

Relaciones entre masculinidad y conductas de salud en estudiantes universitarios españoles

Relationship Between Masculinity And Health Behavior In Spanish University Students

APARICIO-GARCÍA¹, M. E., SANZ-BLASCO², R. & RAMOS-CEJUDO, J³

RESUMEN

La salud está determinada por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales; sin embargo estos factores se muestran de forma diferente en hombres y mujeres. Atendiendo al género, la masculinidad y la femineidad han explicado parte de estas diferencias en otros trabajos. En este estudio (n=227) se plantea que la salud de los hombres españoles estará significativamente relacionada con su conformidad con los roles tradicionales de género. Se han evaluado conductas de salud y género mediante un cuestionario de conductas de salud y el Inventario de Conformidad con los Roles de Género (CMNI). Los resultados muestran que las puntuaciones obtenidas en masculinidad se relacionan con los hombres españoles que tienen más comportamientos de riesgo para la salud y pocos comportamientos saludables. Los análisis indicaron además que las subescalas de CMNI preKendicen perceptiblemente las puntuaciones totales del cuestionario de conductas de salud. Los resultados se discuten bajo el amparo de los modelos de género existentes que establecen la relación entre la socialización tradicional masculina y los comportamientos perjudiciales para la salud.

1 Profesora Universidad Complutense, Madrid . Pertenecce al grupo de investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud de la Universidad Complutense de Madrid (España). Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, s/n, 28223. Pozuelo de Alarcón. Madrid. España. aparicio@psi.ucm.es

2 Psicólogo de Cauce-Clinica de Psicología Aplicada, Madrid (España).

3 Profesor de la Universidad Complutense de Madrid. Pertenecce al grupo de investigación Cognición, Emoción y Salud de la Universidad Complutense de Madrid (España)

Palabras clave: Masculinidad, Conductas de Salud, Hombres, Género

ABSTRACT

Health is determined by multiple biological, psychological and social factors, but these factors are displayed differently in men and women. Based on gender, masculinity and femininity have explained some of these differences in other studies. In this study ($n = 227$) have argued that the Spanish men's health is significantly related to compliance with traditional gender roles. We have assessed health behaviors by gender and health behavior questionnaire and Inventory in Accordance with Gender Roles (CMNI). The results show that the masculinity scores are related to the Spanish men who have more risk behaviors to health and fewer healthy behaviors. The analysis also indicated that CMNI subscales significantly predicted total scores of health behavior questionnaire. The results are discussed under the protection of existing gender patterns that establish the relationship between traditional male socialization and unhealthy behaviors.

Key words: Masculinity, Health behaviors, Men, Gender.

INTRODUCCIÓN

La salud ha de ser entendida desde un punto de vista bio-psico-social. Sin embargo, incluso la Organización Mundial de la Salud (WHO; World Health Organization, 2000) ha considerado que no se ha prestando atención a los determinantes específicos de cada sexo en los mecanismos que promueven y protegen la Salud. Los estudios indican que los hombres mueren más jóvenes que las mujeres en la mayoría de países del mundo (Arias, Anderson, Kung, Murphy & Kochanek, 2003; Mahalik, Lagan & Morrison, 2006; Mathers, Sadana, Salomon, Murray & Lopez, 2001; White & Cash, 2003;

WHO, 2000), sin embargo, las mujeres tienen peor salud (Ferrucci et al., 2003; Leveille, Penninx, Welzer, Izmirlian, & Guralnik, 2000; Leveille, Resnick & Balfour, 2000). En España por ejemplo, las estadísticas de mortalidad indican que los hombres mueren 7.3 años más jóvenes que las mujeres, pero las mujeres tienen una peor percepción de salud en todos los grupos de edad, excepto desde los 0 a 15 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Aunque una gran variedad de factores pueden influir en la salud y la longevidad de hombres frente a mujeres, tales como los aspectos biológicos, la educación para la salud, y el acceso a los cuidados sanitarios, muchos inves-

tigadores creen que las conductas saludables asociadas tradicionalmente a cada sexo son el factor más importante de todos (Mahalik et al., 2006; Mahalik, Burns & Syzdek, 2007; Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007). Algunos trabajos sugieren que una explicación para la mayor mortalidad de los hombres y los altos niveles de enfermedad es su estilo de vida menos saludable comparado con el de las mujeres (Courtenay, 1998; Dawson, Schneider, Fletcher & Bryden, 2007; Lonnquist, Weiss & Larsen, 1992; Tashiro, 2002; WHO, 2000).

