



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

SEXISMO AMBIVALENTE Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA

Autora: Sonsoles Blanco Pimentel

Directora: Lara Kehrmann Irisarri

Tutora metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid

Mayo 2016

Sonsoles
Blanco
Pimentel

SEXISMO AMBIVALENTE Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA



Resumen

El presente estudio analizó las relaciones entre el sexismo y los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. La muestra estuvo formada por 236 hombres y mujeres adultos-as, pertenecientes a población general de la Comunidad Autónoma de Madrid. Los resultados revelaron una relación positiva y significativa, aunque pequeña, entre el sexismo ambivalente (SA) y la depresión, así como una asociación negativa (muy baja de nuevo) entre el SA y la autoestima. Además, se encontró correlación entre las subescalas de sexismo hostil (SH) y sexismo benevolente (SB), y una mayor presencia de SA en los hombres. Sin embargo, no se encontró relación entre el SA y la ansiedad, ni diferencias entre el SA y el nivel de estudios. Vemos además que el SH tiene una predominancia frente al SB. Se concluye que las relaciones no son lo suficientemente elevadas, excepto entre los constructos de SH y SB. A pesar de ello, nuestra investigación arroja nuevas aportaciones en el área de discriminación sexista hacia las mujeres, la cual permanece vigente a día de hoy. Sus manifestaciones en la sociedad nos limitan, interfiriendo en nuestro bienestar y en nuestros prejuicios. El papel del/la psicólogo/a en este sentido es importante, de cara a influir en que se siga manteniendo o no dicha discriminación sexista a través de sus intervenciones en terapia.

Palabras clave: sexismo ambivalente, ansiedad, depresión, autoestima, prejuicios de género.

Abstract

This study analyzed the relationship between sexism and levels of anxiety, depression and self-esteem. The sample consisted of 236 men and women belonging to general population of the Autonomous Community of Madrid. The results revealed a positive and significant relationship, though small, between ambivalent sexism (AS) and depression as well as a negative association (very low again) between AS and self-esteem. In addition, correlation between the subscales of hostile sexism (HS) and benevolent sexism (BS), and a greater presence of AS in men were found. However, no relationship between the AS and anxiety was found, neither differences between the AS and the academic level. We also see that the HS has a predominance against BS. It is concluded that relationships are not sufficiently high, except among the constructs HS and BS. However, our research brings new contributions in the area of gender discrimination against women, which remains in effect today. Its manifestations in society limit us, interfering in our welfare and our prejudices. The role of psychologists in this sense is important in order to influence in the maintaining or not of such gender discrimination through their interventions in therapy.

Key words: sexism, ambivalent sexism, anxiety, depression, self-esteem, gender stereotypes.

Definición de sexismo y su presencia actual

El sexismo consiste en una actitud de prejuicio hacia las personas, basada en la pertenencia a su sexo biológico (hombre o mujer), según el cual se asocian diferentes cualidades, conductas y roles (Garaigordobil y Maganto, 2015). Toda evaluación que atienda únicamente a la categoría sexual biológica de la persona, se etiquetaría como sexista, independientemente de si es positiva o negativa o si se dirige al hombre o a la mujer (Expósito, Moya y Glick, 1998). Sin embargo, la diferencia entre dichos prejuicios o estereotipos hacia los sexos es que, en términos generales, hacia los hombres va unido un beneficio y hacia las mujeres un perjuicio (Lameiras y Rodríguez, 2003).

Como reflejo de dicho perjuicio, existen diferencias desde el punto de vista económico. Según el Instituto de la Mujer, el porcentaje de ganancias por hora normal de trabajo en España en el 2013 era de 15,87% en varones y 13,21% en mujeres (incluyendo los sectores de industria, construcción y servicios). Según los datos de ese mismo año, la ganancia media anual es de 25.675€ en varones y de 19.514€ en mujeres.

Por otro lado, la expresión más grave de sexismo sería la violencia de género (Fidalgo y Valle, 2015). El observatorio contra la violencia doméstica y de género, del Consejo General del Poder Judicial refleja la presencia de 129.193 denuncias de violencia de género en España en el año 2015. Así mismo, según el Instituto de la Mujer, las víctimas mortales por violencia de género en España entre 1999 y 2015 no han variado demasiado, presentando un total de 54 víctimas en 1999 y 56 víctimas en 2015. En este sentido, los últimos datos registrados a fecha 15 de marzo de 2016, son 13 víctimas mortales (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género). Finalmente, en cuanto a los delitos contra la libertad sexual, los últimos datos publicados en el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior correspondientes al 2014, muestran una cifra de 1.239 casos conocidos de agresión sexual con penetración en España. Lo que supone entre tres y cuatro agresiones sexuales a mujeres al día.

Desde el nacimiento, en el seno familiar, se tiene un trato diferencial hacia los niños y las niñas. Se les suele vestir y tratar de forma distinta. A las niñas se las ve más frágiles y a los niños más traviosos y robustos. Con frecuencia, se les incita además a jugar cada uno con determinados juguetes (las niñas con muñecas y pequeñas cocinas y los niños con balones, coches y mecano). Y si apareciera una inclinación hacia los juguetes del sexo contrario, se tiende a corregir dicha “desviación”. Pero no parecemos entender que las únicas diferencias son biológico-sexuales, y que el resto no son más que razones artificiales creadas por la cultura en una sociedad en la que un sexo presiona al otro (Sebastián et al., 2006). Y es que, como bien señala Sebastián (2001):

“el género es una construcción social que hace referencia a características culturales asignadas a cada sexo” (p.12).

Si nos vamos al contexto escolar (Sebastián et al., 2006), vemos que en las aulas, el sexismo sigue teniendo presencia, persistiendo ideas y procedimientos educativos que discriminan el alumnado por razones de género. El profesorado impone explícita e implícitamente las normas que regulan las relaciones en el aula y participa en la construcción de los géneros de forma estereotipada entre su alumnado. El comportamiento de los docentes varía en función del sexo del alumnado: a los niños se les sigue preparando para el protagonismo en la vida social y a las niñas se les transmite también esa participación, pero sin ostentar dicho protagonismo. Dichos autores registraron actitudes y expectativas estereotipadas por parte de los profesores hacia sus alumnos de primaria. Sostenían, por ejemplo, que las niñas en comparación con los niños, eran más cariñosas, tranquilas, les gustaba más el área artística de la educación, eran más aplicadas y responsables, más dóciles, etc. Y que los niños eran más revoltosos y les gustaba más el área de las ciencias. Por otro lado, encontraron expresiones estereotipadas de género entre los alumnos de educación primaria, tales como: *“Las mujeres no pueden realizar trabajos de hombres”, “El fútbol es de niños”, “Los niños tienen más fuerza”, “¡Las niñas son muy cursis!”*, *“Juegas con niñas porque eres marica”*. Por ello, dichos autores refieren que, si bien vemos cambios en el contenido de la legislación del sistema educativo actual respecto a la igualdad y género, aún se siguen reproduciendo esquemas sociales estereotipados a este respecto, en el día a día del espacio escolar.

Conviene subrayar, que es necesario tener en cuenta precisamente la perspectiva de género en psicoterapia por el trato diferencial en función del sexo que muchas veces se lleva a cabo. Algunas investigaciones realizadas revelan que ante los mismos síntomas, se recetan más ansiolíticos y se ofrece más apoyo psicológico cuando la paciente es una mujer (Márquez, et al., 2004). Además, también se ha criticado en la terapia familiar sistémica el mantenimiento de las diferencias de género no teniendo en cuenta la posición subordinada de la mujer en el modelo familiar tradicional. Por tanto, los profesionales debemos ser conscientes de nuestras propias actitudes sexistas, de cara a intentar evitarlas en terapia ya que sesgan nuestra percepción de las personas y contribuyen a perpetuar el propio sexismo de los-as pacientes, manteniendo la discriminación y las limitaciones que ello conlleva (Polo, 2014).

