

Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española

Ma. Pilar Matud,¹ Laura Aguilera²

Artículo original

SUMMARY

Research on gender differences in health has generally shown that women report higher levels of minor psychiatric morbidity than men. One of the explicative variables for these findings is the different social roles of women and men. Sex role ideology refers to beliefs about appropriate roles for each gender, and is relevant from a psychological point of view because it is associated with self-definition, interactions between men and women and social relations.

Most societies consider that women and men are different and consider that they should adopt different roles. These roles determine different social behaviors. Masculinity and femininity refer to feature differences, behaviours and interests assigned by society to each gender. The other two gender role categories proposed by Sandra Bem are androgyny (characterized by the presence of feminine and masculine characteristics) and an undifferentiated sex role (referring to individuals who have low levels of masculine or feminine characteristics).

Classic theories on sex typing and gender role differences between women and men have suggested that such differences have been considered as normal and healthy, since they reflect social norms regarding appropriate behaviour in women and men. Furthermore, there is a tendency within mental health professionals who view masculine men and feminine women as normal and healthy. Nevertheless, research on this matter has not provided empirical evidence in relation to such hypotheses. It has also been suggested that reversing gender ideals can be stressful for men and women because such ideals are socially imposed, and therefore, obstruct self-regulation and are connected to the external representation of self-value.

The aim of the current study is to find out whether there are mental health differences in a sample of the general Spanish population among the categories of sex role proposed by Sandra Bem. These categories are: masculine, which refers to individuals with high scores in masculinity and low scores in femininity; feminine, which comprises those individuals with high scores in femininity and low scores in masculinity; androgynous, which includes individuals with high scores in masculinity and femininity; and undifferentiated, which gathers those individuals with low scores in masculinity and femininity.

The sample included 197 women and 140 men from the general population who voluntarily took part in the study. Participants ranged in age from 17 to 74 years, with a mean of 32.2 years ($SD = 12.2$), and with different social and demographic characteristics.

They were assessed using the Bem Sex Role Inventory (BSRI), the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) and the Self-Esteem Inventory (SEQ).

In order to know whether there were any statistically significant differences in health according to sex roles, and whether these interacted with gender, analysis of variance (ANOVA) and multivariate analysis of variance (MANOVA) were performed. The factors in all of them were the four sex role categories (androgynous, masculine, feminine and undifferentiated) and gender (men, women); and the dependent variables were the scores in GHQ-28 in the first group of analysis, and the two self-esteem factors in the second.

In the MANOVA where the dependent variables were the four GHQ-28 scales of symptoms, we found that the interaction between sex roles and gender was statistically significant. When performing the analysis independently for each gender, we found that in the male sample there were statistically significant differences only according to sex roles in somatic symptoms. Men with undifferentiated sex roles showed fewer somatic symptoms than men with feminine or androgynous sex roles. In the female sample, we found statistically significant differences according to sex roles in somatic, anxiety and insomnia symptoms. *Post hoc* analysis with the Bonferroni adjustment showed that statistically significant differences occurred between the female groups with undifferentiated and androgynous sex roles. The latter female group showed fewer somatic, anxiety and insomnia symptoms.

The analysis of the differences between women and men in mental health symptoms showed statistically significant differences in somatic, anxiety and insomnia symptoms. Women obtained higher average scores than men. However, there were no statistically significant differences in depressive symptoms nor social dysfunction.

When the two factors from the self-esteem questionnaire were considered as dependent variables, the analyses of variance showed that the interaction between sex roles and gender was not statistically significant. Gender main effects were not statistically significant either, however sex role main effects were statistically significant. *Post hoc* analysis with the Bonferroni adjustment showed that individuals with

¹ Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

² Centro Municipal de la Mujer, Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, España.

Correspondencia: M. Pilar Matud. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Campus de Guajara, 38205 La Laguna, Tenerife, España.
Nº Fax: 3492222317461. e-mail: pmatud@ull.es

Recibido primera versión: 2 de agosto de 2007. Segunda versión: 21 de agosto de 2008. Aceptado: 17 de septiembre de 2008.

an undifferentiated sex role evaluated themselves more negatively, and individuals with a masculine sex role evaluated themselves less negatively than those with a feminine sex role. There was no difference in self-confidence between individuals with androgynous sex roles and individuals with a masculine sex role, but both groups showed greater self-confidence than those individuals with feminine or undifferentiated sex roles. The latter group showed less self-confidence than individuals with a feminine sex role.

