

Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas

Josefa Pérez Blasco^(*) y Emilia Serra Desfilis

Universidad de Valencia

Resumen: En este trabajo presentamos los resultados de un estudio cuyo objetivo es analizar la influencia que distintos aspectos del rol tradicional femenino, tales como la ocupación laboral ama de casa, la feminidad y la tradicionalidad en las creencias en torno al rol de la mujer, tienen en la sintomatología ansiosa manifestada en mujeres adultas. La muestra la constituyen 401 mujeres de edades comprendidas entre 25 y 45 años a quienes se evaluó a través de los instrumentos Cuestionario de Atributos Personales (PAQ) de Spence y Helmrich (1978), la Escala de creencias sobre el rol de la mujer (Pérez-Blasco y Serra, 1994) y la Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung (1971). Los resultados obtenidos indican, coincidiendo con investigaciones precedentes, que las mujeres con puntuaciones altas en feminidad manifiestan niveles más altos de ansiedad, del mismo modo, aparece una relación estrecha entre poseer unas creencias tradicionales acerca del rol femenino y las puntuaciones más elevadas en ansiedad. En cuanto a la ocupación, no se han encontrado diferencias significativas entre las mujeres que trabajan fuera de casa y las amas de casa.

Palabras Clave: Rol femenino; ansiedad; adultez

Title: Influence of the traditional feminine role on the anxiety symptoms in a sample of adults women.

Abstract: In this paper we present the results of an study which objective is analysing the influence that several aspects of role traditional feminine have in the anxious symptomatology in adult women. This aspects are to be housewife, the Feminity, and the Belives Traditional toward the Woman's Role. The same is constituted for 401 (25-45 yr) who were evaluated with the following instruments: Personal Attributes Questionnaire (PAQ) (Spence & Helmrich, 1978), the Belives Toward Women Role Scale (Pérez-Blasco y Serra, 1994) and the Anxiety Inventory (Zung, 1971). The results suggest, in agreement with other investigations, the existence of correlation between feminity and anxiety and between tradicionality and anxiety, but no between to be housewife and anxiety.

Key Words: Feminine role; anxiety; adulthood

1. Introducción

Aunque es evidente que en las últimas décadas ha existido una tendencia hacia la flexibilidad de roles de género y hacia la igualdad de oportunidades para las personas al margen de su sexo, también es evidente que hombres y mujeres siguen siendo socializados con normas y expectativas

distintas en lo que concierne a la expresión de los sentimientos, la presión hacia el éxito en las tareas académicas o laborales, la participación en los trabajos domésticos, el compromiso con el cuidado e interés por las relaciones y cuidado de los demás, etc., (Poal, 1993), y que da lugar a importantes consecuencias psicológicas. Para muchos autores, la socialización genérica da lugar, en último extremo a tendencias diferentes en hombres y mujeres en su salud mental (Saez Buenaventura, 1993).

(*) Dirección para correspondencia: Josefa Pérez Blasco. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia. Av. Blasco Ibañez, 21. 46010 Valencia (España). E-mail: Josefa.Perez@uv.es

Existe considerable evidencia de que la incidencia de varias formas de psicopatologías, así como la demanda y atención de servicios psicoterapéuticos difiere entre los hombres y las mujeres. Las diferencias más notables se observan en las tasas de depresión, neurosis, alteraciones de tipo somático y anorexia nerviosa, con una clara predominancia femenina, y en dependencia de diversas drogas, sociopatías y paranoia, más frecuentes entre la población masculina (Saez Buenaventura, 1993).