Investigaciones recientes sugieren que los hombres que asumen estos roles tradicionales respecto a su masculinidad tienden, con mayor facilidad, a prácticas de riesgo para su salud. Por ejemplo, la masculinidad tradicional ha quedado fuertemente asociada con las conductas de riesgo como el abuso de sustancias (Blazina & Watkins, 1996), conductas que predisponen a un infarto de miocardio (Eisler, 1995; ver una revisión al respecto en Courtenay, 2000), violencia y agresiones (Mahalik et al., 2006), menos voluntad para consultar al médico y tener conductas de cuidado de su salud (Addis & Mahalik, 2003), menos utilización de los servicios de prevención de la salud (Mahalik et al., 2006), y mayores conductas de riesgo sexuales y en la conducción de vehículos (Mahalik et al., 2006; Pleck, Sonenstein, & Ku, 1994).

Otros estudios han encontrado que la masculinidad está significativamente relacionada con las conductas que promueven la salud (Locke & Mahalik, 2005; Mahalik et al., 2006; Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007), pero existen diferencias entre los países estudiados. La nacionalidad aparece como una variable que diferencia a los hombres en sus conductas de salud, por lo que la masculinidad interactúa de tal forma que el grado de relación entre la masculinidad y las conductas de salud difiere según las diferentes nacionalidades (Mahalik & Locke, 2001; Mahalik et al., 2006). Por ejemplo, en el estudio de Gibson y Denner (2000) los hombres australianos eran más propensos que las mujeres australianas a la “comida basura”, hacían menos ejercicio después de los 35 años, bebían alcohol de forma excesiva, fumaban, tomaban más drogas ilegales, tenían más comportamientos peligrosos, evitaban con frecuencia acudir al médico y tener conductas de promoción de la salud, además de no reconocer que experimentan más estrés (CDHAC; Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1998; Gibson & Denner, 2000; Huggins, 1998; Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007). El objetivo sería evaluar la masculinidad en interacción con la salud en diferentes países y comprobar que existen esas variaciones en los estudios anglosajones que se han venido realizando, puesto que en

el contexto iberoamericano no se han encontrado estudios que analicen estos factores.

Se han encontrado diferencias de género en la elección de los estilos de vida y los resultados para la salud en variables como estado general de salud, horas al día dedicadas a actividades sociales, frecuencia con la que consumen alcohol, cantidad de alcohol consumida en cada ocasión, número total de parejas sexuales, número de raciones de carne consumidas por día, realizar actividad física, realizarse chequeos médicos anuales completos, realizarse pruebas de enfermedades de transmisión sexual y hacerse pruebas de hipertensión (Dawson et al., 2007). En términos generales, los hombres parecen tener más conductas de riesgo para la salud que las mujeres en casi todas las variables estudiadas (Dawson et al., 2007; Gibson & Denner, 2000).

El propósito de este estudio es contrastar las hipótesis generadas en investigaciones anteriores en población masculina en las que se examina la relación entre la masculinidad y las conductas de salud de los hombres. La hipótesis es que la alta masculinidad estará relacionada significativamente con conductas de riesgo para la salud y negativamente relacionada con conductas de promoción de la salud, en la dirección de lo que se ha analizado en otro trabajo previo (Mahalik et al., 2006).

MÉTODO

Participantes

En el estudio han participado 227 estudiantes universitarios. La edad media de los participantes es de 22.63 (SD = 2.83) con un mínimo de 18 y un máximo de 32 años. Los participantes en el estudio eran en su mayoría solteros, sin trabajo o con un trabajo parcial y con un nivel socioeconómico medio-alto (ver Tabla 1).