Teoría del sexismo ambivalente

Tradicionalmente, el sexismo hacia las mujeres ha hecho referencia a una actitud negativa y hostil, considerándolas inferiores que los hombres (Glick y Fiske, 1996; Expósito, Moya y Glick, 1998). Actualmente, este concepto posee más connotaciones. Glick y Fiske (1996) refieren que dicho punto de vista deja de lado un aspecto significativo del sexismo: los sentimientos subjetiva

y aparentemente positivos hacia las mujeres, que suelen ir unidos a la antipatía sexista. Por tanto, dichos autores consideran el sexismo un concepto que engloba dos tipos de actitudes: la hostil y la benevolente. Como consecuencia, introducen el concepto de sexismo ambivalente (SA), que haría referencia al resultado de la combinación de dichas actitudes hacia las mujeres. El término “ambivalente” se refiere precisamente a la coexistencia de cargas afectivas antagónicas implícitas en las actitudes negativas u hostiles y positivas o benevolentes (Rodríguez, Lameiras, Carrera y Faílde, 2009).

Por un lado, el término de sexismo hostil (SH), según Glick y Fiske (1996), hace alusión a aquellos aspectos que se ajustan a la definición clásica de Allport (1954) de prejuicio. Es decir una *“antipatía basada en una generalización inflexible y errónea, la cuál puede ser sentida o expresada, dirigida hacia un grupo como totalidad o hacia un individuo por ser miembro de un grupo”* (p. 9). Se trataría, por tanto, de una ideología de género abiertamente discriminatoria con un matiz de aversión o antipatía

Por otro lado, se entiende por sexismo benevolente (SB), un conjunto de actitudes hacia las mujeres, que son sexistas en cuanto que se les considera de forma estereotipada y limitadas a ciertos roles, y que se caracterizan por un tono subjetivamente positivo y llevan consigo una carga emocional afectuosa. Según estos mismos autores, a pesar de que el sexismo benevolente sugiere una visión subjetivamente positiva de la mujer, comparte suposiciones comunes con las creencias sexistas hostiles: que las mujeres ocupan roles restringidos y son el sexo “débil”. Es más, este tipo de sexismo puede ser incluso más perjudicial, pues puede utilizarse para compensar o legitimar el sexismo hostil.

Los autores refieren que el núcleo de su teoría, aquello que explica las condiciones sociales y biológicas subyacentes en las relaciones entre los sexos, se compone de tres conceptos: el paternalismo, la diferenciación de género y la heterosexualidad. El SH y el SB, están formados por dichos componentes compartidos.

El paternalismo supone relacionarse con la mujer de la misma manera en que un padre lo hace con sus hijos. Incluye dos aspectos: el primero, dentro del SH, es el de dominación (paternalismo dominador). Implica la sumisión y la obediencia por parte de la mujer y los deseos de control por parte del hombre. El segundo, dentro del SB, es el de afecto y protección (paternalismo protector), que plantea una visión de la mujer como débil, insuficiente y dependiente, y que por tanto necesita de un hombre que la proteja y la cuide (Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, 2010).

En la diferenciación de género, nos encontramos de nuevo los dos lados del sexismo: la diferenciación de género competitiva (dentro del SH) y la diferenciación de género complementaria (dentro del SB). La competitiva muestra una justificación social para el poder estructural masculino. Es decir, que sólo los hombres son percibidos como capaces, competentes y hábiles para gobernar las instituciones. Las mujeres, por tanto, quedan exentas de dichas características y su ámbito de actuación se limita a la familia y al hogar (Garaigordobil y Maganto, 2015). La diferenciación complementaria hace referencia a que las características positivas de las mujeres complementan a los hombres. Los rasgos favorables atribuidos a las mujeres, compensarían la carencia estereotipada de los hombres (por ejemplo, la sensibilidad a los sentimientos de los demás, la empatía, etc.). Según Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría (2010), dichos rasgos serían aquellos tradicionalmente considerados como femeninos: generosidad, pureza, entrega, etc. Los cuales se presentan de un modo aparentemente favorable para la mujer.

Por último, la heterosexualidad, la consideran una de las mayores fuentes de ambivalencia de los hombres hacia las mujeres. De la misma manera, se diferencian dos aspectos: intimidad heterosexual (relacionada con SB) y hostilidad heterosexual (relacionada con SH). La intimidad sería el deseo de proximidad y la dependencia de los hombres sobre las mujeres a nivel amoroso y sexual (lo que denominan *poder diádico* de las mujeres). Esto último supone una realidad paradójica o inusual en la que los miembros del grupo más “poderoso” dependen de los miembros del grupo “subordinado”. La hostilidad, sin embargo, supone que la atracción sexual puede ser inseparable del deseo de dominarlas. Desde esta perspectiva, las mujeres son consideradas peligrosas, tentadoras y manipuladoras, debido a su poder sexual (Garaigordobil y Maganto, 2015).

Como vemos, el SH y el SB constituyen tendencias o creencias complementarias, que además son comunes a numerosas culturas. Glick et al. (2000) sostienen que los componentes complementarios del sexismo (SH y SB) existen en todas las culturas. Su investigación cuenta con una muestra de 15.000 hombres y mujeres de 19 países y refleja que el SH y el SB son construcciones coherentes que se correlacionan positivamente en todas las naciones. Además se vio que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de rechazar el SH antes que el SB. Por último, observaron que los promedios nacionales en SB y SH predicen la desigualdad de género en todas las naciones.

Sexismo en la adolescencia

En la población adolescente, encontramos que los varones presentan unos niveles de sexismo significativamente superiores que las mujeres (Garaigordobil y Durá, 2006; Rodríguez, Lameiras, Carrera y Faílde, 2009; Maeso et al., 2015) y puntuaciones mayores en el SB que en el SH (Maeso et al., 2015). El sexismo, como vemos, puede afectar negativamente tanto por ser agente activo (discriminar) como por ser agente pasivo (ser discriminado). En este sentido, el sexismo se ha estudiado en adolescentes en relación a la discriminación recibida y la impartida. Arenas (2013) refiere que la violencia de género (la expresión última de la discriminación sexista) tiene sus primeras manifestaciones en la adolescencia. En su estudio, encuentra actitudes y conductas sexistas en adolescentes, siendo los chicos los que las interiorizan en mayor medida y presentan mayor dificultad para reconocerlas. También observa que algunas chicas sufren discriminación por razón de género, lo que supone que la discriminación por razón de sexo comienza desde edades muy tempranas. La investigación de Garaigordobil y Durá (2006), establece relaciones entre varios síntomas psicológicos y el nivel de sexismo de los adolescentes. Dichos autores utilizan el término de *neosexismo*, para referirse a una forma sutil y suavizada de sexismo que abandona su apariencia hostil (Moya y Expósito, 2001). Básicamente, sería a lo que hace referencia el concepto de SB. Su investigación (Garaigordobil y Durá, 2006), refiere que los adolescentes *neosexistas* de ambos sexos, presentan ansiedad fóbica, psicoticismo, baja autoestima, problemas de conducta, pocas habilidades sociales apropiadas, baja cooperación, alta sobreconfianza, celos-soledad, baja sociabilidad, baja responsabilidad y baja estabilidad emocional. Sin embargo, se debe mencionar que dichas relaciones poseen una baja magnitud.

Sexismo y nivel educativo

Dicho constructo se ha puesto en relación con el nivel de estudios, observándose mayores índices de sexismo en personas con menor nivel educativo y viceversa (Raguz, 2015; Lameiras y Rodríguez, 2003; Glick, Lameiras y Rodríguez, 2002).

Sexismo en población adulta: variables psicológicas

El SA está presente tanto en hombres como en mujeres, no obstante, en la población adulta aparecen mayores índices de sexismo en los hombres (Lameiras y Rodríguez, 2003; Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, 2010; Rodríguez y Magalhães, 2013; Jiménez-García et al., 2014; Zawisza, Luyt y Zawadzka, 2015) y una mayor predominancia del SB frente al SH hostil (Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, 2010; Jiménez-García et al., 2014). No obstante, también se ha encontrado una presencia superior del SH (Lee, Fiske, Glick y Chen, 2010).