These findings show that sex-typed individuals do not have better mental health or higher self-esteem than androgynous and undifferentiated individuals. Therefore, as in many other studies in other sociocultural settings, our results confirm the lack of empirical evidence for the traditional perspective that masculinity is better for men and femininity is better for women.

Our data shows the complexity of relationships between sex roles and health, which depend on gender and on the kind of mental health indicator used. Therefore, while social dysfunction and depressive symptoms seem to be independent from sex role and gender, the effects of sex role on somatic, anxiety and insomnia symptoms were different for women and men. Whereas in the male sample, those with undifferentiated sex roles were the ones showing fewer somatic symptoms, in the women's sample, those with an androgynous sex role were the ones showing less somatic and anxiety and insomnia symptoms compared to those with an undifferentiated sex role.

Nevertheless, self-esteem factors showed the highest differences between the various sex role categories. These factors seem to be the same for women and men. For example, we found that individuals with undifferentiated sex roles show higher negative self-worth and lower self-confidence than individuals classified in the other roles. In addition, individuals with a masculine sex role also value themselves less negatively and have higher self-confidence than individuals with a feminine sex role. Lastly, individuals classified in the androgynous sex role have similar self-confidence levels to those with a masculine sex role.

The type of mental health symptoms were statistically significant. Differences between women and men are found, these differences were the same as those found in the female sample with regard to sex roles. This seems to indicate the relevance that sex roles have in mental health (in each gender), as some authors have highlighted.

However, this study has some limitations to take into account when interpreting the results. Firstly, it is a transversal study, therefore we can talk about association, but not cause-and-effect relations between sex roles and health. Secondly, the sample is not random therefore it is not possible to generalize these results to the population.

Key words: Sex roles, mental health, self-esteem, somatic symptoms, anxiety.

RESUMEN

Las investigaciones sobre las diferencias de género en salud mental generalmente muestran que los niveles de menor morbilidad psiquiátrica son mayores en las mujeres que en los hombres, siendo una de las variables explicativas de tales diferencias los roles sociales diferenciados en función del sexo. La ideología de los roles sexuales se refiere a las creencias respecto a qué roles son los adecuados para mujeres y hombres. Esto 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. La mayoría de las sociedades considera que mujeres y hombres son

diferentes y deben ocupar roles distintos, por lo que los socializan de forma distinta. Y la masculinidad y la feminidad se refieren a las diferencias en rasgos, conductas e intereses que la sociedad ha asignado a cada uno de los géneros.

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 cada sexo. Además, los profesionales en salud mental tienden a ver a los hombres masculinos y a las mujeres femeninas como normales y sanas. Sin embargo, los resultados de las investigaciones no han aportado evidencia empírica de tales supuestos. Además, recientemente se ha reconocido 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. Pese a ello, la evidencia empírica no es concluyente, habiéndose realizado la mayoría de estudios sobre roles sexuales y salud con muestras anglosajonas, por lo que se desconoce si tal relación se da también en otras culturas.

El objetivo del presente trabajo es conocer si existen diferencias en salud mental, en una muestra de la población general española, entre las cuatro opciones de rol sexual propuestas por Sandra Bem: masculinidad, feminidad, androginia e indiferenciación.

La muestra estuvo formada por 337 personas de la población general que participaron voluntariamente en el estudio, sus edades oscilaron entre los 17 y 74 años ($M = 32.2$, $SD = 12.2$) y presentaron diferentes características sociodemográficas. Las muestras fueron evaluadas con el Bem Sex Role Inventory (BSRI), con el Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) y con el Inventario de autoestima (Self-Esteem Inventory, SEQ).

En los resultados encontramos que la asociación entre roles sexuales y salud mental depende del tipo de indicador de salud utilizado. Además, en la sintomatología somática, de ansiedad y de insomnio, también se encontró una relación estrecha con el género. En la muestra de hombres, los clasificados como indiferenciados presentaron menor sintomatología somática respecto a los clasificados como femeninos o como andróginos, mientras que en la muestra de mujeres las clasificadas como indiferenciadas fueron las que tuvieron más síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio respecto a las andróginas.