Instrumentos

Masculinidad. Para evaluar la masculinidad se ha utilizado el instrumento The Conformity to Masculinity Norms Inventory (CMNI; Mahalik, Locke, Ludlow, Diemer, Scott, Gottfried et al.; 2003) que es un inventario con 94 ítems que mide la conformidad con un conjunto de normas culturales dominantes de la masculinidad en Estados Unidos. En nuestro país están trabajando un grupo de investigadores para adaptar el cuestionario a población española (Cuéllar, Sánchez-López & Dresch, en prensa). Los ítems se contestan en una escala Liker de 4 puntos que van desde Totalmente en Desacuerdo (0) a Totalmente de Acuerdo (3). Mahalik et al., (2005) identificaron 11 factores a los que denominaron: Ganar, Control Emocional, Asunción de Riesgos, Violencia, dominancia, Playboy, Inde-

Tabla 1. Características demográficas de los participantes.

	n	%
Estado Civil		
Solteros	211	92.9
Casados o pareja de hecho	16	7.1
Nivel socioeconómico		
Medio-bajo	100	44.1
Medio-alto	127	55.9
Estatus laboral		
Trabaja regularmente	69	30.4
Trabaja ocasionalmente	71	31.2
Desempleado	87	38.4

pendencia, Primacía del Trabajo, Poder sobre las Mujeres, Desdén por los Homosexuales y Búsqueda de Status. Además de estos factores, el cuestionario tiene una valoración de puntuación total (CMNI TS, a partir de ahora) que es la suma de los 94 ítems y que refleja el total de la conformidad con los roles de género masculinos en la cultura dominante en la sociedad estadounidense. La consistencia interna de la CMNI TS es de .94 con una fiabilidad test-retest realizada en un periodo de 2 a 3 semanas de .95. (Mahalik et al., 2005). En la población española la consistencia interna de el CMNI TS es de .90 (Cuéllar, Sánchez-López & Dresch, en prensa). En el presente estudio se ha calculado la fiabilidad mediante el coeficiente

alpha arrojando un valor de .93 para el CMNI TS (Ver Tabla 2).

Conductas de Salud. Para calcular un valor que midiera las Conductas de Salud se creó un cuestionario ad-hoc basándonos en los estudios realizados previamente por Mahalik y colaboradores y las medidas utilizadas por estos autores (Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007; Mahalik et al., 2006). Se midieron 8 conductas para valorar la salud de los participantes en una escala de Sí (valor 1) o No (valor 2). Las conductas son: (a) ¿Has tenido Buena salud en los últimos doce meses? (b) ¿Tienes alguna enfermedad?, (c) ¿Has tomado medicinas en las últimas dos semanas? (d) ¿Has visitado al medico en las últimas cuatro semanas? (e) ¿Fumas? (f) ¿Has consumido alcohol en

Tabla 2. Correlaciones y coeficiente alfa de fiabilidad entre las subescalas del CMNI en este grupo, en los datos españoles y los datos estadounidenses.

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Este grupo α	España α	USA α
1. Ganar	1											.85	.80	.88
2. Control emocional	.193**	1										.89	.85	.91
3. Asumir riesgos	.126	-.106	1									.83	.74	.82
4. Violencia	.189**	.266**	.130*	1								.82	.76	.84
5. Poder sobre las mujeres	.453**	.298**	.185**	.501**	1							.87	.80	.87
6. Dominancia	.405**	.204**	.149*	.227**	.375**	1						.65	.67	.73
7. Playboy	.238**	.197**	.266**	.337**	.484**	.339**	1					.88	.81	.88
8. Independencia	.134*	.475**	.150*	.207**	.302**	.172**	.273**	1				.85	.77	.85
9. Primacia por el trabajo	.208**	.005	-.049	.074	.294**	.058	.227**	.154*	1			.73	.67	.76
10. Desdén por la homosexualidad	.134*	.240**	-.002	.312**	.462**	.188**	.192**	.132*	.114	1		.91	.87	.90
11. Búsqueda de Estatus	.208**	-.019	.108	.194**	.197**	.381**	.209**	-.070	.093	.076	1	.72	.70	.72
TOTAL	.605**	.511**	.606**	.606**	.797**	.519**	.674**	.487**	.338**	.579**	.369**	.93	.90	.94

** Correlación significativa en el nivel de 0.01 (bilateral).

* Correlación significativa en el nivel de 0.05 (bilateral).