Ahora bien, consideramos de gran importancia las posibles relaciones con variables psicológicas, de cara a su relevancia en terapia. El SA, resultante de los dos componentes

explicados (SH y SB), se ha estudiado en relación a variables como la autoestima, la ansiedad, el bienestar psicológico, la depresión o la ira. Aunque las investigaciones son escasas hasta el momento (Garaigordobil y Maganto, 2015).

Se han encontrado relaciones negativas entre la autoestima y el sexismo, es decir, que a mayor nivel de sexismo, menor autoestima (Angell, 2005; Garaigordobil y Maganto (2015). Por otro lado, algunos estudios han establecido una estrecha relación entre la autoimagen corporal y la autoestima en las mujeres, observándose que a mayor satisfacción corporal, mayor autoestima (Furnham, Badmina y Sneadea, 2002; Clay, Vignoles y Dittmar, 2005). Desde ahí, cabe mencionar la existencia en investigación de la asociación entre el sexismo, la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción corporal, lo que supondría que a mayor sexismo, mayor insatisfacción con el propio cuerpo y mayor preocupación por el aspecto físico (Forbes, Doroszewicz, Card y Adams-Curtis, 2004; Forbes et al., 2005; Franzoi, 2001). En lo que se refiere a la discriminación sexista recibida (siendo agente discriminado o testigo), se ha visto que el presenciar, o verse obligada a hacer frente a situaciones cargadas de discriminación sexista, se relaciona con una peor autoestima corporal (Oswald, Franzoi y Frost, 2012; Shepherd et al., 2011). En cambio, desde el meta-análisis de Murnen y Smolak (2009) se recogió una asociación positiva entre la identidad feminista (lo que supone bajos niveles de sexismo) y la satisfacción con el cuerpo.

La ansiedad también se ha relacionado con el sexismo, mostrando relaciones positivas tanto en las personas que discriminan como en las discriminadas. Según Månsdotter, Nordenmark y Hammarström (2012) las mujeres que presentan unos niveles bajos de sexismo (lo que denominan ideología de género no tradicional) en su estudio, muestran menos riesgo a presentar síntomas de ansiedad. En el estudio de Garaigordobil y Maganto (2015), encontraron que altos niveles de sexismo se relacionaban con un alto nivel de ansiedad (estado-rasgo), aunque dichas relaciones fueron de baja magnitud. Además, en lo que se refiere al sexismo percibido, es decir, el ser objeto de una discriminación en base al sexo biológico, Fischer y Bolton (2007) encuentran correlaciones positivas entre discriminación sexista recibida y ansiedad. Y Moradi y Subich, (2003) observan que los eventos sexistas percibidos se relacionan con la angustia psicológica en la persona que experimenta dichos eventos.

Por otra parte, el SB parece incrementar la satisfacción vital, como forma de compensar la disonancia entre la lucha por la igualdad y los valores sexistas aún presentes en la sociedad. Hammond y Sibley (2011) refieren que el SB predice la satisfacción con la vida. Para los hombres, el SB se relacionó directamente con la satisfacción vital. Para las mujeres, el efecto paliativo del SB era indirecto y se produjo, según dichos autores, debido a que la ideología del SB posiciona a las mujeres como merecedoras de adoración y protección de los hombres. En este sentido, Napier,

Thorisdottir y Jost, (2010) observaron que las justificaciones sexistas hostiles o benevolentes, están relacionadas con beneficios paliativos. En los países relativamente igualitarios, los individuos que apoyan justificaciones “complementarias” (SB y SH) presentan puntuaciones más altas en satisfacción con la vida, en comparación con aquellos que sólo apoyan una justificación hostil. No se encuentran diferencias en los países más tradicionales, con alta desigualdad de género. Estos autores, argumentan que el SB ayuda a resolver la disonancia entre la persistencia de la desigualdad de género y los valores igualitarios.

Otra variable estudiada en este tema es la ira, la cual se ha visto asociada al sexismo de forma positiva (al aumentar una, también lo hace la otra). Encontrándose dicha asociación sobre todo en hombres (Spence, Losoff y Robbins, 1991; Rojas-Solís y Carpintero, 2011) Por otra parte, otro aspecto muy relacionado con el sexismo, como es la actitud favorable hacia la violación, se observó que se relacionaba con la ira de forma positiva (Sierra et al., 2010).

Los síntomas depresivos se han visto relacionados también con el sexismo, aunque de una manera algo indirecta (Good y Wood, 1995; Shepard, 2002; Zamarripa, Wampold y Gregory, 2003). En lugar del sexismo como tal, dichas investigaciones se centran en el conflicto de rol de género masculino, que sería la consecuencia de una socialización sexista rígida en los hombres. Además se ha observado que cuanto más sexista es la identidad de género, mayor es el conflicto reportado con el rol de género (Gómez-Ortiz, 2003). Sin embargo, Garaigordobil y Maganto (2015) no encontraron relación entre el SA ni ninguno de sus componentes (SB y SH) y los síntomas de depresión.

Con respecto a los síntomas mencionados hasta ahora, Gómez-Ortiz (2003) encuentra varias emociones negativas en relación al sexismo en su estudio. Sostiene que el desempeñar el rol masculino de manera rígida y sexista por parte de los hombres, se asocia a riesgos para la salud. Concretamente, señala relaciones positivas y significativas con comportamientos violentos en la familia, ansiedad, depresión, baja autoestima y baja percepción de calidad de vida en los hombres.

Nuestro estudio

Entendemos que el sexismo tiene sus peores consecuencias en la violencia de género, ya sea verbal, económica, física, etc. Pero pretendemos poner la mirada desde otra perspectiva: en la relación que puede tener con síntomas de malestar el hecho de sostener creencias sexistas, caracterizadas por una forma rígida de ver y entender a las personas. En este caso, nos centraremos en el sexismo existente hacia las mujeres.

De entre todas las variables explicadas, en el estudio que se expone a continuación nos focalizaremos, además del sexismo, en los síntomas de depresión, ansiedad, y autoestima. En cuanto a la ansiedad y la depresión, se ha hallado una alta presencia de dichos síntomas en población adolescente y adulta (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008; Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo y Valenzuela, 2007; Osada, Rojas, Rosales y Vega-Dienstmaier, 2010; Ramírez, Álvarez, Prieto y Otálvaro, 2012), por lo que consideramos importante su presencia en este estudio. Por otra parte, vemos que la autoestima se ha estudiado poco en relación al sexismo. Las investigaciones más bien se centran en constructos parecidos como la satisfacción con el cuerpo o la autoimagen corporal. Además se ha tendido a poner la mirada desde la persona discriminada y no tanto desde la que discrimina.

En contraposición, la satisfacción vital se encuentra influida de forma más directa que otras variables con características del entorno (Pérez-Escoda, 2013). Por ello cabe esperar lo que los resultados de las investigaciones mencionadas arrojan: en una sociedad sexista como la nuestra, adecuarse a las ideas y mensajes sexistas, reduce el nivel de disonancia ante las pretensiones de igualdad que se persiguen. Pero en el presente estudio queremos centrarnos en la relación perjudicial entre sexismo y variables psicológicas. A su vez, la ira es una variable que se ha encontrado sobre todo en relación a expresiones más extremas del sexismo, como los malos tratos o la actitud positiva hacia la violación. En este caso, nos interesa más medir variables con más probabilidad de relación con las formas benevolentes del sexismo, las cuales cuentan con mayor presencia hoy en día en la población general.

