



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y CONCEPCIÓN PERSONAL  
DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE  
HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES**

Autor: Jorge Palomo de Sotto  
Directora Profesional: Lara Kehrmann Irisarri  
Tutora Metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid  
Abril, 2016



**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y CONCEPCIÓN PERSONAL DE LOS  
ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE HOMOSEXUALES  
Y HETEROSEXUALES**

Jorge

Palomo

De Sotto

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar las diferencias en la manifestación de síntomas de ansiedad en función del género, la orientación sexual y la concepción personal de los estereotipos de género actuales. Método. En el estudio participaron 159 sujetos con edades comprendidas entre los 20 y 69 años y con nacionalidad española,, los cuales se dividieron en función del género y la orientación sexual (hombres heterosexuales, hombres homosexuales, mujeres heterosexuales y mujeres homosexuales). Los participantes cumplieron unos cuestionarios en los que se encontraban la Escala de Auto-asignación de Estereotipos de Género y el Inventario de Ansiedad de Beck. Resultados. Los resultados muestran que no existen diferencias en la sintomatología ansiosa teniendo en cuenta el género, pero sí con respecto a la orientación sexual. Se encuentran la existencia de diferencias en la concepción personal de los estereotipos de género masculinos y femeninos en función de la orientación sexual y el género. Sin embargo, no se obtienen resultados congruentes en relación a la sintomatología ansiosa y los estereotipos de género. Discusión. A pesar de las limitaciones del estudio, éste, amplía el conocimiento sobre la sintomatología ansiosa en población española homosexual y heterosexual, así como su relación con la concepción personal de los estereotipos de género actuales.

**Palabras claves:** género, homosexualidad, heterosexualidad, sintomatología ansiosa, estereotipos de género.

## ABSTRACT

The objective of this research is to examine differences in the manifestation of anxiety symptoms based on gender, sexual orientation and personal conception of current gender stereotypes. Method. The study included 159 subjects aged between 20 and 69 years and Spanish nationality, who were divided by gender and sexual orientation (heterosexual men, homosexual men, heterosexual women and homosexual women). Participants completed questionnaires in which Scale Auto-allocation of Gender Stereotypes and the Beck Anxiety Inventory. Results. The results show that there are no differences in anxiety symptoms taking into account gender, but with regard to sexual orientation. the existence of differences are in the personal conception of male and female stereotypes gender based on sexual orientation and gender. However, no consistent results are obtained in relation to anxiety symptoms and gender stereotypes. Discussion. Despite the study's limitations, this, extensive knowledge of anxiety symptoms in Spanish homosexual and heterosexual population as well as its relationship with personal conception of current gender stereotypes.

**Key words:** gender, homosexuality, heterosexuality, anxiety symptoms, gender stereotypes.

La ansiedad es definida como una anticipación de un daño, acompañada de síntomas físicos y, una sensación desagradable de aprensión, preocupación y miedo (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; Neborsky y Lewis, 2011).

La ansiedad es experimentada por todos los seres humanos y presenta un valor adaptativo, ayudando a explorar el peligro y el medio ambiente en el que se encuentra la persona (Neborsky y Lewis, 2011). Así mismo, la ansiedad se debe entender como una sensación o un estado emocional normal ante situaciones específicas, dándose como una respuesta habitual a situaciones cotidianas estresantes. De este modo, se señala la necesidad de mostrar un cierto nivel de ansiedad para enfrentarse a las amenazas y peligros ambientales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Sin embargo, cuando aparecen síntomas propios de la ansiedad ante estímulos que no representan una amenaza o, se presentan de manera constante y con una intensidad elevada, la ansiedad se vuelve problemática apareciendo consecuencias negativas en la salud mental de las personas que la sufren (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; Neborsky y Lewis, 2011).

Esta manifestación de la sintomatología ansiosa se basa en la Teoría de los Tres Sistemas de Respuesta propuesta por Lang (1968). Mediante esta teoría, se introduce una nueva concepción de la ansiedad como un constructo multidimensional que tiene componentes a nivel cognitivo, fisiológico y conductual (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002).

a. Síntomas a nivel cognitivo: se incluyen imágenes o pensamientos muy específicos tales como, pensamientos o sentimientos de miedo a la pérdida de control, preocupaciones, temor o amenaza, anticipaciones catastróficas de un problema, aprensión y dificultad para concentrarse.

b. Síntomas fisiológicos: asociado con un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso somático y de la actividad neuroendocrina del sistema nervioso central. Se manifiesta mediante palpitations/taquicardias, dificultades para respirar, sudoración excesiva, sensación de agobio, mareo/inestabilidad, tensión muscular y temblores.

c. Síntomas a nivel motor/conductual: el incremento de las respuestas fisiológicas y cognitivas producen cambios importantes a nivel conductual (Barlow, 2002; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en

Atención Primaria, 2008; Harvard Mental Health, 2005; Neborsky y Lewis, 2011).

En la investigación realizada por Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) dividen los síntomas a nivel motor/conductual en respuestas directas –tics, temblores, tartamudeo e inquietud motora– e, indirectas (conductas de evitación o escape).

Si bien no se conocen datos acerca de la prevalencia de sintomatología ansiosa en población general española, datos recogidos en 2008 encuentran que entre el 10-20% de la población general presenta un trastorno de ansiedad. De este modo, los trastornos de ansiedad se sitúan como uno de los más frecuentes en la sociedad española (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

En relación al género, se muestran diferencias acerca de la prevalencia del trastorno de ansiedad. La prevalencia en el grupo de mujeres en cuanto a la manifestación del trastorno de ansiedad es el doble que en el grupo de hombres (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor y Butterworth, 2008; Mina, Jabeen, Singh y Verma, 2015; Noël, Lewis, Francis y Mezo, 2013). Así mismo, Stewart, Taylor y Baker (1997) informan que las mujeres tienden a manifestar, en mayor medida, aspectos físicos de la ansiedad; mientras que la manifestación del componente psicológico es similar entre hombres y mujeres. Además, las mujeres con menor asertividad y autoestima tienen niveles más altos de ansiedad que los hombres (Leach et al., 2008).

La orientación sexual se define como un concepto que incluye tres dimensiones de la sexualidad humana: la identidad sexual, la atracción o deseo sexual y, el comportamiento sexual (Priebe y Svedin, 2013). De este modo, Savin-Williams (1995, p.982) describe la orientación sexual como *“el sentido de uno mismo como un ser sexual, ajustado a una de las categorías generadas y, asumiendo sus fantasías sexuales, atracciones y comportamientos”*.

Parker (2007) y, Priebe y Svedin (2013) señalan que la orientación sexual recoge cuatro categorías: la heterosexualidad, la homosexualidad, la bisexualidad y la asexualidad. Todos los seres humanos nos reconocemos dentro de alguna de estas cuatro orientaciones sexuales especificadas. Del mismo modo, Storm (1980) propone un modelo bidimensional (homosexualidad-heterosexualidad) de la orientación sexual, en el que se incluyen las cuatro categorías:

- Heterosexuales: alto grado de heterosexualidad, bajo grado de homosexualidad.
- Homosexuales: bajo grado de heterosexualidad, alto grado de homosexualidad.
- Bisexuales: alto grado de heterosexualidad y homosexualidad.
- Asexuales: bajo grado de heterosexualidad y homosexualidad.

La homosexualidad, a lo largo de la historia, se ha considerado desde diferentes visiones. El Doctor Krafft-Ebing, pionero en aportar una definición en el año 1893, consideraba al homosexual como: “*alguien que desea a un miembro del mismo sexo*” (citado en Levy, 2009, p.980). Casi un siglo más tarde, Altman (1971, p.981) introducía una nueva definición siendo la persona con una orientación homosexual “*alguien que participa en los actos sexuales con otro individuo de su sexo*”. De este modo, la definición de la homosexualidad ha evolucionado desde un simple deseo hacia personas del mismo sexo, incluyendo únicamente las dimensiones de identidad sexual y atracción sexual, hacia un constructo más completo e integrado de la sexualidad.