Nota: α = Alfa de Cronbach

las últimas dos semanas?, (g) ¿Haces ejercicio frecuentemente?, (e) ¿Duermes al menos 8 horas al día? Los ítems fueron desarrollados teniendo en cuenta las medidas realizadas por parte del Ministerio de Sanidad Español en la Encuesta Nacional de Salud (2006) y teniendo en cuenta las investigaciones previas de Mahalik y colaboradores (Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007; Mahalik et al., 2006) y otros autores (Courtenay; 2000; Allgower, Wardle & Steptoe, 2001; Drayton-Brooks & White, 2004). Se calculó un índice total para valorar las Conductas de Salud, de forma que se invirtieron las puntuaciones de algunas preguntas, como son las referidas al estado de salud general, si hacen ejercicio frecuentemente y si duermen 8 horas al día y sumando las puntuaciones de los 8 ítems. De esta forma, el rango posible de puntuaciones va de 8 a 16, en el que las puntuaciones más altas indican más conductas saludables y las puntuaciones más bajas el tener más conductas de riesgo para la salud.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados de las clases de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (España). El investigador invitaba a los mismos a participar en una investigación relacionada con la salud. Los interesados en participar recibían un cuestionario con las preguntas que

comenzaba con un consentimiento informado que debían firmar. Los participantes completaban las preguntas en la clase y devolvían los cuestionarios al investigador en ese momento. La batería estaba compuesta por un cuestionario sobre información demográfica, después el cuestionario de Conductas Salud y por último, el CMNI.

Análisis Estadístico

Se han realizado correlaciones entre las puntuaciones de los cuestionarios utilizados, así como el análisis del coeficiente alfa de los mismos para comprobar su adecuación. También se ha realizado un análisis de regresión por pasos para medir nuestra hipótesis de si las puntuaciones en masculinidad y las percepciones de las conductas de promoción de la salud que tienen los hombres permiten predecir sus conductas de salud. Para realizar el análisis se ha utilizado la puntuación total de las respuestas a las Conductas de Salud como variable criterio y las escalas del CMNI como variables predictoras. Se presentan también las puntuaciones medias de los cuestionarios y sus desviaciones típicas.

RESULTADOS

Siguiendo los distintos estudios que ha realizado Mahalik (Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007; Mahalik et al.,

2006) se ha procedido a realizar diferentes análisis de datos para demostrar si la alta masculinidad está relacionada con las conductas de salud de los universitarios españoles. En primer lugar, se ha hecho un análisis de correlaciones entre el cuestionario de conductas de salud y CMNI-TS. Los resultados indican que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales de ambos tests.

En Segundo lugar, para medir la masculinidad se han analizado las correlaciones entre las puntuaciones al CMNI TS y todas las conductas de salud analizadas individualmente. El único valor en el que se encuentran correlaciones estadísticamente significativas, con $p < 0.05$ es el “tener una enfermedad”. Esto indica que los hombres del estudio que puntúan alto en masculinidad tienen menos enfermedades ($r = 0.137$) y viceversa, los que puntúan más bajo en masculinidad son los que tienen más enfermedades.

En tercer lugar se ha realizado un análisis de regresión por pasos para averiguar si las 11 escalas que mide el CMNI predicen las puntuaciones del cuestionario de conductas de salud. En la Tabla 3 se incluyen las medias, desviaciones típicas y las intercorrelaciones de las variables predictoras y la variable criterio utilizada.

El análisis de regresión por pasos refleja un modelo significativo, $F_{2,227} = 6.83$, $p < .001$, R múltiple = .239, R^2

= .057, R^2 ajustada = .049. En este modelo, la escala “Ganar” está significativamente relacionada con la puntuación total en el cuestionario de conductas de salud, mientras que “Dominancia” está relacionada de forma negativa pero significativamente con el cuestionario de conductas de salud (ver Tabla 4). Los resultados indican que los hombres que tienden a tener conductas saludables son los que más se esfuerzan en conductas tendentes a competir y ganar y no son dominantes. Los roles de género masculinos tradicionales tendrían que ver con el primer resultado (tendencia a competir y ganar), pero no con el segundo, ya que los resultados indican que no son dominantes, lo que es opuesto al rol tradicional masculino.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en nuestra investigación no apoyan algunos resultados obtenidos por otros investigadores (Mahalik, Levi-Minzi, & Walker, 2007). En nuestros datos, no se encontraron correlaciones entre la puntuación total en el CMNI y la puntuación total en el cuestionario de conductas de salud; tampoco encontramos correlaciones entre las escalas de masculinidad y los ítems del cuestionario de conductas de salud.