De todas estas diferencias, probablemente, la sintomatología clínica asociada a la depresión ha sido el trastorno más estudiado en relación con el género, hasta el punto de considerarse frecuentemente como un trastorno típicamente femenino, puesto que la proporción de mujeres diagnosticadas de depresión comparada con los hombres, es de 2 ó 3 por 1. Las mujeres presentan niveles más altos de síntomas depresivos incluso cuando estos síntomas no alcanzan un nivel clínico.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, que son los trastornos psicológicos más prevalentes tanto en la población general como en contextos psiquiátricos, aunque la diferencia de las tasas entre géneros está peor establecida, en general, puede afirmarse que las mujeres poseen, globalmente, mucho más riesgo de padecerlos que los hombres (Sandín y Chorot, 1995). Las diferencias son notables especialmente respecto a las grandes fobias (fobias específicas y agorafobia) y al pánico, apreciándose también en la ansiedad generalizada. En los trastornos obsesivo-compulsivos, donde globalmente no aparecen diferencias ligadas al sexo, las mujeres predominan cuando la compulsión se refiere a la limpieza y los hombres cuando se refiere al chequeo. En el caso de la ansiedad social aparece una misma proporción en ambos sexos.

El origen de estas diferencias en las ta-

sas de trastornos psiquiátricos, podría deberse a factores biológicos y a factores sociales y en la actualidad no está esclarecido realmente cuáles tienen mayor poder explicativo, sin embargo, puesto que no puede afirmarse de forma concluyente que exista algún dato de orden biológico que explique las diferencias en trastornos afectivos y de ansiedad encontradas entre sexos, desde la investigación psicológica son muchos más los autores que tienden a explicar tales diferencias en base a factores psicosociales.

En el estudio de las diferencias entre sexos en psicopatologías y su relación con factores psicosociales, un elemento clave es el de los roles sexuales, consistentes, según Unger (1994), en los mecanismos cognoscitivos y perceptivos mediante los cuales la diferenciación biológica se convierte en una diferenciación social. Los roles sexuales, no son un sinónimo de "diferencia de sexos", sino las creencias acerca de cómo mujeres y hombres difieren dentro de una sociedad determinada.

El rol tradicional femenino se caracteriza ante todo por estar centrado en el ámbito privado y por el interés y cuidado de las relaciones íntimas. La feminidad como característica de personalidad incluye aspectos como la afectuosidad, la lealtad, la sensibilidad a las necesidades ajenas, la capacidad de comprensión, la ternura, etc. así como la dependencia, la influenciabilidad, la falta de asertividad, la tendencia a la expresión emocional, etc. Socialmente, el rol femenino ha estado constreñido a la esfera privada, concretamente al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas. Por otra parte, las mujeres han sido consideradas tradicionalmente como inferiores al hombre intelectual, física y psicológicamente, disfrutando, en consecuencia de menos derechos legales y libertad en su vida diaria.

Uno de los aspectos del rol tradicional femenino que más se ha investigado en re-

lación a la salud mental, es la ocupación de ama de casa. Entre los primeros estudios que relacionan la condición de ama de casa y la salud mental de la mujer, destaca el de Gove y Tudor (1973). Según estos autores algunos cambios sociales ocurridos tras la Segunda Guerra Mundial (como la disminución del número de hijos, la discrepancia entre nivel de preparación educativa y tareas domésticas, la creciente influencia del movimiento para la igualdad de sexos, etc.), condujeron hacia una devaluación del papel del ama de casa. Defienden también que ser ama de casa conlleva una limitación en las posibles fuentes de gratificación respecto al hombre, ya que mientras éste dispone de la gratificación proveniente de su trabajo -ámbito público- y de la vida familiar -ámbito privado-, en el caso de la mujer la fuente de gratificación queda reducida sólo a la familia. A esta limitación, los autores añaden ciertas características del trabajo del ama de casa entre las que destacan: que no exige cualificación, es un trabajo poco estructurado, con un escaso reconocimiento social, se realiza en condiciones de aislamiento de otros adultos, etc. Por todo ello, concluyen que este rol, típicamente femenino resulta la causa de las peores condiciones de salud mental de la mujer en relación al hombre.