La heterosexualidad es definida como la identidad, atracción y comportamiento sexual con miembros del sexo opuesto (Priebe y Svedin, 2013).

En el modelo propuesto por Meyer (2003) se identifica el pertenecer a una minoría sexual como un factor negativo para la salud mental de los individuos de este grupo de la sociedad. En relación con ello, estudios realizados con población homosexual obtienen niveles más altos de síntomas psicológicos, frecuentes problemas de salud psicosocial y mental y, resultados más pobres en salud mental (Fingerhut, Peplau y Gable, 2010; King y Nazareth, 2006; Sivasubramanian et al., 2011). Ueno (2005) encuentra que el 27% de las variables interpersonales –tales como: bajo apoyo social, ocultamiento de la orientación sexual o, burlas e insultos por definirse como homosexual- explican la aparición de los trastornos psicológicos en la población homosexual.

Si tenemos en cuenta la orientación sexual, los trastornos de ansiedad se encuentran como los predominantes en la población homosexual (Chen y Tryon, 2012; Fingerhut et al. 2010; King y Nazareth, 2006). Meyer (2003) concluye que la probabilidad de padecer trastornos psicológicos, en relación con los trastornos de ansiedad, era dos veces mayor en el grupo de homosexuales que en las personas con una orientación heterosexual.

King et al. (2008) y, Chakraborty, McManus, Brugha, Bebbington y King (2011) hallan que, en comparación con la población heterosexual, las personas homosexuales tienen un mayor riesgo de manifestar sintomatología ansiosa, presentando una probabilidad alrededor del 1,5

mayor en ambos estudios. En la investigación realizada por Longo, Walls y Wisneski (2013) se obtiene que el 72,8% de la muestra ha experimentado síntomas de ansiedad a lo largo del último año. Es por ello que, Page, Lindahl y Malik (2013) informa de un aumento de las consultas médicas por la manifestación de sintomatología ansiosa en las personas gays y lesbianas. De este modo, la población homosexual se relaciona con un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad que la población heterosexual (King et al., 2008).

En Bostwick, Boyd, Hughes y Esteban (2010) se pone de relieve una diferencia significativa en la prevalencia de los trastornos mentales, teniendo en cuenta la orientación sexual. Las mujeres heterosexuales presentan dos veces más probabilidad de manifestar síntomas asociados con la ansiedad en comparación con el grupo de mujeres homosexuales. Sin embargo, a diferencia con el grupo de mujeres, los hombres con una orientación homosexual obtienen tasas mayores de prevalencia de sintomatología ansiosa que los hombres heterosexuales. En relación con ello, en el estudio realizado por Pachankis y Goldfried (2006) demuestra una mayor presencia de sintomatología ansiosa en los estudiantes universitarios homosexuales en comparación con la muestra de estudiantes universitarios heterosexuales.

Así mismo, en Bostwick et al. (2010) se obtiene que los hombres homosexuales presentan el mayor riesgo de manifestar síntomas de ansiedad en comparación con los hombres heterosexuales, mujeres heterosexuales y mujeres homosexuales. De este modo, en esta investigación no solo se indican diferencias de prevalencia de sintomatología ansiosa entre hombres y mujeres, sino además una gran influencia de la orientación sexual en su aparición.

Actualmente, todavía es presente una influencia de la heterosexualidad en la sociedad, destacando la ardua tarea a la que se tienen que enfrentar los homosexuales para desarrollar una orientación sexual sana y completa, en contra de los valores creados en una sociedad claramente marcada como heteronormativa (Morrow y Messinger, 2006).

De este modo, la concepción de un comportamiento estereotipado heteronormativo dentro de la sociedad y la cultura afectan negativamente al grupo de gays y lesbianas (Pachankis, Goldfried y Ramrattan, 2008).

Los estereotipos de género son definidos como las características o atributos propios otorgados a los hombres y mujeres, en función de la cultura y la sociedad de un determinado país (Moya, 2003; Ottati y Lee, 1995). De este modo, Castillo y Montes (2007) y, López-Sáez (2008) señalan el matiz de generalización y asignación diferencial de pertenecer a un grupo determinado por el simple hecho de poseer unas características personales.

El contenido acerca de las características incluidas en los estereotipos de género se observa desde una visión multifacética (Castillo, 2011). De este modo, Castillo y Montes (2007) considera los rasgos de personalidad, los rasgos físicos, las habilidades, los roles, las ocupaciones y las orientaciones generales como elementos propios en la concepción de los estereotipos de género.

Dentro de los rasgos de personalidad, se asocia la presencia de rasgos como la competitividad, la asertividad, la orientación al logro, la agresividad o el valor a los hombres. En cambio, atributos como la emocionalidad, la preocupación por los demás, la orientación hacia los demás, la sensibilidad o el afecto se relaciona en mayor medida con el grupo de mujeres (Castillo, 2011; López-Zafra y García-Retamero 2012).

Bakan (1966) propone dos dimensiones a tener en cuenta para diferenciar las características de personalidad típicas de cada género: agente (“agency”) y comunión o comunalidad (“communion”). Mientras que la dimensión agente considera a la propia persona como un ser autónomo y centrado en sí mismo, la dimensión de comunión implica una mayor atención en los demás y en las relaciones sociales. López-Zafra y García-Retamero (2012) añade el hecho de que la dimensión agente se define como control y dominio mientras que, la dimensión de comunión abarca el compartir las emociones y los pensamientos entre unos y otros.

De este modo, la mayor proporción de hombres en posiciones de liderazgo y de dominio fomenta la creencia de que los hombres están más arraigados en la dimensión agente. Así mismo, la creencia acerca de la mujer como figura de apoyo social, atentas y amables, las relacionan en mayor medida con la dimensión de comunión (López-Zafra y García-Retamero, 2011).

En la investigación de Blashill y Powlishta (2009) se asocia la masculinidad con poseer rasgos instrumentales (autonomía, dominio, asertividad, etc.) y la feminidad se define con rasgos más característicos del ámbito expresivo (empatía, cuidado, sensibilidad, etc.).

Actualmente, en la sociedad española continúan existiendo ciertos estereotipos de género asignados diferencialmente a las mujeres y a los hombres. Castillo y Montes (2007) hallan la existencia de algunos estereotipos asignados tradicionalmente a la mujeres: sensibles, cariñosas o el pensamiento de que las relaciones sociales tienen una suma importancia. Y otros nuevos tales como: saludables, desquiciadas o amables. En cuanto a los hombres, también hallan una asignación tradicional de ciertos estereotipos y la presencia de nuevas características personales. Entre los estereotipos tradicionales se encuentran fríos, optimistas y buenos conductores;

añadiéndose tranquilos, imprudentes o liberados como nuevos rasgos personales.

En un estudio más reciente, Castillo (2011) encuentra una reasignación de algunos estereotipos siendo otorgados al género opuesto: inteligentes y racionales para las mujeres e, incompletos y pasivos para los hombres. No obstante, siguen prevaleciendo ciertos estereotipos tradicionales para cada grupo tales como, las mujeres deben ser sumisas, dulces o emocionales y, los hombres como egoístas, fuertes físicamente y valientes.