Sin embargo, el análisis de regresión en nuestros datos sí arroja resultados similares a los que otros investigadores

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones totales del Inventario de Conductas de Salud (CS) y el Inventario de Conformidad con los roles de Género Masculinos (CFNI)

	M	DT
1. Puntuación total del inventario de Conductas de Salud	12.3	1.5
2. Ganar	14.7	4.5
3. Control emocional	14.5	5.2
4. Asumir riesgos	15.9	3.8
5. Violencia	9.4	4.3
6. Poder sobre las mujeres	7.3	4.2
7. Dominancia	5.8	1.9
8. Playboy	13.3	6.0
9. Independencia	6.7	3.0
10. Primacía del trabajo	8.1	3.1
11. Desdén por la homosexualidad	12.8	5.8
12. Búsqueda de Estatus	10.6	2.4
13. CMNI Total	119.46	24.31

Tabla 4. Resultados del análisis de regresión por pasos usando como variable predictiva la puntuación total del Inventario de Conductas de Salud y los factores del CMNI.

Variable	B	SE	β
Ganar	.066	.023	.195*
Dominancia	-.048	.017	-.192*

Nota: N = 228. Los resultados son del Segundo paso en el análisis de regresión. F (2, 227) = 6.830, $p < .001$, R múltiple = .239, $R^2 = .057$, R^2 ajustada = .049. * $p < .05$, ** $p < .001$

encuentran (Mahalik, Levi-Minzi, & Walker, 2007), ya que los hombres con más conductas de riesgo para la salud son los más dominantes y los que se preocupan menos por ganar. Sin embargo, en el estudio de Mahalik (2006) se encontró que los hombres de diferentes nacionalidades podrían tener distintas conductas de salud y de riesgo (Mahalik et al., 2006), lo que podría explicar nuestros resultados.

Los datos del análisis de regresión realizado no apoyan tampoco los resultados de investigaciones previas indicando que los hombres que mejor se adaptan a los roles tradiciones masculinos son los que peores conductas de promoción de la salud tienen (Locke & Mahalik, 2005; Mahalik et al., 2003; Mahalik, Levi-Minzi, & Walker, 2007), ya que lo que reflejan nuestros datos es que algunas variables del cuestionario de masculinidad podrían ser variables predictoras de salud.

Una de las posibles explicaciones a nuestros resultados es que el tipo de muestra utilizada podría ser una variable mediadora en nuestros resultados. El hecho de que nuestra muestra esté constituida por varones universitarios hace que el rango de puntuaciones puedan estar limitados en las variables que tienen que ver con la salud y el uso de servicios médicos en caso de enfermedad. Debemos, por tanto, ser cuidadosos a la hora de generalizar los resultados de este estudio y de com-
pararlo con otras muestras con diferentes características poblacionales. En otros trabajos, algunas conductas de riesgo están más relacionadas con los participantes de los estudios en función del rango de edad al que pertenecen que por el hecho de aceptar o no algunos roles de género. Por ejemplo, estudiar por la noche es común entre la población universitaria, y sin embargo, es una conducta de riesgo para la salud (Allgower et al., 2001).

Entre las principales limitaciones de nuestro estudio debemos tener en cuenta que las medidas utilizadas para la evaluación son de autoinforme. Este tipo de medidas presenta problemas de tendencias y estilos de respuesta, además de que no todas las personas identifican igual sus emociones y comportamientos. Por otro lado, los participantes del estudio pertenecen a un grupo de población determinado, son estudiantes universitarios, lo que limita la capacidad de generalización de los resultados, puesto que pueden verse influidos por el nivel educativo y las características de este tipo de población (Kenkel, 1991; Mahalik, Lagan & Morrison, 2006).

Las investigaciones futuras deberían incluir un rango más amplio de participantes con diferentes niveles educativos, con distintos grupos ocupacionales y con un mayor rango de edad. En esta misma línea, se podrían analizar diferentes países y comparar

los resultados, puesto que como se ha visto en nuestro trabajo, la masculinidad y la salud son constructos sociales y culturales y por tanto, podrían verse alterados según la población en la que se estudien.