Finalmente, la población diana escogida es población adulta, ya que observamos que muchos estudios en relación al sexismo se centran en la población adolescente. Desde ahí, la investigación nos parece de crucial importancia de cara a la prevención. Sin embargo, según un informe de Eclipse Soluciones (2013) la edad media del paciente que acude a consulta es de 31.86 años, siendo la población adulta la que más acude a terapia. El objetivo del presente estudio es evaluar el nivel de SA y sus dos componentes correspondientes (SB y SH) en una población adulta de la Comunidad Autónoma de Madrid y analizar su relación con síntomas de ansiedad y depresión y con el nivel de autoestima. Adicionalmente, queremos observar si el nivel de SA varía en función del sexo y en función del nivel de estudios. Nos planteamos las siguientes hipótesis: 1) Encontraremos una alta asociación entre el SH y el SB. 2) Los hombres presentarán mayor SA que las mujeres. 3) El SB será mayor que el SH tanto en hombres como en mujeres. 4) A mayor nivel de estudios, las puntuaciones en SA serán menores. 5) El SA se relacionará positivamente con síntomas de ansiedad. 6) El SA se asociará de forma positiva con síntomas de depresión. Y por último, 7) el SA se relacionará de manera negativa con el nivel de autoestima.

MÉTODOS

Participantes

La muestra estuvo constituida por 236 adultos ($N=236$). El 38,1% de los participantes fueron hombres ($n=90$) y el 61,9% fueron mujeres ($n=146$). Las edades estaban comprendidas entre los 18 y los 78 años ($M=32,3$; $SD= 14,2$). En cuanto al nivel de estudios, el 48,7% de la muestra ha realizado estudios universitarios, seguido de un 37,5% que ha cursado estudios de máster. El 10,7% presenta estudios hasta el bachillerato y sólo un 7,6% ha realizado un módulo.

Instrumentos de medida

- *Inventario de Sexismo Ambivalente* (Glick y Fiske, 1996), versión en castellano de Expósito, Moya y Glick, (1998). Se compone de dos subescalas tipo Likert de 11 ítems cada una, obteniéndose un total de 22 ítems. Las subescalas son: Sexismo Hostil (SH) y Sexismo Benevolente (SB). Presenta cinco opciones de respuesta que son: 0= Totalmente en desacuerdo, 1= Moderadamente en desacuerdo, 2= Levemente en desacuerdo, 3= Levemente de acuerdo, 4= Moderadamente de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo. La puntuación máxima de SA que puede obtenerse es de 110, y de 55 en cada escala (SB y SH). La subescala de SH presenta un coeficiente Alpha de 0.89 y la subescala de sexismo benévolo de 0.86. La fiabilidad del ASI (total) es de 0.90 y las correlaciones de todos los ítems con el total de la escala (índice de homogeneidad) son superiores a 0.40. La fiabilidad en este estudio también presenta un Alfa de Cronbach de 0.90.
- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)* de Spielberger, Gorsuch, y Lushene, adaptación al castellano por Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1982). Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). En este caso hemos utilizado sólo la escala de ansiedad rasgo (A/R), ya que, dicha ansiedad, entendida como propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982), ha emergido como un importante moderador de la relación entre estresores y síntomas de ansiedad (Mundy et al., 2015). Además, se ha relacionado con mayores probabilidades de presentar en la adultez un trastorno de ansiedad (Mundy et al., 2015) y con una mayor probabilidad de desarrollar una respuesta de ansiedad

situacional a un estímulo nuevo (Field, 2006). Dicho instrumento cuenta con 20 ítems en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: 0=Casi nunca, 1=A veces, 2=A menudo, 3=Casi siempre. Su puntuación máxima se sitúa en 60 puntos. Presenta una fiabilidad entre 0.84 y 0.87. En nuestro estudio obtenemos una fiabilidad de 0.90.

- *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965) versión al castellano de Atienza, Balaguer y Moreno (2000). Es un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto hacia uno/a mismo/a. Consta de 10 ítems, de los cuales 5 están enunciados de forma positiva y 5 de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Es una escala tipo Likert en la que se dan cuatro opciones de respuesta (A: Muy de acuerdo, B: De acuerdo, C: En desacuerdo, D: Muy en desacuerdo). Habría tres posibles resultados: De 30 a 40 puntos: autoestima elevada (considerada como autoestima normal); de 26 a 29 puntos: autoestima media (no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla) y menos de 25 puntos: autoestima baja (existen problemas significativos de autoestima). La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87, la fiabilidad es de 0.80. En el análisis de fiabilidad de este estudio, hallamos un coeficiente de 0.88.
- *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (Beck, Steer y Brown, 1996). Adaptación española por Sanz, Vázquez, Vallar, de la Guía y Hernández (2011). Proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Es una escala tipo Likert, con 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Las cuatro opciones de respuesta son enunciados que determinan mayor o menor gravedad dentro del síntoma que se esté evaluando, equivaliendo a una ausencia del síntoma en la primera opción y a una elevada presencia del síntoma en la cuarta opción. El rango de las puntuaciones finales va desde 0 a 63 puntos. De 0 a 13 se considera una mínima depresión, de 14 a 19 puntos, depresión leve; de 20 a 28, depresión moderada y de 29 a 63, depresión grave. En población general se encontró una fiabilidad de 0.87 (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). La fiabilidad en el presente estudio muestra un Alfa de Cronbach de 0.91.

Diseño

El estudio presenta un diseño cuantitativo, descriptivo transversal con componente correlacional. La asignación de sujetos fue no aleatoria y sin manipulación.

Procedimiento

La propuesta del estudio se presentó primeramente ante un comité ético. No se encontraron conflictos éticos y se confirmó la puesta en marcha de la investigación. El cuestionario se elaboró en formato online, con la herramienta de *Formularios de Google* y contó con un total de 73 ítems. La colaboración fue libre y voluntaria. Además se les ofreció la posibilidad de recibir los resultados del estudio, poniéndose en contacto con el investigador por correo electrónico. Los datos sociodemográficos se recogieron al comienzo del cuestionario online en el que debían seleccionar sexo, especificar edad, y marcar una de las cuatro opciones de estudios (bachillerato, módulo, título universitario o máster). Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y vivir en la Comunidad de Madrid. Los criterios de exclusión fueron ser menor de edad y presentar un trastorno psicológico relacionado con la ansiedad o la depresión recogido en DSM-5 (APA, 2013). Se señaló al comienzo del cuestionario que aquel que presentara uno de los criterios de exclusión mencionados, se abstuviera de contestar. Además, se informó debidamente a cada participante del motivo de investigación y de las variables evaluadas por el cuestionario, sin especificar nuestras hipótesis de antemano para evitar sesgos. Los informes se pasaron en formato online a través de la creación de un evento en la red social *Facebook*®, mediante el cual se facilitó la participación de terceros gracias a las invitaciones realizadas por los participantes a dicho evento. Además, también se recogieron participaciones por medio del correo electrónico y de la aplicación *Whatsapp*® del móvil. Se remarcó el uso confidencial y anónimo de los datos. Los análisis se ejecutaron utilizando la herramienta SPSS 23.0.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

La muestra estaba formada por 90 hombres y 146 mujeres ($N=236$) de la Comunidad Autónoma de Madrid. Las edades oscilaban entre 18 y 78 años, con una media de edad de 30.8 en las mujeres ($SD= 13.6$), y de 34.8 en los hombres ($SD= 14.9$). Los sujetos mostraron además distintos niveles de estudios (*ver figura 1*), siendo el título universitario el más frecuente.

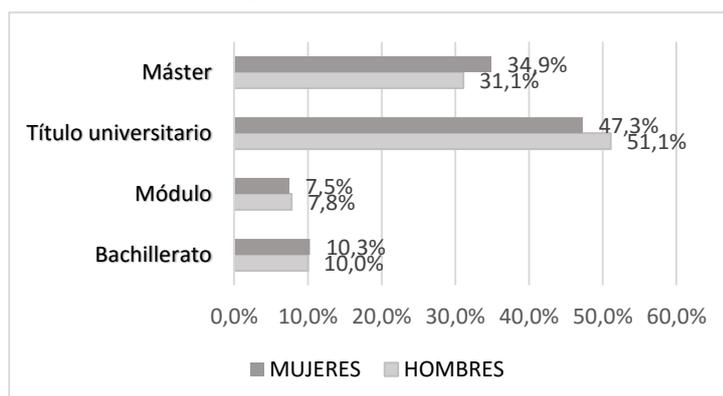


Figura 1: Frecuencias de nivel de estudios

Los estadísticos descriptivos de las diferentes escalas empleadas se pueden observar en la **Tabla 1**. La media en la escala de depresión corresponde a una depresión mínima. Y la media en la escala de autoestima equivale a una autoestima elevada. En cuanto al SA y a la ansiedad, aunque no tengan establecidos puntos de corte, observamos que las medias de puntuaciones no son elevadas si recordamos las puntuaciones máximas mencionadas de cada escala (110 en el ASI y 60 en el STAD). Sin embargo, los sujetos se distribuyen de forma dispersa, es decir, no se encuentran todos en torno a la media debido a la alta desviación que presentan.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las escalas.