En López-Zafra y García-Retamero (2012) se obtiene un aspecto dinámico y estático de los estereotipos de género según la asignación al grupo de hombres y al grupo de mujeres. Es decir, mientras que las mujeres son percibidas con mayores características tradicionalmente consideradas como masculinas –dimensión agente-, los hombres continúan siendo percibidos únicamente con características tradicionalmente masculinas. De este modo, López-Zafra y García-Retamero (2011) señala un mayor estancamiento acerca de los estereotipos de género asignado a los hombres que a las mujeres.

Desde la teoría de la inversión de género propuesta por Freud (citado en Blashill y Powlishta, 2009; Wright y Canetto, 2009) se concibe a las personas homosexuales como poseedores de estereotipos característicos del género contrario. Por lo cual, según la percepción social, los gays se relacionan en mayor medida con los estereotipos propios de las mujeres heterosexuales mientras que, las lesbianas son asociadas con las características asignadas a los hombres heterosexuales. En relación con ello, Wright y Canetto (2009) demuestra una gran influencia de la orientación sexual en la percepción social y asignación de los estereotipos de género.

Numerosos estudios realizados demuestran resultados variados acerca de la concepción de los estereotipos de género propios del grupo de gays y lesbianas por parte de la sociedad. Blashill y Powlishta (2009) demuestra que los homosexuales son vistos como más característicos del género contrario que las personas heterosexuales. De este modo, Boysen et al. (2006); Wright y Canetto (2009); y López-Zafra y García-Retamero (2011, 2012) encuentran que las lesbianas son percibidas como más masculinas que las mujeres heterosexuales, al igual que los gays se consideran que presentan una mayor relación con los estereotipos femeninos que los hombres heterosexuales. En la misma línea, Wright y Canetto (2009) señala la creencia de que un comportamiento más femenino por parte de los hombres aumenta la probabilidad de asignarles características propias de las mujeres.

Así mismo, en la actualidad, López-Zafra y García-Retamero (2011) perciben un mayor

aumento de las características masculinas agenciales en el grupo de mujeres en proporción con la asignación de características femeninas comunales en el grupo de hombres.

En cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género, Cadinu, Galdi y Maass (2013) halla que el entorno social y las señales ambientales influyen en la autoasignación de estos estereotipos de género. Especialmente, en el grupo de homosexuales, cuando se encuentran en ambiente homosexual- discotecas gays o zonas específicamente homosexuales situadas en las ciudades- y pueden mostrar más visiblemente su orientación sexual, se estereotipan a sí mismos como más poseedores de características del género contrario. Sin embargo, Blashill y Powlishta (2009) encuentran que los gays tienden a describirse igual de masculinos pero con mayores niveles de características femeninas que los hombres heterosexuales; mientras que las lesbianas se asignan a ellas mismas igual de rasgos femeninos que las mujeres heterosexuales pero, mayores puntuaciones de masculinidad que sus iguales heterosexuales.

Esta concepción de los estereotipos de género, tanto a nivel personal como social, trae consigo una serie de consecuencias negativas y un sentimiento de vulnerabilidad ante el hecho de tener que confirmar y autoasignarse con estas características personales en función del género (Bingham,, Harawa y Williams, 2013; Lu, Fen, Yu, Tian, Hong y Zheng, 2015). Especialmente, cuando socialmente debes confirmar un estereotipo perteneciente a tu propio género, con el cual no te sientes identificado, conduce con mayor probabilidad a la sintomatología ansiosa (Lu et al., 2015; Pavlova, Weber, Simoes y Sokolov, 2014).

El estudio realizado por Bem (1981) señala la fuerte asociación entre la aparición de ansiedad y poseer un estereotipo de género femenino. De este modo, Palapattu, Kingery y Ginsburg (2006) obtiene que la población con unos estereotipos más femeninos se relacionan más positivamente con la sintomatología ansiosa que la población con características más masculinas. De este modo, se encuentra que las mujeres y los hombres con puntuaciones más altas en rasgos femeninos presentan niveles más altos de sintomatología ansiosa. Así mismo, Palapattu et al. (2006) y, Lippa (2008) hallan que los hombres homosexuales descritos con estereotipos más femeninos que masculinos se asocian con mayores niveles de sintomatología ansiosa.

En cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género, Lippa (2008) demuestra que la no conformidad de la persona, sea hombre o mujer, con los estereotipos tradicionalmente asignados con su propio género se relaciona significativamente con la sintomatología ansiosa. En esta misma investigación, se encuentra que una menor concepción personal con las propias

características del propio género se correlaciona con niveles más altos en ansiedad en hombres que en mujeres. Así mismo, se halla que la población homosexual muestra niveles más altos de no conformidad que los heterosexuales, lo cual nos indica mayor sintomatología ansiosa en homosexuales que en el grupo de heterosexuales.

Al tener en cuenta únicamente a la población homosexual, Skidmore, Linsenmeier y Bailey (2006) encuentran que la relación entre la no conformidad con los estereotipos de género y la ansiedad psicológica era mayor en hombres homosexuales que en las lesbianas.

Puede observarse la influencia de los estereotipos de género en la aparición de efectos negativos en el ámbito emocional y conductual de las personas, siendo más probable está presencia de consecuencias negativas cuando no son aprobados estos estereotipos de género por la propia persona (Castillo, 2011). En la misma línea, Boysen, Fisher, Dejesus, Vogel y Madon (2011) señalan la posibilidad de que la concepción personal de los estereotipos de género juegue un papel fundamental en la aparición de ciertos trastornos mentales, tales como los trastornos de ansiedad. Así mismo, en Pavlova et al. (2014) también se demuestra que estos estereotipos de género afectan de manera diferencial a los hombres y mujeres.

La concepción de los estereotipos de género afectan, como ya se ha observado, de manera negativa en la población en general, especialmente a las personas pertenecientes al grupo de homosexuales. Es el resto de la población quienes les asignan características personales propias del género opuesto, siendo los hombres homosexuales asociados con mayores características femeninas y, viceversa (Boysen et al., 2006; Palapattu et al., 2006). Ello contribuye a un mayor riesgo de sufrir sintomatología ansiosa en esta minoría sexual, especialmente en los hombres homosexuales debido a que se les atribuyen estereotipos femeninos (Palapattu et al., 2006; Pavlova et al., 2014).

Sin embargo, todavía existen pocos datos en España sobre la implicación de cómo se conciben personalmente los homosexuales acerca de los estereotipos de género y su influencia en la manifestación de sintomatología ansiosa. Así mismo, la mayoría de estudios encontrados en relación con el tema son de habla no castellana y realizados fuera de España.

De este modo, mediante este estudio se proporcionan datos sobre la concepción personal de los estereotipos de género actuales existentes en España y la manifestación de los síntomas de ansiedad en una parte de la población, cada vez más visible, como es la homosexualidad. Además, mediante esta investigación se introduce cómo todavía se exige, a la población española, cumplir los comportamientos y actitudes asignados a cada uno de los géneros. Ello es

reflejado, especialmente, en el grupo de las personas identificadas con una orientación homosexual.

El objetivo de esta investigación es diferenciar la sintomatología ansiosa entre hombres y mujeres en función de la concepción personal de los estereotipos de género actuales y la orientación sexual (homosexuales y heterosexuales). Basándome en los resultados obtenidos en los estudios previos, las hipótesis a contrastar en esta investigación son:

- Hipótesis 1: las mujeres presentan mayor prevalencia de sintomatología ansiosa que el grupo de hombres. Por lo tanto, se espera encontrar diferencias en relación a la presencia de sintomatología ansiosa en función de ser hombre o mujer.
- Hipótesis 2: las personas con una orientación homosexual presentan una mayor probabilidad de manifestar síntomas de ansiedad. Es por ello que, se espera encontrar diferencias en relación a la presencia de sintomatología ansiosa en función de ser heterosexual u homosexual.
- Hipótesis 3: la población identificada como homosexual demuestra una mayor autoasignación con los estereotipos de género contrarios que en el grupo de heterosexuales. De este modo, podrían encontrarse diferencias en cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género según la orientación sexual (heterosexual y homosexual) y el género (hombre o mujer).
- Hipótesis 4: los hombres homosexuales con una concepción personal más identificada con los estereotipos de género femenino presentan mayores niveles de sintomatología ansiosa. Es por ello que, se espera encontrar diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la sintomatología ansiosa según la concepción personal de los estereotipos de género y su orientación sexual (heterosexual y homosexual).