REFERENCIAS

- Addis, M.E., & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American psychologist*, 58, 5-14.
- Allgower, A., Wardle, J. & Steptoe, A., (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20, 223-227.
- Arias, E., Anderson, R.N., Kung, H.C., Murphy, S.L. & Kochanek, K.D. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American psychologist*, 58, 5-14.
- Blazina, C., & Watkins, C.E., Jr. (1996). Masculine gender role conflict: Effect on men's psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes toward help-seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 461-465.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (1998). *Men's health. A research agenda and background report*. Canberra, Australia: Author.
- Courtenay, W.H. (1998). College men's health: an overview and a call to action. *Journal of American College Health*, 46, 279-290.
- Courtenay, W.H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9, 81-142.
- Cuéllar, I., Sánchez-López, M.P. y Dresch, V. (2011). El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI) en la población española. *Anales de Psicología*, 27, 1, 170-178.
- Dawson, K.A., Schneider, M.A., Fletcher, P.C. & Bryden, P.J. (2007). Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *The Journal of Royal Society for the Promotion of Health*, 127, 38-44.
- Drayton-Brooks, S. & White, N. (2004). Health promoting behaviors among African American women with faith-based support. *The ABNF Journal*, 15, 84-90.
- Eisler, R.M. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct. In R.F. Levan, & W.s. Pollack (Eds.). *A new psychology of men* (pp. 207-225). New York: Basic Books.
- Ferrucci, L., Tuchi, A., Fumagalli, S., DiBari, M., Silverstrini, G., Zacchei, S.,

- Nesti, A., Magherini, L., Tarantini, F., Pini, R., Antonini, E., Masotti, G., Marchionni, N. (2003). Sex-related differences in the length of disability prior to death in older persons. *Aging-Clinical and Experimental Research*, 15, 310-314.
- Gibson, M. & Denner, B.J. (2000). Men's health report 2000. *The MAN model: Pathways to men's health*. Daylesford, Victoria, Australia: Centre for Advancement of Men's Health.
- Huggins, A. (1998). Masculinity and self-care. In T. Laws (Eds.). *Promoting men's health – an essential book for nurses* (pp. 3-14). Melbourne, Australia: Ausmed Publications.
- Kenkel, D.S. (1991). Health behavior, health knowledge, and schooling. *Journal of Political Economy*, 99, 287-305.
- Leveille, S.G., Penninx, B.W.J.H., Melzer, D., Izmirlian, G. & Guralnik, J.M. (2000). Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: The dynamics of incidence, recovery and mortality. *Journals of Gerontology- Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 541-550.
- Leveille, S.G., Resnick, H.E. & Balfour, J. (2000). Gender differences in disability: Evidence and underlying reasons. *Aging-Clinical and Experimental Research*, 12, 106-112.
- Locke, B.D. & Mahalik, J.R. (2005). Examining masculinity norms, problem drinking, and athletic involvement as predictors of sexual aggression in college men. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 279-283.
- Lonnquist, L.E., Weiss, G.L. & Larsen, D.L. (1992). Health value and gender in predicting health protective behaviour. *Women and Health*, 19, 69-85.
- Mahalik, J.R., Burns, S.M. & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201-2209.
- Mahalik, J.R., Levi-Minzi, M. & Walker, G. (2007). Masculinity and Health Behaviors in Australian Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8, 240-249.
- Mahalik, J.R., Locke, B.D. (2001). A Cross-National and Cross-Sectional comparison of men's gender role conflict and its relationship to social intimacy and self-esteem. *Sex Roles*, 45 (1/2), 1-14.
- Mahalik, J.R., Lagan, H., & Morrison, J.A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men and Masculinity*, 7, 191-202.
- Mahalik, J.R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R.P., Gottfried, M. et al.; (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory.

- Psychology of Men and Masculinity*, 4, 3-25.
- Mathers, C.D., Sadana, R., Salomon, J.A., Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (2001), healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357, 1685-1691.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Evaluación Nacional de la Salud. 2006.
- Pleck, J.H., Sonenstein, F.L., & Ku, L.C. (1994). Problem behaviors and masculinity ideology in adolescent males. In R.D. Ketterlinus, & M.E. Lamb (Eds.). *Adolescent problem behaviours: Issues and research* (pp. 165-186). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tashiro, J. (2002). Exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women: perceptions, practices and issues. *Health Care Women International*, 23, 59-70.
- White, A.K., & Cash, K. (2003). *The state of men's health across 17 European Countries*. Brussels: European Men's Health Forum
- World Health Organization. (2000). *World Health Report 2000*. Geneva: WHO.