

El sexismo en las y los profesionales de salud mental: un factor de riesgo psicosocial para la detección de la desigualdad de género

Rosa JIMÉNEZ GARCÍA-BÓVEDA

Asunción LUQUE BUDÍA

Patricia DELGADO RÍOS

Salvador PERONA GARCELÁN

Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)

Miguel MOYA MORALES

Universidad de Granada (España)

Raquel VÁZQUEZ-MOREJÓN

Universidad de Sevilla (España)

Resumen

Diversos organismos recomiendan a las y los profesionales de salud superar las propias creencias sexistas y apuntan a la importancia de abordar la desigualdad de género. En este sentido, este trabajo se centra en: (1) conocer los niveles de sexismo ambivalente en profesionales de salud mental, (2) analizar la asociación entre sexismo y características sociodemográficas y de perspectiva de género y (3) estudiar la asociación entre sexismo y detección de desigualdad de género en consulta. 449 profesionales de salud mental completaron la Escala de Sexismo Ambivalente, así como otro cuestionario desarrollado ad-hoc. Se realizaron análisis no paramétricos. Los datos mostraron, entre otros aspectos, un nivel bajo de sexismo en la muestra, así como que las y los profesionales que manifestaron niveles significativamente más bajos de sexismo, detectaron más problemas de desigualdad en consulta. Los resultados subrayan la importancia de reducir el sexismo de las y los profesionales para identificar los problemas de desigualdad de género.

Palabras clave: sexismo ambivalente, desigualdad de género, salud mental, profesionales de salud, riesgo psicosocial.

Abstract

Some organizations recommend that healthcare professionals overcome their own sexist beliefs and emphasize the importance of dealing with gender inequality. Thus, this study focused on: (1) find out the levels of ambivalent sexism in a network of mental health professionals in Spain, (2) analyze the association between sexism, sociodemographic characteristics and gender perspective, and (3) study the association between sexism and gender inequality detection during clinical attention. The sample was comprised of 449 mental health professionals who filled in the Ambivalent Sexism Inventory and another ad hoc questionnaire developed. Variables were compared by nonparametric analysis. The data showed low levels of sexism in the sample, and that the professionals who obtained lower levels of sexism found more problems related to gender inequality during clinical attention. The results underline the importance of intervention for reducing sexism of professionals in order to contribute to a more unbiased detection of problems of gender inequality.

Keywords: ambivalent sexism; gender inequality; mental health; health professionals; social psychological risk.

La Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas señalan que las mujeres tienen peor salud mental y calidad de vida que los hombres en cualquier parte del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2009, 2013). Factores socioculturales de riesgo como la desigualdad de

género o el sexismo contribuyen a esta situación (OMS, 2001, 2008). En este sentido, diversos estudios demuestran que la desigualdad de género influye de modo importante en la aparición o agravamiento de diversos trastornos mentales en las mujeres, como el síndrome de estrés postraumático,

Dirección de contacto: Raquel Vázquez-Morejón. Grupo de investigación *Comportamientos Sociales y Salud*. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* vazquezraquel@us.es

Recibido: mayo de 2021. *Aceptado:* mayo de 2021.

las crisis de ansiedad, las fobias, el abuso de sustancias, los trastornos por somatización, el dolor crónico, la depresión y el riesgo de suicidio, entre otras (Berg, 2006; Borrell, Artazcoz, Gil-González *et al.*, 2010). En concreto, existe evidencia de que la peor situación económica que tienen, las cargas familiares que soportan, la acumulación de roles con dobles jornadas y las grandes dificultades que encuentran para la toma de decisiones sobre su propia vida laboral, sexual o familiar, están relacionadas con pérdida de salud general, salud mental y calidad de vida (Somarriba Arechavala y Zarzosa Espina, 2019; Ferrer y Bosch, 2004; Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Además, estas desigualdades de género en salud mental se observan a lo largo de las distintas etapas vitales (Kiely, Brady y Byles, 2019).

Otro factor asociado con la pérdida de salud y calidad de vida en las mujeres es el sexismo ambivalente. Se trata de una variable sociocultural compleja que está formada por dos tipos de sexismos (Glick y Fiske, 1996, 2011; Moya, 2004; Moya y Expósito, 2008): el sexismo hostil o ideología de género manifiestamente discriminatorio y violento contra las mujeres, constituido por tres factores (paternalismo dominador, diferenciación de género competitiva y hostilidad heterosexual) y el sexismo benévolo o ideología sutil de discriminación de género, constituido también por tres factores (paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual).

