultados confirman la falta de apoyo empírico para el modelo tradicional de que la masculinidad es mejor para los hombres y la feminidad para las mujeres.

Pero, aunque los resultados coinciden en buena medida con los obtenidos en otros estudios, proceden de una muestra de la población general muy diversa, y aportan conocimiento útil para el diseño de políticas sociales para lograr la igualdad entre mujeres y hombres y que ambos géneros tengan mayor salud, el presente trabajo tiene una serie de limitaciones que hay que tener en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, por lo que se puede hablar de asociación pero no de causalidad. Además, la muestra no es aleatoria por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población.

Bibliografía

- Barry, D. T. & Beitel, M. (2006). Sex role ideology among East Asian immigrants in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 512-517.
- Bassoff, E. S. & Glass, G. V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. *The Counseling Psychologist*, 10, 105-112
- 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. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- 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. & Kirkland, S. (2006). Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education & Behavior*, 33, 731-743.
- Egan, S. K. & Perry, D. G. (2001) Gender identity. A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37, 451-463.
- Eisler, R. M., Skidmore, J. R. & Ward, C. H. (1988). Masculine gender-role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 52, 133-141.
- Fragoso, J. M. & Kashubeck, S. (2000). Machismo, gender role conflict, and mental health in Mexican American men. *Psychology of Men & Masculinity*, 1, 87-97.
- García-Mina, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid: Narcea.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Good, G. E., Sherron, N. B. & Dillon, M. G. (2000). Masculine gender role stressors and men's health. En R. M. Eisler & M. Hersen (Eds.), *Handbook of gender, culture and health* (pp. 63-81). Mahwah: LEA.
- Hegelson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being. Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 16, 412-428.
- Hernández, A. (2006). Representación social del género masculino en un grupo de niños y

- jóvenes que viven en la calle, en la ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 29, 56-63.
- Jhonson, H. D., McNair, R., Vojick, A., Congdon, D., Monacelli, J. & Lamont, J. (2006). Categorical and continuous measurement of sex-role orientation: Differences in associations with young adults' report of well-being. *Social Behavior and Personality*, 34, 59-76
- Lahelma, E., Arber, S., Martikainen, P., Rahkonen, O. & 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.
- Lefkowitz, E. S. & Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health. A belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 87, 95-101.
- Lubinski, D., Tellegen, A. & Butcher, J. N. (1981). The relationship between androgyny and subjective indicators of emotional well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 722-730.
- Macyntire, S., Ford, G. & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*, 48, 89-98.
- Macyntire, S., Hunt, K. & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42, 617-624.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Informe del proyecto de investigación. Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R. & Carballeira, M. (2003). Structural differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-1929.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Marrero, R. & Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 51-78.
- McCullough, M. E. & Laurenceau, J. (2004). Gender and the natural history of self-rated health: A 59-year longitudinal study. *Health Psychology*, 23, 651-655.
- McDonough, P. & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52, 547-559.
- O'Heron, C. A. & Orlofsky, J. L. (1990). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations, gender identity, and psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 134-1423.
- Orlofsky, J. L. & O'Heron, C. A. (1987). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations: Implications for personal adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1034-1042.
- Oswald, P. A. (2004). An examination of the current usefulness of the Bem sex-role inventory. *Psychological Reports*, 94, 1331-1336.
- Read, J. G. & Gorman, B. K. (2006). Gender inequalities in US adult health: The interplay of race and ethnicity. *Social Science & Medicine*, 62, 1045-1065,
- Rector, N. A. & Roger, D. (1993, julio). Self-concept and emotion-control. *Presentación en el 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology*. Helsinki, Finland.
- Roos, P. E. & Cohen, L. H. (1987). Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 576-585.
- Sánchez, D. T. & Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being: the role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 63-77.
- Taylor, M. C. & Hall, J. A. (1982). Psychological androgyny: Theories, Methods, and conclusions. *Psychological Bulletin*, 2, 347-366.

Waldron, I. (1976). Why do women live longer than men? *Social Science & Medicine*, 10, 349-362

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. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 765-778.