## **MÉTODO**

### *Participantes*

El total de participantes reclutados fue de 159 adultos, de los cuales se excluyeron 5 sujetos (3,14%) por identificarse con una orientación sexual “otros (bisexual, asexual)”. La muestra final estuvo compuesta por 154 adultos, de la cual 73 fueron hombres (47,40%) y 81 fueron mujeres (52,60%). Así mismo, 82 sujetos se definieron con una orientación heterosexual (53,25%) y 72 participantes se definieron con una orientación homosexual (46,75%).

Entre los criterios de inclusión en la selección de la muestra se encontraban: tener definida la orientación sexual como heterosexual u homosexual, mayores de edad y con la nacionalidad

española. Entre los criterios de exclusión se encontraban: presentar una orientación sexual incluida en la categoría “otros (bisexuales, asexuales)”, menores de edad y no tener la nacionalidad española.

La muestra fue dividida en función del género y la orientación sexual, encontrando 33 hombres heterosexuales (20,75%), 40 hombres homosexuales (25,16%), 49 mujeres heterosexuales (30,82%) y 32 mujeres homosexuales (20,13%). La variable de orientación sexual dividió la muestra entre sujetos experimentales (homosexuales) y el grupo control (heterosexuales).

La edad media fue 34,42 ( $S= 13,97$ ;  $M_e= 27$ ;  $M_o= 23$ ). Todos los participantes del estudio presentaban la nacionalidad española en el momento de la recogida de los datos.

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo “bola de nieve”, reclutando nuevos sujetos entre sus conocidos los primeros participantes de la investigación. No se proporcionó ningún tipo de incentivo por participar en el estudio.

#### *Variables del estudio*

Dos variables independientes:

- Género: variable categórica nominal con dos niveles (hombre/ mujer).
- Orientación sexual: variable categórica nominal con dos niveles (heterosexual/ homosexual).

Dos variables dependientes:

- Estereotipos de género: variable categórica ordinal con dos niveles (estereotipos de género masculinos/ estereotipos de género femeninos).
- Nivel de sintomatología ansiosa: variable cuantitativa de intervalo discreta.

Otras variables:

- Edad: variable cuantitativa de intervalo continua.
- Nacionalidad española: variable categórica nominal con dos niveles (Sí/ No).

#### *Instrumentos*

Mediante autoinforme se evaluó los datos sociodemográficos, la concepción personal de los estereotipos de género y, la sintomatología ansiosa.

Para evaluar los datos sociodemográficos se realizó la recogida de los siguientes ítems: edad, sexo (Hombre/ Mujer), orientación sexual (Heterosexual/ Homosexual/ Otros (bisexual, asexual)) y, “¿Tienes la nacionalidad española?” (Sí/ No).

Para evaluar la concepción personal de los estereotipos de género se empleó la Escala de Auto-asignación de Estereotipos de Género (AEG; Castillo, 2011). Esta escala consta de 20 ítems que tienen la finalidad de evaluar el grado de auto-asignación a una lista de estereotipos de género. Está dividida en dos escalas: estereotipos de género femeninos y estereotipos de género masculinos. A su vez, la escala de estereotipos de género femeninos consta de dos subescalas (estereotipos de género femeninos positivos y estereotipos de género femeninos negativos) y, dos subescalas componen la escala de estereotipos de género masculinos (estereotipos de género masculinos positivos y estereotipos de género masculinos negativos). La prueba cuenta con cinco alternativas de respuesta tipo Likert puntuadas de 1 a 5 (en absoluto característico de mí 1; poco característico de mí 2; ni característico, ni no característico 3; bastante característico de mí 4 y; totalmente característico de mí 5). La consistencia interna obtenida fue  $\alpha = 0,40$  para los estereotipos femeninos positivos,  $\alpha = 0,63$  para los estereotipos femeninos negativos,  $\alpha = 0,30$  para los estereotipos masculinos positivos y,  $\alpha = 0,20$  para los estereotipos masculinos negativos.

Para la evaluación de la sintomatología ansiosa se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988, adaptación española de Sanz y Navarro, 2003). Inventario autoaplicado compuesto por 21 ítems que tiene como objetivo la evaluación de síntomas ansiosos en adultos. La prueba cuenta con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert puntuadas de 0 a 3 (en absoluto 0; levemente 1; moderadamente 2 y; severamente 3). La puntuación total obtenida oscila entre 0 y 63. Es una de las pruebas utilizadas para evaluar la existencia o severidad de síntomas de ansiedad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, obteniendo una alta validez y fiabilidad. La consistencia interna obtenida fue de  $\alpha = 0,93$ .

#### *Diseño utilizado*

Se utilizó un diseño empírico cuantitativo relacional de tipo transversal.

#### *Procedimiento*

Tras obtener la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas, de la tutora profesional Lara Kehrmann y de la tutora metodológica María Cortés, se procedió a la recogida de datos. Únicamente los participantes que cumplieron los criterios de inclusión fueron aceptados como parte de la muestra del estudio.

Para la recogida de los datos, se creó un cuestionario online a través de Formularios de Google. De este modo, se recogieron los datos en formato digital. Previamente a comenzar el cuestionario, se les explicó, de manera escrita, el objetivo de esta investigación, el tiempo empleado en cumplimentar el cuestionario y el carácter voluntario de su realización. Así mismo,

se les explicó la importancia de ser lo más sinceros posibles a la hora de responder y, se les garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos, siendo utilizados únicamente con fines académicos. Los instrumentos fueron dados de manera que los cumplimentarán en un orden concreto: en primer lugar, rellenaron el cuestionario sociodemográfico. A continuación, la Escala de Auto-asignación de Estereotipos de Género. Por último, cumplimentaron el Inventario de Ansiedad de Beck. No fue necesario ningún consentimiento informado escrito para poder cumplimentar el cuestionario online.

En el proceso de obtención de la muestra, el cuestionario fue difundido a través del correo electrónico y la aplicación de mensajería instantánea *Whatsapp*® a familiares y amigos. A su vez, los familiares y amigos aumentaron la difusión mediante ambas vías, el correo electrónico y la aplicación de mensajería instantánea *Whatsapp*®.

Los datos obtenidos comenzaron a recogerse el día 23 de Diciembre de 2015 y, se finalizó la recogida el día 20 de Febrero de 2016.

Se empleó el programa IBM SPSS Statistics 20 para Windows y el programa Microsoft Office Excel 2013 para realizar los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. Se tomó las muestras obtenidas, en función de la orientación sexual y el género, para realizar las comparaciones y diferencias entre ellos. Mediante la realización de t de Student para muestras independientes y ANOVAs de dos y tres factores, se compararon los resultados obtenidos en las variables dependientes (estereotipos de género y sintomatología ansiosa).