Los estudios que comparan la salud mental de las mujeres casadas que trabajan y las que son amas de casa, arrojan resultados contradictorios. Algunos autores, como Hoffman (1989), encuentran que las mujeres que incluso después de tener hijos continúan trabajando fuera de casa presentan menos signos de malestar psicológico y de estrés y menos muestras de depresión que las amas de casa. Se considera que el empleo favorece la autoestima en tanto que ayuda a sentirse útil y proporciona estímulos para superar retos así como la oportunidad de estar en compañía de otros adultos. La autora encontró que sólo

cuando estas madres trabajadoras no cuentan con ayuda en el cuidado de sus hijos, o éstos padecen alguna deficiencia, o cuando sus hijos está en edad preescolar, son más propensas al estrés que las amas de casa (Hoffman, 1984). Sin embargo otros autores cuestionan que las amas de casa presenten más problemas psicológicos que las mujeres que desempeñan un trabajo remunerado. En nuestro país, Rodríguez et al. (1988), tras analizar los índices de psicopatología de amas de casa y trabajadoras, llegan a la conclusión de que aunque las amas de casa formulan más demandas de tratamiento y los índices subjetivos de enfermedad que presentan son más altos que en las que trabajan, las diferencias no llegan a ser significativas, por lo que concluyen que hay escasa evidencia de una mayor patología psiquiátrica entre las amas de casa.

Otro aspecto importante ligado al rol tradicional de la mujer es la feminidad. Numerosos estudios han investigado la relación entre masculinidad, feminidad y androginia por una parte y varios índices de salud mental. Existe considerable evidencia de que, tanto en hombres como en mujeres, la masculinidad tiende a estar asociada más que la feminidad con índices de ajuste personal, incluyendo una mayor autoestima y una tendencia a presentar niveles más bajos de ansiedad y depresión (Adams y Sherer, 1982; Bassoff y Glass, 1982; Taylor y Hall, 1982, Pérez-Blasco y Serra, 1994). Otros trabajos han encontrado relación, también en personas de ambos sexos, entre feminidad y ciertos aspectos del ajuste personal y social como la percepción de autoeficacia, la satisfacción en las relaciones personales y los componentes de la autoestima que se relacionan con aspectos comunales (Orlofsky y O'Heron, 1987; Flaherty y Dusek, 1980). Los estudios en los que se analiza la relación entre masculinidad, feminidad y androginia por una parte y ansiedad por otra, indican que, además

de existir mayores niveles de ansiedad en las mujeres que en los hombres, los individuos con una tipificación femenina presentan asimismo mayor tendencia a la ansiedad que los masculinos o los andróginos (Gallacher y Kieger, 1995; Thoronton y Leo, 1992; Ward y Dillon, 1990).

Las creencias más o menos tradicionales que las mujeres tienen hacia su propio género, sus derechos como personas, su función social, sus relaciones con los hombres, etc., suponen otro aspecto importante del rol tradicional femenino. Sin embargo, la relación de esta variable con índices de salud mental no ha sido investigada con tanta profusión como las anteriores. No obstante, no es de sorprender que algunos trabajos, como el de Kleimplatz, McCarrey y Kateb (1992) encuentren una menor autoestima, menor satisfacción vital y mayor ansiedad en las mujeres más tradicionales que en las que manifiestan actitudes más progresistas respecto a su rol como mujeres, habida cuenta de que dicho rol se ha caracterizado por sus limitaciones e inferioridad respecto al masculino.

Considerando lo anteriormente expuesto, se presentan a continuación los resultados de un estudio cuyo objetivo es analizar la influencia que estos aspectos del rol tradicional femenino -ocupación de ama de casa, alta feminidad y creencias tradicionales acerca del rol femenino- tienen en la sintomatología ansiosa manifestada en una muestra de mujeres adultas, partiendo de la hipótesis de que, tal como sugiere la literatura revisada, el rol tradicional femenino tiene repercusiones no deseables en la salud mental de las mujeres, lo que se verá reflejado en los niveles de ansiedad, uno de los trastornos más prevalentes en la población general.

2. Método

2.1. Sujetos

La muestra la constituyen 401 mujeres de las cuales 201 son amas de casa y 200 son empleadas. Con el fin de dar mayor representatividad a dicha muestra los sujetos fueron equiparados en distintos tramos de edad (25-29, 30-34, 35-39 y 40-45 años) de acuerdo con los porcentajes de la población. Asimismo, para controlar los posibles efectos atribuibles al estado civil, entrevistamos sólo a mujeres casadas. Toda la muestra tiene su residencia en la ciudad de Valencia, habiendo una distribución estadísticamente equiparable de cada uno de sus distritos.