El análisis de las diferencias entre mujeres y hombres en sintomatología de salud mental mostró que se daban diferencias estadísticamente significativas en sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, teniendo las mujeres puntuaciones medias más altas que los hombres. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología depresiva ni en disfunción social. Dichas diferencias coinciden con las obtenidas en la muestra de mujeres al analizar las diferencias en salud mental en función de los roles sexuales. Ello indica la relevancia que los roles sexuales pueden tener en las diferencias de género en salud mental, como han señalado algunos autores.

Los resultados de este estudio muestran que el seguimiento de los roles sexuales tradicionales no conlleva a una mejor salud mental. En conclusión, como se ha encontrado en varios estudios realizados en otros entornos socio-culturales nuestros resultados confirman la falta de apoyo empírico para el modelo tradicional en el cual la masculinidad es mejor para los hombres y la feminidad para las mujeres.

Palabras clave: Roles sexuales, salud mental, autoestima, síntomas somáticos, ansiedad.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones sobre las diferencias de género en salud mental generalmente muestran que los niveles de morbilidad psiquiátrica menor son mayores en las mujeres que en los hombres.¹ Una de las variables explicativas de tales diferencias han sido los diferentes roles que la sociedad asigna a mujeres y hombres,^{1,2} aunque los resultados del efecto de los roles sexuales sobre la salud y el bienestar de hombres y mujeres no han sido concluyentes. La teoría 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.³ Además, se ha reconocido la relevancia de tales roles en la vida de los seres humanos y se ha planteado que el género es un elemento esencial de la identidad humana ya que muchos de los aspectos fundamentales de la vida, tales como las actividades ocupacionales, académicas, de ocio y las relaciones están gobernadas por el género.⁴

La mayoría de las sociedades considera que mujeres y hombres son diferentes y deben ocupar roles distintos, por lo que cada rol ocupa un lugar específico dentro de la sociedad. Bem⁵ plantea que la tipificación sexual es el proceso por el cual la sociedad transmuta hombres y mujeres en seres masculinos y femeninos. Así, 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. Las otras dos opciones de rol sexual propuestas por Bem⁶ son la androginia y la indiferenciación. La primera se define como un estilo de personalidad donde la persona es capaz de combinar características masculinas y femeninas; la indiferenciación se refiere a las personas que se atribuyen un bajo número de características tipificadas sexualmente como masculinas o femeninas.⁷

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. Sin embargo, los resultados de las investigaciones no han aportado evidencia empírica de tales supuestos⁸⁻¹¹ ya que se encontró que la masculinidad y la androginia están más asociadas con la salud mental de hombres y mujeres que la feminidad^{8,12,13} aunque también la feminidad parece asociarse con algunos componentes de la autoestima.¹² En un estudio reciente se ha encontrado que tanto la alta masculinidad como la alta feminidad se asocian con un funcionamiento mental óptimo.¹⁰

También se ha propuesto que la inversión en los ideales de género puede ser estresante tanto para hombres como para mujeres porque se trata de ideales impuestos socialmente, dificultan la autorregulación y están relacionados con la representación externa de la autovalía.¹⁴ Además,

para las mujeres son más negativos porque las características que se le asocian están menos valorados culturalmente. También se ha planteado que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción.¹⁵

Así, todo apunta a 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. Sin embargo, aún no parece estar totalmente clara la asociación entre el seguimiento de tales roles con la salud mental de mujeres y hombres, aunque ya se ha reconocido que tal asociación depende de la población evaluada.⁹ 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.

El objetivo del presente trabajo es conocer si existen diferencias en salud mental entre las cuatro opciones de rol sexual propuestas por Bem⁶ en una muestra de personas adultas de la población española con diferente nivel educativo y laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra está formada por 337 personas adultas de la población general a las que se accedió por medio de diferentes centros educativos y laborales de la Comunidad Canaria. Todas ellas participaron voluntariamente tras garantizarles el anonimato total de sus respuestas y no recibieron compensación económica por su participación. De ellas, 197 (el 58.5%) son mujeres y el resto hombres. Sus edades están comprendidas entre los 17 y 74 años ($M = 32.2$, $SD = 12.2$). Su nivel de estudios es básico en el 34.2% de los casos, medio en el 26.3% y universitario en el 39.4%. También su profesión es diversa, siendo estudiantes el 25.5%, con empleo manual el 22.8%, empleo no manual el 23.4%, profesionales el 25.2% y amas de casa el 3.1%. Algo más de la mitad (el 60.4%) están solteras, el 34.2% casadas y el resto separadas (el 2.7%), divorciadas (el 2.1%) o viudas (el 0.6%). El 65.5% no tiene hijos, uno el 8.7%, dos el 17.7% y, entre tres y ocho el 8.1%.