	SA	SB	SH	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	AUTOESTIMA
N	236	236	236	236	236	236
M	31,48	13,76	17,72	18,72	9,39	33,69
SD	19,95	10,33	12,53	10,25	8,09	5,55

Análisis inferenciales

En primer lugar, entre el SB y el SH hallamos una relación positiva y de magnitud media ($r=.52$; $p<.05$) a través de la prueba del coeficiente de correlación de Pearson. Lo que supone que ambas escalas aumentan o disminuyen prácticamente de forma simultánea (*ver figura 2*).

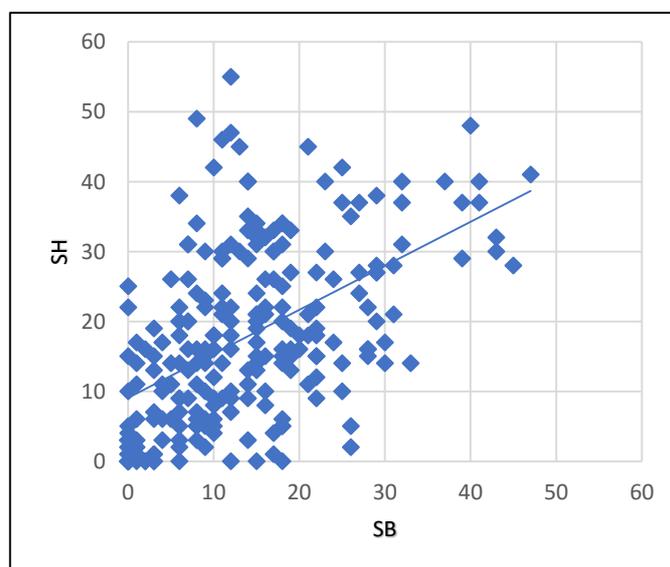


Figura 2: Dispersión de SH y SB.

Para comprobar si existe mayor SA en hombres, se realizaron pruebas t para muestras independientes con las puntuaciones de SA, en hombres y mujeres. Puesto que la muestra

es superior a 30, utilizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de la muestra. La prueba reveló que la muestra proviene de una distribución normal ($p\text{-valor} > .05$), por lo que la variable sexo se comporta normalmente. Tras asumir varianzas iguales y un intervalo de confianza del 95%, se encontró una significación menor que .05 [$t(234) = 5.76, p < .001$]. Se observaron, por tanto, diferencias estadísticamente significativas entre el SA que presentan las mujeres y los hombres, siendo los hombres los que presentan mayores niveles de SA (**Tabla 2**). Adicionalmente, se repitió el proceso con las puntuaciones de SH y SB. En estos casos no se cumplió el supuesto de normalidad, sin embargo, se considera que la prueba t es suficientemente robusta, ya que contamos con una N suficientemente grande. De nuevo se observaron diferencias significativas para SH y SB, $t(234) = 4.29, p < .001$ y $t(234) = 5.78, p < .001$, respectivamente, y una mayor presencia de ambos tipos de sexismo en los varones (**Tabla 2**).

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas

	SA		SH		SB	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>M</i>	40.4	25.9	22	15	18.4	10.9
<i>SD</i>	20.6	17.4	13.3	11.3	11	8.7

A su vez, encontramos una mayor presencia del SH de manera significativa [$t(235) = -5.35, p < .001$] e independiente del sexo, ($M = 17.7, SD = 12.5$) frente al SB ($M = 13.7, SD = 10.3$) (ver *figura 3*), a través de la prueba t-Student.

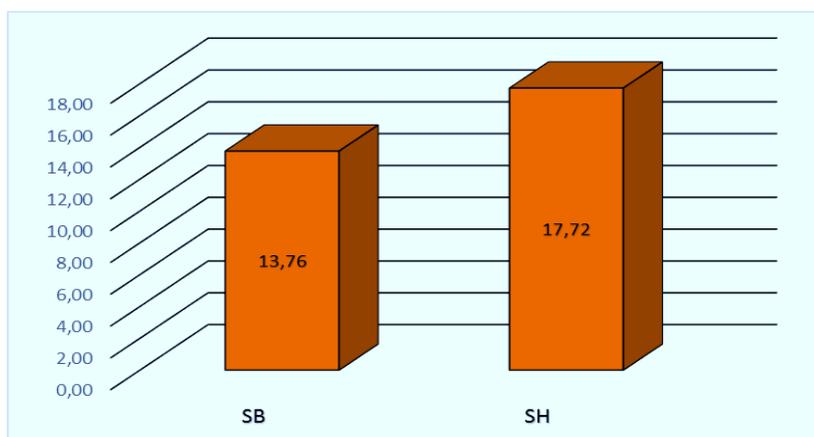


Figura 3: Medias del SB y el SH en columnas agrupadas.

Seguidamente, observamos la ausencia de diferencias significativas en función del nivel de estudios para el SA ($F_3=.21$, $p>.05$) a través de la prueba ANOVA de un factor. Tampoco encontramos diferencias con el SH ($F_3=.42$, $p>.05$) ni con el SB ($F_3=.29$, $p>.05$).

A continuación, tras analizar las relaciones entre las variables psicológicas y el sexismo, vemos que el SA y la depresión mostraron una relación positiva ($r = .13$; $p<.05$), aunque con una magnitud prácticamente nula. De la misma forma, observamos una relación significativa y negativa, pero muy pequeña entre el SA y la autoestima ($r=-.15$; $p<.05$). Entre el SA y la ansiedad, no encontramos correlación ($r=.08$; $p>.05$). Por añadidura, en lo que se refiere a las dos subescalas del SA, sólo se comprobó la relación entre el SH y la autoestima ($r=.16$, $p<.05$). El resto de variables no mostraron asociaciones significativas (**Tabla 3**).

Tabla 3
Correlaciones de Pearson.

	SB			SH			SA		
	r	sig	p	r	sig.	p	r	sig	p
Ansiedad	.07	.40	>.05	.07	.25	>.05	.08	.19	>.05
Depresión	.12	.07	>.05	.12	.07	>.05	.13	0.4	<.05*
Autoestima	-.09	.17	>.05	-.16	.01	<.05*	-.15	.02	<.05*

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05

Finalmente, se estudiaron los efectos del sexo y de la depresión y la autoestima por separado en los niveles de SA a través del análisis del modelo lineal general univariante (o ANOVA de dos factores) Además, a través de las interacciones se pudo observar cómo afectan las diferencias de SA y de depresión y autoestima dependiendo de si se trata de hombres o mujeres. La ansiedad, al no presentar relación significativa y al no tener parámetros establecidos que agrupen las puntuaciones, no procedió ser analizada desde esta prueba. En el caso de la depresión, se asumieron varianzas iguales ($p=.13$, $p>.05$) y no se encontraron diferencias entre el SA y los distintos niveles de depresión. No obstante, la interacción ($F_{6, 456} = 1.22$, $p>.05$) reveló que los hombres presentaban más SA que las mujeres cuando tienen cualquier tipo de depresión menos la moderada, y que el SA aumenta a medida que el tipo de depresión es más grave (*ver figura 4*). Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos resultados no pueden ser concluyentes ya que el número de sujetos dentro de cada nivel de depresión es muy diferente, constituyendo 177 participantes en depresión mínima, 33 en leve, 19 en moderada, y tan sólo 7 en depresión grave. Con respecto a la autoestima, no se asumieron varianzas iguales ($p=.03$, $p<.05$), por lo que no todas las combinaciones de las muestras son iguales. En la interacción ($F_{4, 460} = 2.34$, $p>.05$) observamos que las mujeres que tienen una autoestima elevada puntúan mucho más bajo en sexismo que los hombres. Al igual que ocurre, aunque en menor medida, con la autoestima baja.