En último lugar, para diferenciar la sintomatología ansiosa entre hombres y mujeres en cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género y su orientación sexual, y realizar los análisis estadísticos, fueron creadas dos nuevas variables. En primer lugar, se creó la variable estereotipos de género generales con cuatro niveles: alto en estereotipos de género femenino- bajo en estereotipos de género masculino; bajo en estereotipos de género femenino- alto en estereotipos de género masculino; bajo en estereotipos de género femenino- bajo en estereotipos de género masculino y; alto en estereotipos de género femenino- alto en estereotipos de género masculino. Para la creación de esta variable, se tuvo en cuenta las puntuaciones obtenidas en estereotipos de género femeninos y estereotipos de género masculinos. Se consideró alto en un determinado estereotipo de género cuando la puntuación obtenida era superior a 29 mientras que, se seleccionó como bajo en un determinado estereotipo de género cuando la puntuación era inferior a 29. El punto de corte se situó en 29 ya que, fueron 9 puntos más a la puntuación media que se puede obtener (20) al cumplimentar la Escala de Auto-asignación de Estereotipos de Género (AEG; Castillo, 2011).

La segunda variable generada, identificación con el propio estereotipo de género, fue creada teniendo en cuenta solamente los sujetos recogidos en el nivel “alto en estereotipos de género femenino- bajo en estereotipos de género masculino”. Debido a la falta de un número considerable de sujetos en el nivel “bajo en estereotipos de género femeninos- alto en estereotipos de género masculinos”, únicamente pudo ser utilizado el primer nivel que se ha nombrado. Tras ello, los participantes se dividieron en dos niveles, prestando atención al género (hombre/ mujer): mismo/ identificación con el propio estereotipo de género y, contrario/ no identificación con el propio estereotipo de género.

## RESULTADOS

Se ha utilizado un nivel de confianza del 95% en todos los análisis estadísticos. En la Tabla 1 se presentan los datos obtenidos en las variables sociodemográficas.

	<b>Hombres N= 74</b>	<b>Mujeres N=85</b>
<b>Edad (Media)</b>	36,18	32,89
<b>Nacionalidad española</b>	74 (46,84%)	85 (53,16%)
<b>Orientación sexual</b>		
<b>Heterosexuales</b>	33 (20,89%)	49 (31,01%)
<b>Homosexuales</b>	40 (25,32%)	32 (20,25%)
<b>Otros (bisexual, asexual)</b>	1 (0,63%)	3 (1,90%)

**Tabla 1. Variables sociodemográficas.**

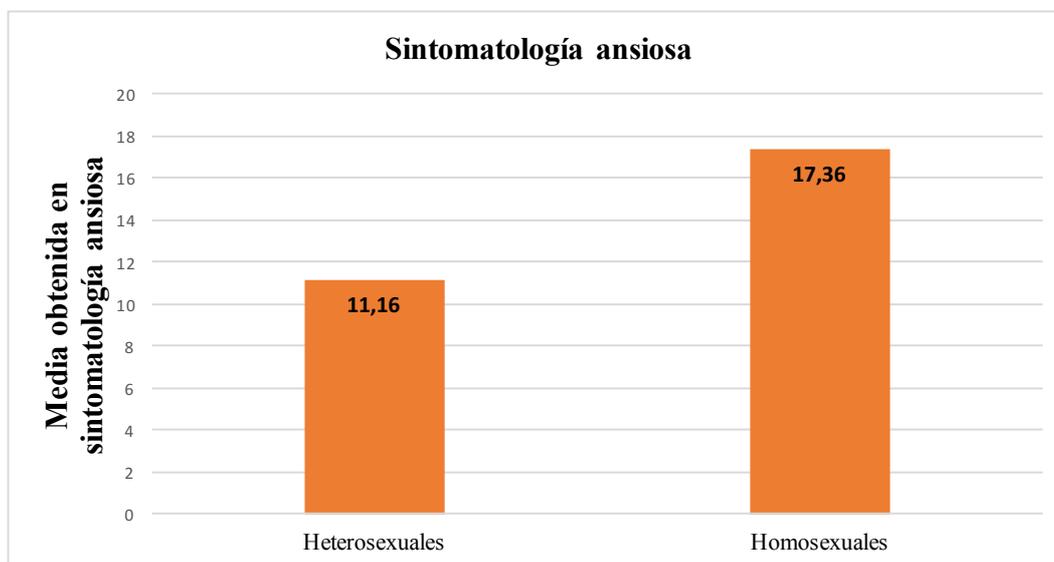
### *Sintomatología ansiosa en función del género*

Se ha realizado una prueba t de Student para muestras independientes para comprobar si existen diferencias en la presencia de sintomatología ansiosa en función de ser hombre o mujer. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología ansiosa que presentan los hombres y las mujeres.

### *Sintomatología ansiosa en función de la orientación sexual*

Se ha realizado una prueba t de Student para muestras independientes para comprobar si existen diferencias en los niveles de sintomatología ansiosa según la orientación sexual (heterosexual u homosexual). Se ha eliminado el nivel 3, “Otros (bisexuales, asexuales)”, de la variable orientación sexual. De este modo, la variable independiente de la hipótesis, orientación sexual, presenta dos niveles.

Los resultados encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología ansiosa que presentan los heterosexuales y los homosexuales ( $t(152) = -3,48$ ;  $p = 0,001$ ) (Ver Figura 1).



**Figura 1. Sintomatología ansiosa y orientación sexual.**

#### *Concepción personal de los estereotipos de género en función de la orientación sexual y el género*

Se ha realizado un ANOVA de dos factores para comprobar si existen diferencias en la concepción de los estereotipos (femeninos y masculinos) en función de ser heterosexual u homosexual y, hombre o mujer. En la variable orientación sexual, se ha eliminado el nivel 3, “Otros (bisexuales, asexuales)”, quedando dos niveles.

En cuanto a la variable orientación sexual, los resultados mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas en la concepción personal de los estereotipos de género femeninos en función de ser heterosexual u homosexual ( $F(1,150) = 23,28$ ;  $p < 0,001$ ).

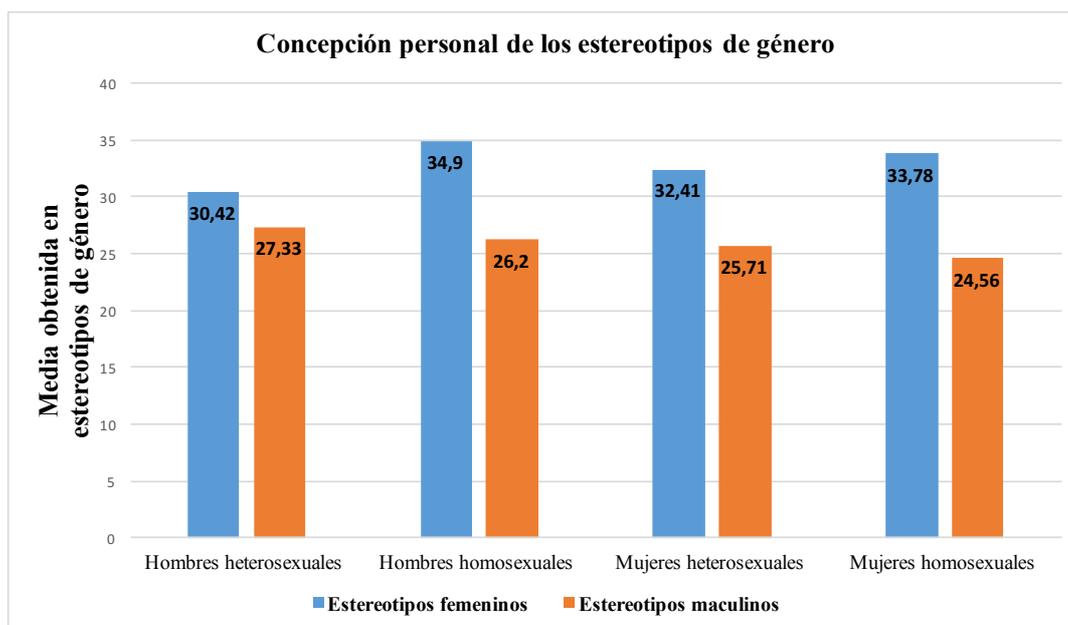
Así mismo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la concepción personal de los estereotipos de género masculinos según ser heterosexual u homosexual ( $F(1,150) = 4,20$ ;  $p = 0,042$ ) (Ver Figura 2).