2.2. Variables e instrumentos utilizados

De acuerdo con la hipótesis anteriormente enunciada las variables independientes utilizadas han sido: la ocupación laboral (ser ama de casa, o realizar un trabajo remunerado ajeno al hogar), la tradicionalidad de las creencias respecto al rol femenino y la feminidad. Como variable dependiente hemos tomado la sintomatología ansiosa.

La variable feminidad fue estimada a partir del Cuestionario de Atributos Personales (PAQ) de Spence y Helmrich (1978), Forma Abreviada. Los 24 ítems de este instrumento -cortas descripciones de rasgos de personalidad y motivación- están agrupados en tres escalas: masculinidad, feminidad y androginia.

Para evaluar la tradicionalidad en las creencias respecto al rol femenino, se elaboró una prueba, Escala de creencias sobre el rol de la mujer (Pérez-Blasco y Serra, 1994) que consta de 20 ítems que sondan opiniones referidas a distintas áreas como la igualdad del hombre y la mujer dentro de la pareja, la importancia de la materni-

dad en la vida de las mujeres, el trabajo remunerado femenino, los avances legales y sociales hacia la igualdad de sexos, etc.

La variable dependiente, sintomatología ansiosa, fue estimada a partir de la Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad (S.A.S.) de Zung (1971). Este instrumento trata de cuantificar la sintomatología ansiosa-angustiosa por medio de 20 ítems con posibilidad de puntuación de 1 a 4 en relación creciente o decreciente. La validez concurrente, así como la discriminación con otros trastornos mentales y la fiabilidad de la prueba, han sido demostradas por distintos estudios (Conde y Franch, 1984).

2.3. Procedimiento.

La recogida de información fue realizada por un equipo de 10 encuestadoras entrenadas a tal fin, las cuales realizaban su trabajo en el propio domicilio de las encuestadas. Estas últimas participaban voluntariamente en la investigación cumplimentando los cuestionarios de forma anónima y personal, ya que sólo en el caso de tener alguna duda, consultaban a la encuestadora.

Respecto al tratamiento de datos, dado que como hemos explicado anteriormente se trabaja con variables independientes que en principio constan o se prestan a ser agrupadas en dos categorías -amas de casa-empleadas, alta tradicionalidad-baja tradicionalidad, alta feminidad-baja feminidad-, se ha utilizado, como estadístico fundamental la t de Student, constituyendo de acuerdo con las tres variables independientes un diseño tipo entre, con la variable sintomatología ansiosa como variable dependiente.

3. Resultados

Se han llevado a cabo distintas pruebas t con la finalidad de verificar las posibles relaciones existentes entre cada una de las variables independientes enunciadas y la sintomatología ansiosa. Los grupos así pues han quedado divididos respecto a la variable ocupación, en dos grupos: amas de casa y empleadas; respecto a la variable tradicionalidad, en alta tradicionalidad, y baja tradicionalidad; y respecto a la feminidad, en alta feminidad y baja feminidad. En las tablas siguientes podemos observar los datos correspondientes de dichos grupos en la variable ansiedad.

Tabla 1: Resultados de las diferencias en ansiedad entre el grupo de mujeres empleadas y de mujeres amas de casa.

Grupo	N	Media	Desv. típica
Empleadas	200	34,09	6,32
Amas de casa	201	34,82	8,32

G.l.: 399; valor de t: -.982; nivel de significación: .32

En la tabla nº 1 puede apreciarse que, aunque la puntuación media de ansiedad es ligeramente mayor en el grupo de amas de casa que en el de empleadas, las diferencias no son significativas estadísticamente ($p=.32$).

Tabla 2: Resultados de las diferencias en ansiedad entre el grupo de mujeres con alta feminidad y el de baja feminidad.