Instrumentos

Bem Sex Role Inventory (BSRI).¹⁶ 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. El BSRI permite la clasificación de una persona en cuatro medidas: masculinas, que incluye a las personas con puntuaciones por encima de la

mediana en la escala de masculinidad y por debajo en la de feminidad; femeninas, que incluye a las personas con puntuaciones por encima de la mediana en feminidad y por debajo en masculinidad; andróginas, que incluye a las personas que puntúan por encima de la mediana en masculinidad y en feminidad; e indiferenciadas, que incluye a las personas cuya puntuación está por debajo de la mediana tanto en masculinidad como en feminidad. 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 hombres de diversas edades.¹⁷

*El Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)*¹⁸ es un instrumento diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario. El cuestionario consta de cuatro subescalas formadas por siete ítems que representan las dimensiones de Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, y Depresión grave.

*El Inventario de autoestima (Self-Esteem Inventory, SEQ)*¹⁹ pretende una valoración global de la autoestima por medio del registro de las competencias: personal, interpersonal, familiar, de logro y de atractivo físico. En el estudio de validación de la versión española se encontró que la estructura factorial era independiente del género, en la que aparecen 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.

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 ayudantes de investigación entrenados específicamente para ello. El acceso a la muestra fue a tra-

vés de diversos centros laborales y educativos de la Comunidad Canaria donde se les preguntaba a las personas disponibles en el momento en que los ayudantes de investigación iban al centro si querían participar en un «estudio sobre los problemas y la forma de pensar de la población». Así, se les informó que dicha participación implicaba realizar una serie de cuestionarios psicológicos. Si estaban de acuerdo en participar y optaban por la modalidad de autoaplicación de las pruebas se les entregaban los cuestionarios explicándoles brevemente la forma de responder a cada uno y se recogían los cuestionarios una semana después. Todos los cuestionarios se entregaban impresos. De los formularios entregados, el 90% los devolvió contestados. Todas las personas fueron tratadas siguiendo los principios éticos y el código de conducta de los psicólogos de la American Psychological Association.²⁰ Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 14 del SPSS para Windows.

RESULTADOS

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de salud en función de los roles sexuales y si estos interactuaban con el género se hicieron análisis de varianza multivariados (MANOVA) y univariados (ANOVA). En ellos se consideró como factores las cuatro opciones de rol sexual (andrógino, masculino, femenino e indiferenciado) y el género (hombre, mujer) y como variables dependientes las puntuaciones en el GHQ-28 en el primer grupo de análisis y los dos factores de autoestima en el segundo.

En el MANOVA en que las variables dependientes fueron las cuatro escalas de síntomas del GHQ-28 encontramos que la interacción rol sexual X género era estadísticamente significativa, $F(12,834) = 2.33$, $p < 0.01$. Al realizar los análisis de forma independiente para cada género encontramos que, en la muestra de hombres, había diferencias estadísticamente significativas en función de los roles sexuales únicamente en sintomatología somática (cuadro 1). Los

Cuadro 1. Medias (desviaciones estándar) y comparaciones en el GHQ-28 en función de los roles sexuales en la muestra de hombres y de mujeres