Sin embargo, cuando la autoestima es media, las mujeres tienden a puntuar mayor en SA (ver figura 5). De nuevo, hay que ser cautos con los resultados sacados, pues encontramos grandes diferencias en los grupos: 189 participantes con autoestima elevada, 23 con autoestima media y 24 con autoestima baja.

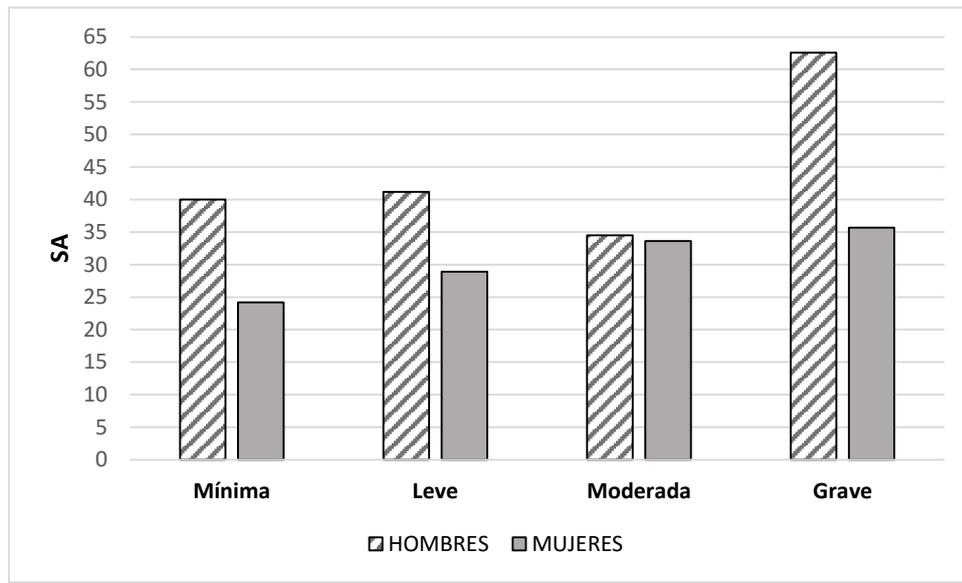


Figura 4: Nivel de SA en función del tipo de depresión y del sexo.

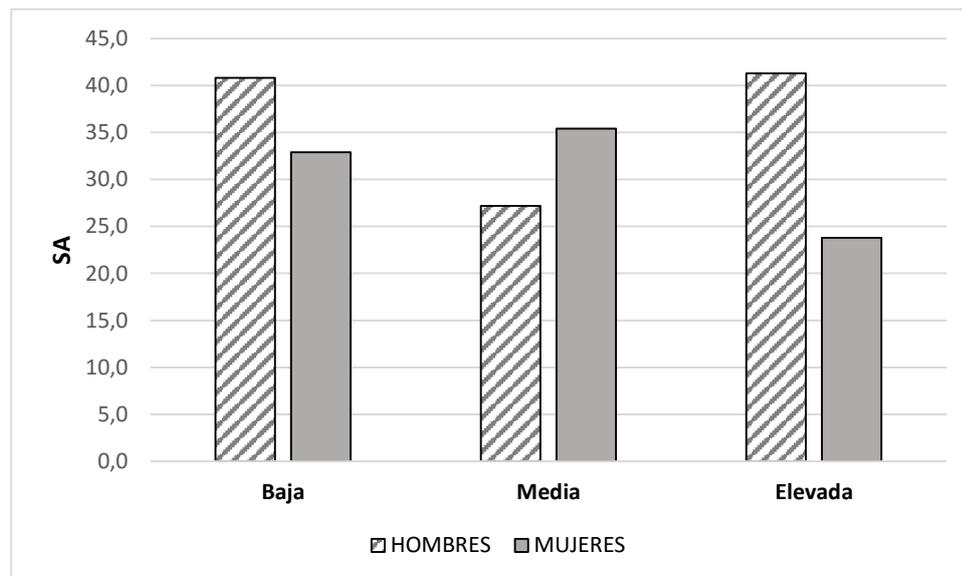


Figura 5: Nivel de SA en función del tipo de autoestima y del sexo.

DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio era analizar las relaciones entre el nivel de sexismo y los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. Además, se pretendía observar las posibles relaciones entre el sexismo y el nivel de estudios y entre el SH y el SB, así como comprobar si el sexismo presenta variaciones en función del sexo.

Así pues, nuestra primera hipótesis buscaba confirmar una alta relación entre el SH y el SB. Acorde con la investigación previa (Glick et al., 2000), observamos dicha correlación entre las subescalas del SA.

La segunda hipótesis, consistía en que los hombres presentarían mayor SA que las mujeres. Vemos que se cumple la afirmación anterior, lo que confirma los trabajos de Lameiras y Rodríguez, (2003), Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, (2010), Rodríguez y Magalhães (2013), Jiménez-García et al., (2014) y Zawisza, Luyt y Zawadzka, (2015).

Desde la tercera hipótesis, se esperaba encontrar una predominancia del SB frente al SH. Por el contrario, se halló una mayor presencia del SH, tanto en hombres como en mujeres. Este resultado contradice lo que arrojan otras investigaciones (Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, 2010; Jiménez-García et al., 2014). Pero confirma la investigación de Lee, Fiske, Glick y Chen (2010).

Nuestra cuarta hipótesis, la cual señalaba que a mayor nivel de estudios, menor SA, no ha podido ser verificada, pues no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa, como confirmaron otros autores (Glick, Lameiras y Rodríguez, 2002; Lameiras y Rodríguez, 2003; Raguz, 2015). Consideramos que el nivel parecido en formación académica de nuestra muestra ha podido ser el motivo de dicho resultado, pues la mayoría de los participantes presentaba un alto nivel académico (título universitario con o sin máster).

La quinta hipótesis fue que el SA se relacionaría positivamente con los síntomas de ansiedad. En contra de la literatura previa (Garaigordobil y Maganto, 2015; Gómez-Ortiz, 2003), encontramos que dicha hipótesis no se cumplió, ya que no presentó una relación significativa ($r=.07$, $p>.05$). Entendemos que la correlación mencionada del presente estudio, podría haber estado presente al utilizar la variable de sexismo ‘percibido’ o ‘recibido’ en vez de ‘impartido’, ya que encontramos más investigación en esta última línea (Fischer y Bolton; 2007; Moradi y Subich, 2003). Otra de las razones que observamos de nuestro resultado, es que los participantes presentaron índices muy bajos de ansiedad, por lo que la relación difícilmente ha podido ser encontrada.

Nuestra sexta hipótesis planteada fue la relación positiva entre el SA y los síntomas de depresión. Apoyándonos en estudios anteriores (Good y Wood, 1995; Shepard, 2002; Zamarripa, Wampold y Gregory, 2003), se confirma la hipótesis, aunque parcialmente, pues la magnitud de

dicha relación es muy pequeña (13%). No obstante, al igual que ocurre en el estudio de Garaigordobil y Maganto (2015), no se halló relación entre la depresión y las subescalas del SA (SH y SB).

Finalmente, la séptima hipótesis, según la cual esperábamos obtener una asociación negativa entre el SA y el nivel de autoestima (a mayor sexismo, menos autoestima), se cumplió, lo que concuerda con literatura previa (Angell, 2005; Garaigordobil y Maganto, 2015). Así mismo, la magnitud de la misma es bastante pequeña, por lo que no podemos extraer grandes conclusiones (15%). Adicionalmente, encontramos que se relacionaba de la misma manera con el SH (16%), pero no con el SB. Además, se vio que las mujeres con una autoestima elevada, puntuaban menos en SA, que aquellas que presentaban una autoestima media o baja.