Grupo	N	Media	Desv. típica
Baja Feminidad-D	193	33,74	6,92
Alta Feminidad-D	207	35,14	7,78

G.l.: 398; valor de t: -1,894; nivel de significación: .05

Observando las medias en la parte inferior de la tabla nº 2, comprobamos que las mujeres con puntuaciones más altas en feminidad manifiestan un mayor nivel de ansiedad que las que obtienen puntuaciones más bajas, siendo las diferencias significativas estadísticamente ($p=.05$).

Tabla 3: Resultados de las diferencias en ansiedad entre el grupo de mujeres con alta tradicionalidad y con baja tradicionalidad.

Grupo	N	Media	Desv. Típica
No tradicionales	230	33,62	6,65
Tradicionales	171	35,57	8,18

G.I.: 399; valor de t: -2.634; nivel de significación: .008

Finalmente, por lo que respecta a la variable tradicionalidad de creencias acerca del rol femenino puede observarse en la tabla nº 3 que las mujeres con creencias más tradicionales obtienen puntuaciones más altas en ansiedad que el grupo de mujeres, siendo estas diferencias muy significativas estadísticamente ($p=.008$).

4. Conclusiones

Los resultados obtenidos de esta investigación, ponen de manifiesto que, como se había previsto, existe una relación entre la ansiedad y dos aspectos ligados al rol femenino: la tipificación femenina y la tradicionalidad en las creencias ante el propio género, sin embargo, no aparecen diferencias significativas respecto a la ocupación laboral.

Al interpretar estos resultados, no sorprende encontrar una ausencia de relación entre la ocupación tradicional ama de casa y la ansiedad. Esta es una cuestión compleja que ha sido abordada en muchas ocasiones pero que ha arrojado resultados contradictorios. En la actualidad no es bien conocida la repercusión que el trabajo remunerado tiene en la salud mental de la mujer, ya que no parece haber una correlación tan clara como en los hombres, para quienes el desempleo constituye un claro factor de riesgo de salud mental. Tradicionalmente la presión y socialización respecto al trabajo ha sido diferente para cada sexo, pero, incluso en la actualidad, a pesar de todos los fenómenos sociales, políticos y jurídicos que tienen como objetivo lograr

la igualdad entre hombres y mujeres, las circunstancias reales siguen siendo distintas para ambos. El efecto del trabajo sobre la salud mental de la mujer está condicionado por muchas variables tales como la ideología y la cultura de su medio, la existencia o no de apoyo para el cuidado de los hijos, las características del trabajo, etc. De esta forma, mientras que el desempleo está asociado en el caso de los hombres a distintos niveles y tipos de psicopatologías, en las mujeres la relación no está tan clara. El modelo tradicional -ser ama de casa- parece estar desprestigiado y caduco pero, al mismo tiempo, la presión para ocuparse de las necesidades familiares -fundamentalmente el cuidado de los hijos-, así como la ausencia de un reparto igualitario real de las tareas domésticas, coloca a muchas mujeres en una situación de indecisión y ambivalencia respecto al trabajo y, en muchos casos de agotamiento físico y psicológico por tener que hacer frente a la llamada doble jornada.

Aunque en nuestra investigación, no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la ocupación tradicional femenina -ser ama de casa- y la ansiedad, los datos apoyan la idea de que la socialización genérica tradicional -expresada en las creencias respecto al rol y la feminidad- tiene ciertos efectos no deseables en la salud mental de la mujer, concretamente referidos a la sintomatología ansiosa.

No es difícil interpretar esta relación, si pensamos que las mujeres que sostienen creencias tradicionales respecto al rol femenino, defienden que la mujer debe anteponer sus necesidades a las de su marido y sus hijos, tiene menos autoridad en la familia que su cónyuge, cumple una función social más valiosa cuando se dedica a las ocupaciones familiares y domésticas que cuando trabaja, etc. Ideológicamente se oponen, y por tanto no desarrollan su asertividad, su autonomía e independencia ni su actuación más allá del

su actuación más allá del contexto familiar. Estas creencias son congruentes con ciertos rasgos que describen la feminidad, como la sensibilidad, la complacencia, la pasividad, la obediencia, la necesidad de contacto afectivo, la ausencia de agresividad y competencia, etc.