En relación con la variable género, los resultados mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas entre la concepción personal de los estereotipos de género masculino y, ser hombre o mujer ( $F(1,150) = 8,53$ ;  $p = 0,004$ ).

Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la concepción personal de los estereotipos de género femeninos según ser hombre o mujer (Ver Figura 2).

Teniendo en cuenta ambas variables independientes, la orientación sexual y el género, se ha encontrado interacción en la concepción personal de los estereotipos de género femeninos en función de presentar una orientación heterosexual u homosexual y, ser hombre o mujer ( $F(1,150)= 6,55; p= 0,011$ ).

Los resultados mostraron que no existe interacción en función de la orientación sexual (heterosexual u homosexual) y ser hombre o mujer, en cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género masculinos (Ver Figura 2).

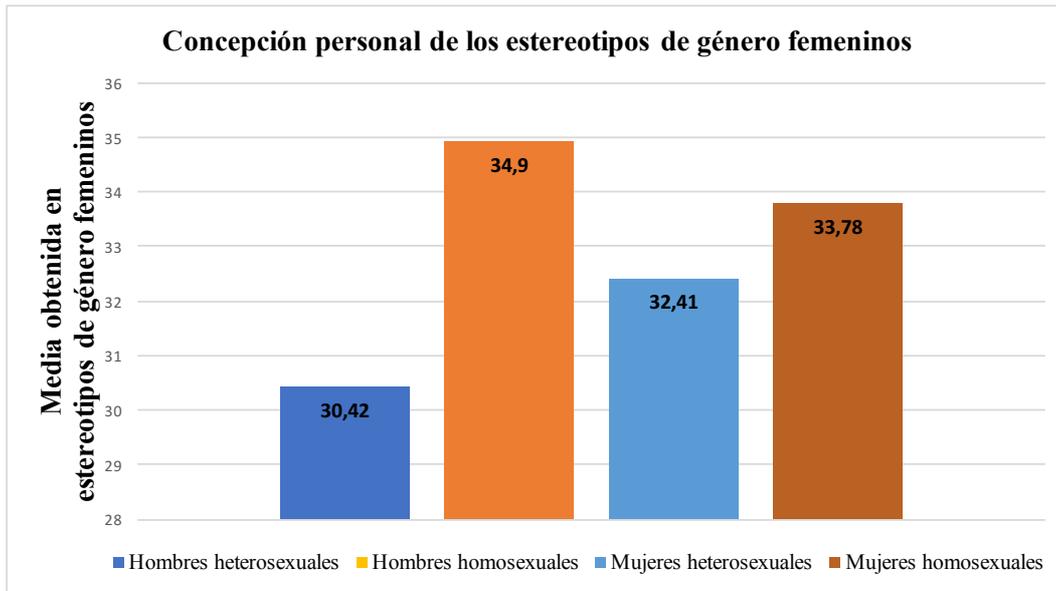


**Figura 2. Estereotipos de género, género y orientación sexual.**

Para conocer la interacción producida entre el género, la orientación sexual y la concepción personal de cada uno de los estereotipos de género (femeninos y masculinos), se han realizado cuatro t de Student para muestras independientes comparando las variables independientes por niveles.

#### a. **Orientación sexual**

En cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género femeninos, los resultados mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de heterosexuales ( $t(71)= -5,09; p < 0,001$ ). No obstante, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el grupo de homosexuales (Ver Figura 3).



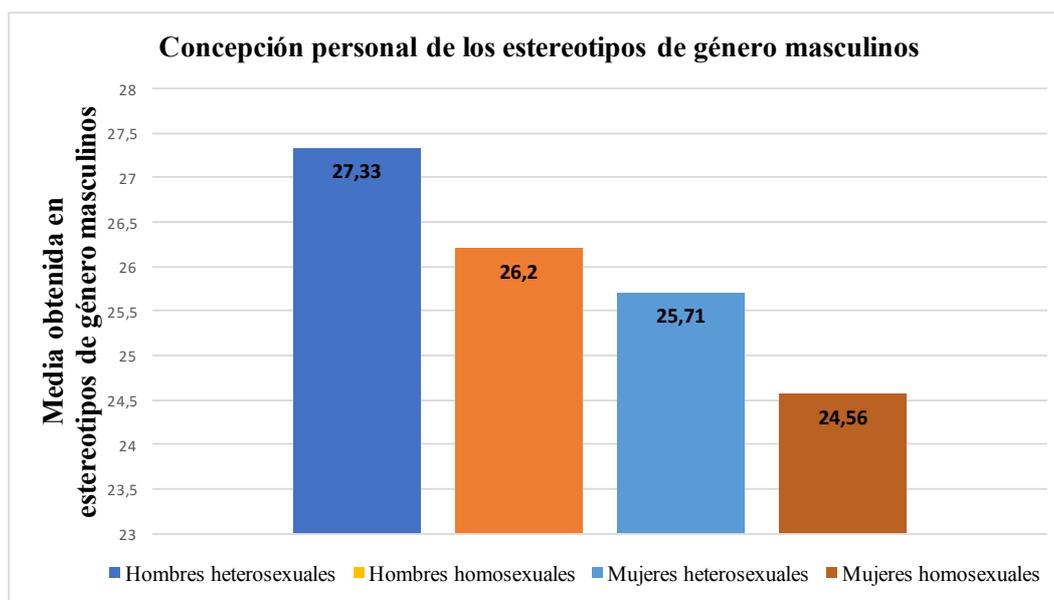
**Figura 3. Estereotipos de género femeninos, género y orientación sexual.**

En relación con la concepción personal de los estereotipos de género masculinos, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por parte del grupo de heterosexuales. Así mismo, los resultados tampoco han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el grupo de homosexuales (Ver Figura 4).

#### **b. Género**

Se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la concepción personal de los estereotipos de género femeninos por parte de los hombres ( $t(80) = -2,22$ ;  $p = 0,029$ ). Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de mujeres (Ver Figura 3).

En cuanto a la concepción personal de los estereotipos de género masculinos, los resultados no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el grupo de hombres. No obstante, existen diferencias estadísticamente significativas en la concepción personal de los estereotipos de género masculinos por parte de las mujeres ( $t(70) = 2,27$ ;  $p = 0,026$ ). (Ver Figura 4).



**Figura 4. Estereotipos de género masculinos, género y orientación sexual.**

*Sintomatología ansiosa en función de la concepción personal de los estereotipos de género, la orientación sexual y el género.*

Se ha realizado un ANOVA de tres factores para comprobar si existen diferencias en la sintomatología ansiosa en función de la concepción de los estereotipos (femeninos y masculinos), de ser heterosexual u homosexual y del género (hombre o mujer). En la variable orientación sexual, se ha eliminado el nivel 3, “Otros (bisexuales, asexuales)”, quedando dos niveles. Así mismo, en la variable estereotipos generales únicamente se ha escogido el nivel 1 (alto en estereotipos de género femeninos y bajo en estereotipos de género masculino).

Los resultados no han encontrado ningún tipo de interacción entre el género (hombre o mujer), definirse con una orientación heterosexual u homosexual e, identificarse con los propios estereotipos de género.

## DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue conocer la relación entre la sintomatología ansiosa presentada y la concepción personal de los estereotipos de género, comparándola en función del género y la orientación sexual entre hombres heterosexuales, mujeres heterosexuales, hombres homosexuales y mujeres homosexuales.

En primer lugar, los resultados no han aportado diferencias en la manifestación de

sintomatología ansiosa en cuanto al género que se pertenece. Si bien es cierto que no se han encontrado datos previos acerca de la prevalencia de sintomatología ansiosa en hombres y mujeres, este hallazgo no está en consonancia con los resultados obtenidos en investigaciones realizadas previamente en cuanto a la aparición del trastorno de ansiedad.

Esta ausencia de diferencia entre hombres y mujeres puede ser debida a la incorporación de la variable orientación sexual y dividir la muestra en función de ambas variables (género y orientación sexual). En relación con ello y, acorde a los resultados obtenidos, Bostwick et al. (2010) encontró que el mayor riesgo de padecer síntomas de ansiedad se sitúa en los hombres homosexuales. De este modo, es posible considerar la orientación sexual como un influyente en la no existencia de diferencia en los síntomas de ansiedad entre hombres y mujeres.

En segundo lugar, este estudio ha demostrado que las personas homosexuales tienden a manifestar mayor sintomatología ansiosa que las personas definidas como heterosexuales. El resultado es consistente con lo obtenido en investigaciones recientes. Este hallazgo nos demuestra que la influencia del contexto cultural, en la manifestación de síntomas de ansiedad por parte de los homosexuales, pueda ser menor de la esperada, habiéndose encontrado resultados similares en muestras de diferentes nacionalidades.

Los resultados obtenidos en los análisis realizados sobre la concepción personal de los estereotipos de género, continúan en la misma línea que lo propuesto en investigaciones previas. Se ha encontrado que existen diferencias en cómo se conciben los estereotipos de ambos géneros en función de la orientación sexual. De este modo, es posible que la asignación social de características propias del género contrario debido a la orientación sexual, esté influyendo en la propia identificación que hacen los participantes del estudio. Ello está en consonancia con lo obtenido en estudios previos realizados acerca del tema.

Si bien es cierto que en la concepción personal de los estereotipos de género masculinos se han encontrado diferencias en cuanto a ser hombre o mujer, es importante resaltar que en los estereotipos de género femeninos estas diferencias no han sido observadas. Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos en investigaciones recientes, en las cuales se observa un aumento de las características masculinas por parte del grupo de mujeres. Como una posible explicación del resultado encontrado, podría ser la todavía visión negativa que se tiene de los estereotipos tradicionalmente asignados a las mujeres en la sociedad, siendo los estereotipos de género masculinos más valorados y aceptados por ciertos grupos de la sociedad.

Al tener en cuenta la muestra en función del género y la orientación sexual, los hombres

heterosexuales presentan una mayor concepción personal de los estereotipos de género masculinos con respecto al resto de grupos (hombres homosexuales, mujeres heterosexuales y mujeres homosexuales). Sin embargo, en la concepción personal de los estereotipos de género femeninos, se ha obtenido una mayor identificación por parte de los hombres homosexuales, siendo incluso mayor que la identificación obtenida por las mujeres heterosexuales. Estos resultados pueden ser debido que, gracias al carácter anónimo en la recogida de datos, se haya facilitado corregir el sesgo de deseabilidad social y obtener respuestas fiables en cuanto a la identificación con los estereotipos de género.

Así mismo, puede ser que la autoaceptación de la homosexualidad conlleve una mayor aceptación de los estereotipos de género que la sociedad considera que poseen. De este modo, los hombres homosexuales podrían ser más abiertos a identificarse con los rasgos comunales y los estereotipos de género femeninos en general.

Es importante destacar que no se han encontrado resultados congruentes acerca de cómo influye la concepción personal de los estereotipos de género en la presencia de sintomatología ansiosa. Estos hallazgos obtenidos entran en desacuerdo con los estudios realizados, en los cuales encontraron que la no conformidad con los estereotipos propios de su género aumentan la presencia de síntomas de ansiedad. Especialmente, el riesgo es mayor en los hombres homosexuales.

Una de las posibles explicaciones a la falta de influencia, puede encontrarse en la creación de nuevas variables en el momento de realizar los análisis estadísticos. Con esta nueva variable se ha manipulado la muestra, utilizándose solamente los participantes que puntuaban alto en estereotipos femeninos y bajo en estereotipos masculinos. De este modo, el no poder haber comparado sujetos situados en otros niveles, teniendo las mismas características todos los participantes seleccionados, puede haber producido resultados no congruentes.

Entre las principales limitaciones de este estudio, se encuentra el bajo número de participantes que dificulta la obtención de resultados más congruentes en la última hipótesis planteada. De este modo, se hace necesaria la replicación de la investigación incluyendo un número de sujetos mayor. En relación con la muestra, la descompensación en el número de sujetos que están incluidos en cada grupo se destaca como otra limitación. Se encontró una dificultad en la obtención de sujetos pertenecientes al grupo de hombres heterosexuales y mujeres homosexuales. Ello hace que se tenga que tomar con cautela los resultados obtenidos en ciertas hipótesis.

Por otro lado, se considera una limitación la Escala de Auto-asignación de Estereotipos de Género (AEG; Castillo, 2011) encontrándose una dificultad en el momento de su corrección. En relación con ello, se debe tener en cuenta la baja fiabilidad y validez interna encontrada, especialmente en la subescala de estereotipos masculinos positivos y en la subescala de estereotipos masculinos negativos. Este último aspecto, puede ser considerado un sesgo a la hora de tener en cuenta la heterogeneidad de la muestra en las puntuaciones obtenidas en la variable “estereotipos de género masculinos”.

El momento temporal de la recogida de los datos puede ser considerado como otra limitación. El proceso de recogida de los datos coincidió con el periodo vacacional y post-vacacional de Navidad, pudiendo ser un limitante en la fiabilidad de los datos acerca de la presencia de síntomas de ansiedad. Pueden haberse obtenido altas puntuaciones en sintomatología ansiosa debido a otros factores externos al estudio que no se han podido controlar, tales como crisis familiares o de pareja sucedido durante este periodo.

Como otra posible limitación se encuentra la eliminación de niveles dentro de las nuevas variables creadas. La posible dificultad se encontró en la falta de un número aceptable de sujetos dentro de los niveles con los que poder trabajar y realizar análisis estadísticos. Así mismo, el hecho de no haber incluido el efecto de las variables mediadores, tal como la edad, produce un desconocimiento acerca de la influencia relativa de cada una de estas variables.

A pesar de las limitaciones nombradas, la escasa literatura castellana todavía existente, hace que esta investigación contribuya al conocimiento sobre la manifestación de sintomatología ansiosa en una muestra española, tanto heterosexual como homosexual. Además, mediante este estudio se aporta evidencias de la sintomatología ansiosa presentada en una muestra dividida en función del género y la orientación sexual.

Por otra parte, gracias a la investigación realizada se conoce cómo se concibe los estereotipos de género por parte de los cuatro grupos de muestra, encontrándose actualmente pocos estudios al respecto. Así mismo, ofrece datos acerca de las comparaciones realizadas entre los diversos grupos.

En futuras investigaciones, se propone ampliar el peso de las variables mediadoras que no se han tenido en cuenta en los análisis estadísticos realizados, tales como la edad y la nacionalidad. Sería interesante observar la influencia de la edad en cuanto a cómo se concibe los estereotipos de género y el riesgo de aparición de síntomas de ansiedad. Por otra parte, aportaría nuevas evidencias el introducir muestra compuesta por diferentes nacionalidades y observar si habría

un peso importante del contexto cultural en la sintomatología ansiosa e identificación de los estereotipos de género.