	Grupo 1 Andrógino (n = 36)	Grupo 2 Masculino (n = 56)	Grupo 3 Femenino (n = 13)	Grupo 4 Indiferenciado (n = 32)	F
Hombres					
S. somáticos	6.44 (4.48)	4.41 (3.50)	7.31 (5.02)	3.87 (2.12)	4.95
Ansiedad e insomnio	5.58 (4.85)	4.66 (4.40)	6.77 (5.45)	3.69 (3.50)	1.90
Disfunción social	6.56 (2.41)	6.37 (2.50)	7.77 (3.09)	6.22 (2.04)	1.37
Depresión	1.31 (1.95)	1.27 (2.71)	7.77 (3.09)	6.22 (2.04)	2.50
Mujeres					
S. somáticos	5.26 (3.33)	7.00 (3.27)	5.89 (3.87)	7.42 (4.53)	3.05*
Ansiedad e insomnio	4.66 (3.66)	6.11 (4.15)	6.21 (4.69)	7.08 (4.46)	2.70*
Disfunción social	6.46 (1.73)	7.15 (3.64)	6.90 (2.48)	7.36 (2.36)	1.01
Depresión	0.80 (1.97)	2.37 (3.58)	1.60 (3.19)	2.12 (3.64)	1.97

* $p < 0.05$.

Cuadro 2. Medias (desviaciones estándar) y comparaciones en el GHQ-28 entre hombres y mujeres

	Hombres (n = 137)	Mujeres (n = 189)	F
S. somáticos	5.09 (3.86)	6.24 (3.93)	6.82*
Ansiedad e insomnio	4.88 (4.48)	6.02 (4.38)	5.32*
Disfunción social	6.51 (2.44)	6.93 (2.42)	2.29
Depresión	1.48 (2.78)	1.60 (3.12)	0.13

* $p < 0.05$.

análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las diferencias estadísticamente significativas se daban entre los grupos 1-4 y 3-4. Los hombres con rol sexual indiferenciado tenían menor sintomatología somática que aquellos cuyo rol sexual es femenino o andrógino. En la muestra de mujeres encontramos diferencias estadísticamente significativas en función de los roles sexuales en la sintomatología de tipo somático y en la de ansiedad e insomnio. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que, en ambos síntomas, las diferencias estadísticamente significativas se daban entre el grupo de mujeres cuyo rol sexual era indiferenciado o andrógino, mostrando éstas menor sintomatología somática y de ansiedad e insomnio.

Al realizar los ANOVA entre mujeres y hombres encontramos diferencias estadísticamente significativas en sintomatología somática, $F(1,324) = 6.82$, $p < 0.01$; y de ansiedad e insomnio, $F(1,324) = 5.32$, $p < 0.05$, informando las mujeres de más síntomas de ambos tipos que los hombres (cuadro 2).

Cuando se consideraron como variables dependientes los dos factores del cuestionario de autoestima, los análisis de varianza mostraron que la interacción rol sexual X género no era estadísticamente significativa. Tampoco fueron estadísticamente significativos los efectos principales del género, $F(2,319) = 0.41$, $p > 0.05$, pero sí lo fueron los efectos del rol sexual, $F(6,638) = 9.49$, $p < 0.001$. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que en el factor de valoración negativa había diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre los grupos 1-4, 2-3 y 2-4; y en el factor de autoconfianza se daban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1-3, 1-4, 2-3, 2-4 y 3-4. Como puede observarse en el cuadro 3, las personas con rol sexual indiferenciado se valoraban más negativamente que el resto y las de rol masculino se valoraban menos negativamente que las de rol femenino. No hubo diferencias en autoconfianza

entre las personas que tenían un rol andrógino y las que lo tenían masculino, pero ambos grupos mostraban mayor confianza en sí mismas que las de rol femenino o indiferenciado, mostrando además este último grupo menor confianza en sí mismo que el grupo de personas cuyo rol sexual era femenino.

DISCUSIÓN

En este trabajo hemos analizado la relevancia de los roles sexuales en la salud mental de mujeres y hombres. Encontramos que la asociación entre roles sexuales y salud mental depende del tipo de indicador de salud utilizado y, en algunos síntomas, también del género. Así, mientras que en la muestra de hombres, los que se clasifican como indiferenciados son los que presentan menor sintomatología somática respecto a los clasificados como femeninos o como andrógino, en la muestra de mujeres las clasificadas como indiferenciadas son las que tienen más síntomas somáticos y de ansiedad e insomnio respecto a las andróginas.