Las creencias tradicionales y/o con alta feminidad, parecen dificultar el bienestar psicológico de las mujeres, puesto que fácilmente conducen a situaciones de pasividad, dependencia, falta de asertividad y baja autoestima, que frecuentemente condu-

cen a presentar sintomatología ansiosa y depresiva (Dio Bleichmar, 1991). Como sostiene Hyde (1995), cuando se mira hacia el futuro del estudio de la salud mental de las mujeres, dos cuestiones destacan por su importancia: las relaciones de dependencia, el manejo de la ira y la asertividad, aunque, como la autora apostilla, será difícil resolver por completo estas cuestiones en la medida que siga existiendo una socialización tradicional y un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres.

Referencias

- Adams, C.H. y Sherer, M. (1982). Sex-Role orientation and psychological adjustment: Comparison of MMPI profiles among college women and housewives. *Journal of Personality Assessment*, 46, 607-613.
- Bassoff, E.S. y Glass, G.V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: A meta-analysis of twenty-six studies. *Counseling Psychologist*, 10, 105-112.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Dpto. Psicología Médica y Psiquiatría, Facultad de Medicina de Valladolid.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Flaherty, J.F. y Dusek, J.B. (1980). An investigation of the relationship between psychological androgyny and components of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 984-992.
- Gallacher, F. y Kieger, D.M. (1995). Sex role orientation and fear. *Journal of Psychology*, 129, 1, 41-49.
- Hoffman, L.W. (1989). Effects of maternal employment in the two-parent family. *American Psychologist*, 44, 283-292.
- Hyde, J.S. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Kleimplatz, P. McCarrey, M. y Kateb, C. (1992). The impact of gender-role identity on women's self-esteem, lifestyle satisfaction and conflict. *Canadian-Journal of Behavioural Science*, 24 (3) 333-347.
- Mas, J., Tesoro, A. y Sanz, A. (1993). Influencia de factores sociales en la psicopatología de la mujer. En J. Mas y A. Tesoro (Coor.) *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Orlofsky, J.L. y 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, 5, 1034-1042.
- Pérez-Blasco, J. y Serra, E. (1994). Escala de creencias sobre el rol de la mujer. En: Pérez-Blasco, J. *Desarrollo de la mujer adulta: Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa y depresiva*. Valencia: Colección Tesis Doctorales en microficha, Servei de Publicacions Universitat de València.
- Pérez-Blasco, J. y Serra, E. (1995). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres adultas. *Revista de Psicología de la Educación*, 18, 5-13.
- Poal, G. (1993). *Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI.
- Rodríguez, A., Mateos, R. Y Salazar, I. (1988). Psicopatología del ama de casa. *Psicopatología*, 8, 2, 115-120.
- Saez Buenaventura, C. (1993). Socialización de género y psicopatología: una hipótesis para la reflexión. En M.A., Gonzalez de Chávez(Comp.), *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI.
- Spence, J. T. y Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity and Femininity: The psychological dimensions correlates and antecedents*. Austin: University of Texas Press.
- Taylor, M.C. y Hall, J.A. (1982). Psychological androgyny: Theories, methods, and conclusions. *Psychological Bulletin*, 92, 347-366.
- Thornton B. y Leo, R. (1992). Gender typing, importance of multiple roles, and mental health consequences for women. *Sex Roles*, 27 (5-6) 307-317.
- Unger, R. (1979). *Female and Male. Psychological Perspectives*. New York: Harper and Row.
- Unger, R. (1994) La psicología construye los roles sexuales. En R. T., Hare-Mustin y J. Marecek: *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*. Barcelona: Herder.
- Ward, L.C. y Dillon, E.A. (1990). Psychiatric symptom correlates of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Masculinity-Femininity scale. *Psychological Assessment*, 1990, 2 (3) 286-288.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.

Artículo recibido: 29-7-97, aceptado: 12-3-98.