En último lugar, aunque no es objetivo de esta investigación, sería interesante en estudios futuros incluir en la muestra sujetos definidos como “otros (bisexuales, asexuales)”. De este modo, se ampliaría el conocimiento de la aparición de síntomas de ansiedad y la influencia de los estereotipos de género en un grupo de la población pocas veces estudiado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altman, D. (1971). *Homosexual oppression and liberation*. New York: New York University Press.

Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Oxford: Rand McNally.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.

Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354–364.

Bingham, T., Harawa, N., y Williams, J. (2013). Gender Role Conflict Among African American Men Who Have Sex With Men and Women: Associations With Mental Health and Sexual Risk and Disclosure Behaviors. *American Journal of Public Health*, 103 (1), 127-133.

Blashill, A., y Powlishta, K. (2009). Gay Stereotypes: The Use of Sexual Orientation as a Cue for Gender-Related Attributes. *Sex Roles*, 61, 783–793.

Bostwick, W., Boyd, C., Hughes, T., y Esteban, S. (2010). Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100 (3), 468-475.

Boysen, G., Fisher, M., Dejesus, M., Vogel, D., y Madon, S. (2011). The mental health stereotype about Gay Men: The relation between Gay Men’s self-stereotype and stereotypes about heterosexual women and lesbians. *Journal of Social and Clinical*

*Psychology*, 30 (4), 329-360.

Boysen, G., Vogel, D., Madon, S., y Wester, S. (2006). Mental Health Stereotypes About Gay Men. *Sex Roles*, 54 (1/2), 69-82.

Cadinu, M., Galdi, S., y Maass, A. (2013). Chameleonic social identities: Context induces shifts in homosexuals' self-stereotyping and self-categorization. *European Journal of Social Psychology*, 43, 471-481

Castillo, M<sup>a</sup> R. (2011). *Discriminación de género y dominancia social. Análisis de los estereotipos de género y de la influencia del priming subliminal*. Universidad de Jaén: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, departamento de Psicología, Jaén, España.

Castillo, M<sup>a</sup> R. y, Montes, B. (2007). Escala de estereotipos de género actuales. *Iniciación a la investigación*, 2 (5), 1-21.

Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T., Bebbington, P., y King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 143-148.

Chen, Y.C., y Tryon, G.S. (2012). Dual minority stress and Asian American gay men's psychological distress. *Journal of Community Psychology*, 40(5), 539-554

Fingerhut, A.W., Peplau, L.A., y Gable, S.L. (2010). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology & Sexuality*, 1(2), 101-114.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Harvard Mental Health (2005). Anxiety sensitivity. *Harvard Mental Health Letter*, 22 (6), 4-5.

King, M., y Nazareth, I. (2006). The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study Michael. *BMC Public Health*, 127(6).

- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90- 102). Washington: American Psychological Association.
- Leach, L., Christensen, H., Mackinnon, A., Windsor, T., y Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 983-998.
- Levy, D. (2009). Gay and Lesbian Identity Development: An Overview for Social Workers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19, 978–993.
- Longo, J., Walls, E. y, Wisneski, H. (2013). Religion and religiosity: protective or harmful factors for sexual minority youth?. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(3), 273–290.
- Lippa, R. (2008). The Relation Between Childhood Gender Nonconformity and Adult Masculinity–Femininity and Anxiety in Heterosexual and Homosexual Men and Women. *Sex Roles*, 59, 684– 693
- López-Sáez, M. (2008). Estereotipos de género. En E. López-Zafra (Comp.), *Mujer y líder: Cómo encontrar el camino en el laberinto del liderazgo con éxito* (pp. 76-90). Jaén: Del Lunar.
- López-Zafra, E., y García-Retamero, R. (2011). The impact of nontraditionalism on the malleability of gender stereotypes in Spain and Germany. *International journal of psychology*, 46 (4), 249–258.
- López-Zafra, E., y García-Retamero, R. (2012). Do gender stereotypes change? The dynamic of gender stereotypes in Spain. *Journal of Gender Studies*, 21 (2), 169–183.
- Lu, A., Feng, Y., Yu, Z., Tian, H., Hong, X., y Zheng, D. (2015). Anxiety and mind wandering as independent consequences of stereotype threat. *Social behavior and personality*, 43 (4), 537-546

- Meyer, L. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychology Bulletin*, 129, 674-697.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual (5a. ed.)*. Madrid: TEA.
- Mina, S., Jabeen, M., Singh, S., y Verma, R. (2015). Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients. *Indian Journal Dermatology*, 60.
- Moya, M. (2003). El análisis psicosocial del género. En J. F. Morales y C. Huici (Eds.), *Estudios de Psicología Social* (pp. 175-221). Madrid: UNED.
- Morrow, D. F., & Messinger, L. (Eds.). (2006). *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people*. New York: Columbia University Press.
- Neborsky, R., y Lewis, S. (2011). Understanding and effectively treating anxiety symptoms with psychotherapy. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 11 (1), 4-8.
- Noël, V., Lewis, K., Francis, S., y Mezo, P. (2013). Relationships between the multiple dimensions of anxiety sensitivity and symptoms of anxiety and depression in men and women. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13 (2), 333-353.
- Ottati, V., & Lee, Y. (1995). Accuracy: A neglected component of stereotype research. En Y. Lee, L. Jussim, & C. R. McCauley (Eds.), *Stereotype accuracy: Toward appreciating group differences* (pp. 29-59). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pachankis, J.E., y Goldfried, M.R. (2006). Social anxiety in young gay men. *Anxiety Disorders*, 20, 996-1015.
- Pachankis, J. E., Goldfried, M. R., y Ramrattan, M. E. (2008). Extension of the rejection sensitivity construct to the interpersonal functioning of gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 306-317.
- Page, M.L., Lindahl, K.M., y Malik, N.M. (2013). The Role of Religion and Stress in Sexual Identity and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of research on adolescence*, 23(4), 665-677.

- Palapattu, A., Kingery, J., y Ginsburg, G. (2006). Gender Role Orientation and Anxiety Symptoms Among African American Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (3), 441–449.
- Parker, B. A. (2007). Orientations: GLBTQ. En M. S. Tepper y A. F. Owens (Eds.), *Sexual health: Psychological foundations* (pp. 231–262). Westport, CT: Praeger.
- Pavlova, M., Weber, S., Simoes, E., y Sokolov, A. (2014). Gender Stereotype Susceptibility. *Plos One*, 9 (12), 1-13.
- Priebe, G., y Svedin, C. (2013). Operationalization of Three Dimensions of Sexual Orientation in a National Survey of Late Adolescents. *Journal of Sex Research*, 50(8), 727–738
- Savin-Williams, R. C. (1995). Lesbian, gay male, and bisexual adolescents. En A. R. D’Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 165–189). New York: Oxford University Press.
- Sivasubramanian, M., Mimiaga, M.J., Mayer, K.H., Anand, V., Johnson, C., Prabhugate, P., y Safren, S.A. (2011). Suicidality, clinical depression, and anxiety disorders are highly prevalent in men who have sex with men in Mumbai, India: Findings from a community-recruited sample. *Psychological Health Medical*, 16 (4), 450-462.
- Skidmore, W. C., Linsenmeier, J. A. W., & Bailey, J. M. (2006). Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 685–697.
- Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 179-200.
- Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783–792.
- Ueno, K. (2005). Sexual Orientation and Psychological Distress in Adolescence: Examining Interpersonal Stressors and Social Support Processes. *Social Psychology Quarterly*, 68(3), 258-277.
- Wright, S., y Canetto, S. (2009). Stereotypes of older lesbians and gay men. *Educational Gerontology*, 35, 424-452