El estudio realizado cuenta con varias limitaciones. El tamaño de la muestra ha podido ser insuficiente a la hora de encontrar mayores diferencias y relaciones entre las variables analizadas. El modo de administración de las escalas ha podido ser otra limitación, ya que el formato on-line supone que no se hayan podido dar respuestas ante ciertas dudas sobre los ítems planteados. A su vez, el criterio de exclusión que consistía en padecer un trastorno de ansiedad o depresión, ha podido no ser controlado en aquellos casos en los que: los sujetos no leyeron bien el encabezado del test, los participantes no eran conocedores del propio padecimiento de un trastorno de ansiedad o depresión, los sujetos eran conocedores y aun así contestaron. De hecho, esto se refleja en que se recogieron siete sujetos con una puntuación de depresión grave. Por otro lado, la discapacidad social, es decir el tomar una forma de contestar más socialmente aceptada, y no tanto en consonancia con la verdadera opinión propia, ha podido sesgar los resultados. A pesar de dejar constancia del anonimato de los datos, muchos sujetos cercanos a la investigadora y conocedores de su opinión sobre el sexismo, han podido elegir respuestas más acordes con esa opinión, por creer que pudieran ser juzgados si dan la suya propia. Otro posible sesgo consistiría en el hecho de que en la muestra recogida hay un mayor número de mujeres que de hombres. Además, el tipo de muestra no presentaba unas grandes diferencias en el nivel de estudios, caracterizándose por un nivel elevado, lo que ha dificultado encontrar relación con el SA. Otra limitación está en la selección no aleatoria de la muestra. Y en general, los sujetos reflejan bajos niveles de ansiedad, depresión y SA, y altos niveles de autoestima. Por ello, los análisis correspondientes no han discriminado diferencias, ni encontrado relaciones demasiado significativas.

En cambio, todos los instrumentos empleados muestran una fiabilidad elevada. Además, hay evidencia de que la escala ASI es la más adecuada para medir el sexismo hacia las mujeres, ya que se centra en una dimensión relacional y es la única que reúne verdaderamente el SB y el SH, con una fundamentación que la respalda y que conforma la teoría del SA (Rodríguez y Lameiras, Carrera y Faílde, 2009). Por otra parte, la ventaja del formato online, es que los sujetos contestan

de manera más libre y voluntaria, por lo que es esperable que en la participación haya más motivación y por lo tanto más atención al contestar.

En síntesis, vemos una predominancia del sexismo en los hombres, frente a las mujeres; una relación positiva (aunque muy pequeña) del SA con la depresión, y una relación negativa (de muy baja magnitud) entre la autoestima, el SA y el SH. Además comprobamos la relación entre los constructos de SH y SB. Nuestra investigación aporta nuevos conocimientos en el área de la discriminación sexista. Vemos que esa mirada discriminatoria hacia el sexo femenino, no pasa desapercibido hoy en día. Es importante ser conscientes de éste fenómeno, puesto que sus manifestaciones en la sociedad son graves y nos limitan. En este sentido, el papel del/la psicólogo/a es de gran importancia, puesto que desde dicha posición podemos influir en las personas de manera que se sigan manteniendo dichos prejuicios. Como mencionábamos al principio, en nuestras intervenciones terapéuticas podemos reforzar los estereotipos de género de nuestra cultura, pidiendo por ejemplo más liderazgo al padre y la suavización de los conflictos a la madre, o culpabilizando a la madre del funcionamiento familiar (Polo, 2014). Y como bien menciona O'Neil, (2011): *“Los efectos dañinos del sexismo patriarcal sobre hombres y mujeres son ahora temas de justicia social para muchos psicólogos que hacen investigación o que ofrecen servicios clínicos”* (p. 377).

Como futuras líneas de investigación, sería interesante poder indagar más en las relaciones entre síntomas psicológicos y el sexismo (tanto impartido como recibido), con una muestra mayor. Otra posibilidad interesante sería comparar un grupo clínico (con trastornos de ansiedad y depresión) con un grupo control y observar las relaciones con el SA. Además, se podría estudiar si existen diferencias en función de la edad. Así mismo, cabría poner la mirada en la discriminación sexista hacia los hombres, que aunque dicho colectivo esté en una posición aventajada frente a las mujeres, no podemos negar que el sexismo también les perjudica a ellos, aunque en menor grado. Finalmente, desde la profesión de psicólogos y otros profesionales de la salud, sería bueno indagar de qué forma está presente la discriminación de género y cómo afecta eso en el tipo de intervenciones.

REFERENCIAS

- Agudelo, D.M., Casadiegos, C.P. y Sánchez, D.L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39. Recuperado de: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/issue/view/58>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesleyall
- Angell, M. L. (2005). Race, sex roles, and sexuality. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 65(8-B), 4335.
- Arenas, L. (2013). Sexismo en adolescentes y su implicación en la violencia de género. *Boletín criminológico* (144). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4371686>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)* Arlington. VA: American Psychiatric Publishing
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cárdenas, M., Lay, S., González, C., Calderón, C. y Alegría, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Salud y Sociedad*, 1 (2), 125-135. Recuperado de: <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/19/31>
- Clay, D., Vignoles, V.L. & Dittmar, H. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *Journal of Research on Adolescence*, 15 (4), 451-477. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2005.00107.x
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. y Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(2), 151-159. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>
- Eclipse Soluciones (2013). Estudio descriptivo sobre los pacientes que acuden a la consulta de psicología privada. Recuperado de <http://www.eclipsesoluciones.es>
- Expósito, F., Moya, M.C. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169. Recuperado de: <http://www.uv.es/~friasnav/LecturaComp11.pdf>
- Fidalgo, N. y Valle, L. (2015). Relaciones amorosas y violencia de género. *TSDIFUSIÓN*, 107, 19-24. Recuperado de: http://www.tsdifusion.es/revistas_publicadas_TSD107.php
- Field, A. P. (2006). The behavioral inhibition system and the verbal information pathway to children's fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 742 – 752. DOI: 10.1037/0021-843X.115.4.742

- Fischer, A. & Bolton, K. (2007). Perceived discrimination and women's psychological distress: The roles of collective and personal self-esteem. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 154-164. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.2.154>
- Forbes, G., Doroszewicz, K., Card, K. & Adams-Curtis, L. (2004). Association of the thin body ideal, ambivalent sexism, and self-esteem with body acceptance and the preferred body size of college women in Poland and the United States. *Sex Roles, 50*(5), 331-345. Doi: 10.1023/B:SERS.0000018889.14714.20
- Franzoi, S. L. (2001). Is female body esteem shaped by benevolent sexism? *Sex Roles, 44*, 177–188.
- Furnham, A., Badmin, N. & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 136* (6), 581-596. Doi: 10.1080/00223980209604820
- Garaigordobil, M. y Durá, A. (2006). Neosexismo en adolescentes de 14 a 17 años: relaciones con autoconcepto, autoestima, personalidad, psicopatología, problemas de conducta y habilidades sociales. *Clínica y Salud, 17*(2), 127-149
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2015). Relación entre actitudes sexistas y variables emocionales positivas y negativas. *Feminismo/s, 25*, 35-54. doi: 10.14198/fem.2015.25.03
- Glick, P. & Fiske, S.T. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(3), 491-512. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Glick, P., Fiske, S.T., Mladinic, A., Saiz, J.L., Abrams, D., Masser, B., Adetoun, B., Osagie, J.E., Akande, A., Alao, A., Brunner, A., Willemsen, T.M., Chipeta, K., Dardenne, B., Dijksterhuis, A., Wigboldus, D., Eckes, T., Six-Materna, I., Expósito, F., Moya, M., Foddy, M., Kim, H., Lameiras, M., Sotelo, M.J., Mucchi-Faina, A., Romani, M., Sakalh, N., Udegbe, B., Yamamoto, M., Ui, M., Ferreira, M.C. & López, W. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(5), 763-775. Doi: 10.1037//0022-3514.79.5.763
- Glick, P., Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2002): Education and religiosity as predictors of ambivalently sexist attitudes. *Sex Roles, 47*(9-10), 433-441. Doi: 10.1023/A: 1021696209949
- Gómez-Ortiz, V. (2003). Relaciones del conflicto con el rol de género masculino y la actitud sexista con la violencia familiar, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de una muestra bogotana de hombres. *Suma Psicológica, 10*(1), 1-24. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4512193>.
- Good, G. & Wood, P. (1995). Male gender role conflict, depression, and help seeking: do college men face double jeopardy. *Journal of counseling and development: JCD, 74*(1), 70-75. Doi: 10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825.x