Aunque se desconoce las razones de ello, posiblemente se deba al efecto diferencial que la masculinidad y la feminidad tienen en mujeres y hombres. Así, el aumento de sintomatología somática en los hombres andróginos podría deberse a que el componente de feminidad de la androginia favorece la expresión de tales síntomas en los hombres mientras que, en el caso de las mujeres, el componente de masculinidad de la androginia les supondría un factor protector de la salud mental, interpretaciones que coinciden con las aportaciones de otros estudios.^{8,12}

El análisis de las diferencias en sintomatología de salud mental en función del género mostró que sólo se daban diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología somática y de ansiedad e insomnio, teniendo las mujeres puntuaciones medias más altas que los hombres. Resulta interesante destacar que el tipo de sintomatología de salud mental, en la que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres, es la misma en la que también hay diferencias en la muestra de mujeres en función de los roles sexuales. Ello parece ser indicativo de la relevancia de tales roles en las diferencias en salud mental entre mujeres y hombres, tal y como han señalado algunos autores.^{1,2}

Los resultados de este estudio muestran que el seguimiento de los roles sexuales tradicionales no conlleva a

Cuadro 3. Medias (desviaciones estándar) y comparaciones en los factores de autoestima en función de los roles sexuales

	Grupo 1 Andrógino (n = 88)	Grupo 2 Masculino (n = 75)	Grupo 3 Femenino (n = 82)	Grupo 4 Indiferenciado (n = 83)	F
Valoración negativa	20.47 (11.49)	16.81 (10.71)	24.63 (14.11)	27.19 (12.70)	7.32***
Autoconfianza	34.03 (6.57)	33.83 (7.33)	29.83 (7.68)	26.34 (7.19)	17.80***

*** $p < 0.001$.

una mejor salud mental. Así, y al igual que se ha encontrado en múltiples estudios realizados en otros entornos socio culturales ^{8-11,21} 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 el presente trabajo tiene una serie de limitaciones que hay que tener en cuenta al interpretar los resultados. Se trata de un estudio transversal, por lo que sólo se puede hablar de asociación pero no de causación entre roles sexuales y salud. Además, la muestra no es aleatoria por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación SEJ2004-00749/PSIC, subvencionado por la Dirección General de Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

REFERENCIAS

1. Emslie C, Fuhrer R, Hunt K, Macintyre S, Shipley M, Stansfeld S. Gender differences in mental health: evidence from three organisations. *Soc Sci Med* 2002;54:621-624.
2. Chevron ES, Quinlan DM, Blatt SJ. Sex roles and gender differences in the experience of depression. *J Abnorm Psychol* 1978;6:680-683.
3. Barry DT, Beitel, M. Sex role ideology among East Asian immigrants in the United States. *Am J Orthopsychiatry* 2006;76:512-517.
4. Egan SK, Perry DG. Gender identity. A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Dev Psychol* 2001;37:451-463.
5. Bem SL. Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychol Rev* 1981;88:354-364.
6. Bem SL. On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:196-205.
7. García-Mina A. Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad. Madrid: Narcea; 2003.
8. Bassoff ES, Glass GV. The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. *Couns Psychol* 1982;10:105-112.
9. Hegelson VS. Relation of agency and communion to well-being. Evidence and potential explanations. *Psychol Bull* 1994;16:412-428.
10. Lefkowitz ES, Zeldow PB. Masculinity and femininity predict optimal mental health. A belated test of the androgyny hypothesis. *J Pers Assess* 2006;87:95-101.
11. Taylor MC, Hall JA. Psychological androgyny: Theories, Methods, and conclusions. *Psychol Bull* 1982;2:347-366.
12. Orlofsky JL, O'Heron CA. Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations: Implications for personal adjustment. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:1034-1042.
13. Whitley BE. Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:765-778.
14. Sánchez DT, Crocker J. How investment in gender ideals affects well-being: the role of external contingencies of self-worth. *Psychol Women Q* 2005;29:63-77.
15. Weissman MM, Klerman GK. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:98-111.
16. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:155-162.
17. Oswald PA. An examination of the current usefulness of the Bem sex-role inventory. *Psychol Rep* 2004;94:1331-1336.
18. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-145.
19. Rector NA, Roger D. Self-concept and emotion-control. Presentación en el 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki, 1993.
20. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist* 2002;57:1060-1073.
21. Jhonson HD, McNair R, Vojick A, Congdon D, Monacelli J, Lamont J. Categorical and continuous measurement of sex-role orientation: Differences in associations with young adults' report of well-being. *Soc Behav Pers* 2006;34:59-76.