- Hammond, M. & Sibley, C. (2011). Why are Benevolent Sexists Happier? *Sex Roles*, 65, 332-343. Doi: 10.1007/s11199-011-0017-2
- Instituto de la Mujer. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (s.f.). Recuperado el 7 enero de 2016, de <http://www.inmujer.gob.es/>
- Jiménez-García, R., Luque-Budia, A., Delgado-Ríos, P., Rojo-Villalba, M., Ruiz-Veguilla, M., Aguado-Romeo, M.J., García-Sánchez, D., Paz-Rodríguez, J. I. y Moya-Morales, M. (2014). Evaluación del sexismo ambivalente en las y los profesionales de la red de salud mental de Andalucía. *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology*, 63-68. Recuperado de: http://www.aepc.es/psclinica_web/PROCEEDING/10.pdf
- Lameiras, M. y Rodríguez, Y.1 (2003). Evaluación del sexismo ambivalente en estudiantes gallegos/as. *Acción Psicológica*, 2(2), 131-136. Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.2.2.526>
- Lee, T. L., Fiske, S. T., Glick, P. & Chen, Z. (2010). Ambivalent sexism in close relationships: (hostile) power and (benevolent) romance shape relationship ideals. *Sex Roles*, 62(7-8), 583-601. Doi: 10.1007/s11199-010-9770-x
- Maeso, M. E., Salamanca, A. B., Sánchez, S. Gil, J.A., Amézcuca, A., y Ayuso, N. (2015). Nivel de sexismo ambivalente en estudiantes de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria de la ciudad de Madrid. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 2, 23-31. Recuperado de: <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/2224>
- Månsdotter, A., Nordenmark, M. y Hammarström, A. (2012). The importance of childhood and adulthood aspects of gendered life for adult mental ill-health symptoms – a 27-year follow-up of the Northern Swedish Cohort. *BMC Public Health*, 12,(493), 1-11. Doi: 10.1186/1471-2458-12-493
- Márquez, I., Poo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E. y Vega A. (2004) Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 37-61.
- Moradi, B. & Subich, L. (2003). A concomitant examination of the relations of perceived racist and sexist events to psychological distress for african american women. *The Counseling Psychologist*, 31(4), 451-469. Doi: 10.1177/0011000003031004007
- Moya, M. y Expósito, F. (2001). Nuevas formas, viejos intereses: neosexismo en varones españoles. *Psicothema*, 13(4), 643-649. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/492.pdf>
- Mundy, E., Weber, M., Rauch, S., Killgore, W., Simon, N., Pollack, M. & Rosso, I. (2015). Adult anxiety disorders in relation to trait anxiety and perceived stress in childhood. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*. 117(2), 473-489. Doi 10.2466/02.10.Pr0.117c17z6

- Murnen, S. & Smolak, L. (2009). Are feminist women protected from body image problems? A meta-analytic review of relevant research. *Sex Roles, 60*, 186–197. Doi: 10.1007/s11199-008-9523-2
- Napier, J. L., Thorisdottir, H., & Jost, J. T. (2010). The joy of sexism? A multinational investigation of hostile and benevolent justifications for gender inequality and their relations to subjective wellbeing. *Sex Roles, 62*. 405–419. Doi: 10.1007/s11199-009-9712-7
- O’Neil, J.M. (2011). The Psychology of Men. In E. Altmaier y J. Hansen (Eds.), *The Oxford Handbook of Counseling Psychology*, (pp. 375-408). New York, NY: Oxford University Press.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega-Dienstmaier, J.M. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuro-psiquiatría, 73*(1), 15-19. Doi: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v73i1.1651>
- Oswald, D., Franzoi, S. & Frost, K. (2012). Experiencing sexism and young women’s body esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(10), 1112-1137. Doi: 10.1521/jscp.2012.31.10.1112
- Pérez-Escoda, N. (2013). Variables predictivas de la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Comunicación presentada al XVI Congreso Nacional / II Internacional Modelos de Investigación Educativa de AIDIPE*. Alicante: Universidad de Barcelona, España
- Polo, C. (2014). La perspectiva de género en terapia familiar sistémica En A. Moreno (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Raguz, M. (2015). Relación entre sexismo ambivalente y violencia de pareja íntima según nivel educativo (tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ramírez, C.R., Álvarez, M., Prieto, G.V. & Otálvaro, F.T. (2012). Prevalence of depressive and anxious symptomatology in 14-18 years-old students from a private school in Medellin. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(3), 606-19. Doi: 10.1016/S0034-7450(14)60032-9.
- Rodríguez, Y. y Magalhães, M.J. (2013). El sexismo moderno en estudiantes universitarios/as portugueses/as. *Revista Interdisciplinar de Ciencias Sociales y Humanas, 1* (2), 113-121. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/259577652>
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M.V. y Faílde, J.M. (2009). Aproximación conceptual al sexismo ambivalente: Estado de la cuestión. *Summa Psicológica UST, 6*, 131-142. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113480>
- Rojas-Solís, J.L. y Carpintero, E. (2011). Sexismo y agresiones físicas, sexuales y verbales-emocionales, en relaciones de noviazgo de estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 9* (2), 541-564. Recuperado de: <https://www.researchgate.net>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, (14)*3, 249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Sanz, J., Vázquez, C., Vallar, F., de la Guía, E., y Hernández, A., (2011). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Pearson Educación.
- Sebastián J. (2001). Género, salud y psicoterapia. En M.J. Carrasco y A. García-Mina (Eds.), *Género y psicoterapia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Sebastián, A. (Coord.), Sánchez, M.F., Sutil, M.I., Boronat, J., Cadierno, D. y Octavio, L. (2006). La presencia de estereotipos de género en el sistema educativo como determinante del desarrollo personal y profesional (Estudio descriptivo). Madrid: Dykinson.
- Shepard, D. (2002). A negative state of mind: Patterns of depressive symptoms among men with high gender role conflict. *Psychology of Men & Masculinity, 3*(1), 3-8. <http://dx.doi.org/10.1037/1524-9220.3.1.3>
- Sheperd, M., Erchull, M.J., Rosner, A., Taubenberger, L., Forsyth, E. & McKee, J. (2011). "I'll get that for you": the relationship between benevolent sexism and body self-perceptions. *Sex Roles, 64*, 1-8. DOI 10.1007/s11199-010-9859-2
- Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P., Gutiérrez-Quintanilla, R., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2010). Factors associated with rape-supportive attitudes: Sociodemographic variables, aggressive personality, and sexist attitudes. *Spanish Journal of Psychology, 13*, (1), 202-209. Doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600003784>
- Spence, J., Losoff, M. & Robbins, A. (1991). Sexually aggressive tactics in dating relationships: Personality and attitudinal correlates. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*(3) 289-304. Doi: 10.1521/jscp.1991.10.3.289
- Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. y Lushene (1982). *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Zamarripa, M., Wampold, B. & Gregory, E. (2003). Male gender role conflict, depression, and anxiety: Clarification and generalizability to women. *Journal of Counseling Psychology, 50*(3), 333-338. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.333>
- Zawisza, M., Luyt, R. & Zawadzka, A.M. (2015). Societies in transition: are they more sexist? A comparison between Polish, South African and British samples. *Journal of Gender Studies, 24* (1), 38-55. Doi: 10.1080/09589236.2013.803952.