Las investigaciones sobre las diferencias entre sexismo hostil y benévolo han facilitado la clarificación del constructo sexismo, superando las contradicciones aparentes de los primeros estudios sobre el tema, en los que se partía del supuesto de que el sexismo era una ideología o actitud únicamente negativa hacia las mujeres (De Lemus, Castillo, Moya *et al.*, 2008; Fischer, 2006; Moya, 2004; Rottenbacher de Rojas, 2010; Sibley, Wilson y Duckitt, 2007). La evidencia empírica pone de manifiesto que estos dos tipos de sexismo están positivamente relacionados (Glick, Fiske, Mladinic, *et al.*, 2000; Moya, 2004). El sexismo hostil y el benévolo son una potente combinación que promueve la subordinación de las mujeres a los hombres, actuando como un sistema articulado de recompensas y castigos que les indica cual es el sitio que los hombres, utilizando el poder de definición masculino tradicional, han decidido para ellas (Connelly y Heesacker, 2012; Hopkins-Doyle, Sutton, Douglas y Calogero, 2019; Moya y Expósito, 2008).

En este sentido, investigaciones en población general ponen de manifiesto que el sexismo benévolo, aparentemente menos peligroso, está relacionado con numerosos indicadores de desigualdad de género como son: un autoconcepto negativo de la feminidad en mujeres adultas (Barreto, Ellemers, Piebinga y Moya, 2009; Cassidy y Krendl, 2019; Dardenne, Dumont y Bollier, 2007; Kuchynka, Salomon, Bosson *et al.*, 2018), bajos niveles de educación (Brandt, 2011), abandono o situación laboral precaria, escasa o nula presencia femenina en roles de élite (Barberá Heredia, Ra-

mos López y Candela Agulló, 2011), ausencia de calidad de vida, mayores niveles de dominancia social masculina (Expósito, Herrera y Moya, 2010; Herrera, Expósito, Moya y Houston, 2012; Sibley *et al.*, 2007), control sobre la libertad de las mujeres (Moya, Glick, Expósito *et al.*, 2007; Valor-Segura, Expósito y Moya, 2011), actitudes de simpatía o comprensión de los violadores y culpa hacia las víctimas (Durán, Moya y Megías, 2011; Durán, Moya, Megías y Viki, 2010).

Asimismo, el sexismo benévolo aparece también relacionado con la justificación y mantenimiento de la violencia de género y con bajos niveles de desarrollo humano general (Expósito y Moya, 2005; Glick *et al.*, 2000; Glick y Fiske, 2001). A todo ello cabe añadir algunos hallazgos en población femenina que relacionan el sexismo percibido con problemas de salud como la hipertensión, el tabaquismo, una pobre salud auto-percibida y pérdida de salud mental (Borrell *et al.*, 2010; Landry y Mercurio, 2009; Martínez Benlloch, 2003; Moradi y Funderbuk, 2006).

Desde hace décadas, diversos organismos nacionales e internacionales recomiendan a las y los profesionales de la salud que sean sensibles a este grave problema socio-sanitario, superen sus propias creencias sexistas y adquieran competencias para detectar y abordar la desigualdad de género en las poblaciones que atienden (Díaz-Lázaro, 2011).

Sin embargo, en líneas generales, no se han seguido dichas recomendaciones, persistiendo sesgos sexistas en la atención clínica, en la investigación y la formación sanitaria hasta la actualidad (Landry y Mercurio, 2009; Risberg, Johansson y Hamberg, 2011; Ruiz-Cantero, Vives-Cases, Artazcoz *et al.*, 2007; Travis, 2005; Valls Llobet, 2003).

En el campo de la salud mental, distintas autoras/es y organismos han señalado la presencia de sexismo en los modelos teóricos de la psicología clínica y la psiquiatría (Davidson y Abramowitz, 1980; García-Dauder, 2005; Glocer Fiorini, 2006; Philpot, Brooks, Lusterman y Nutt, 1997). Sin embargo, los niveles de sexismo de las y los profesionales de la salud mental no se han investigado con instrumentos adecuados hasta la actualidad. Tampoco se ha estudiado la relación entre creencias sexistas y variables sociodemográficas, de formación en perspectiva de género o de competencia profesional, como la detección de desigualdad de género en las poblaciones que se atienden.

En este sentido, el presente trabajo tiene un triple objetivo. Por una parte, conocer los niveles de sexismo ambivalente en una red de profesionales de salud mental de España. Por otra parte, analizar la relación entre sexismo ambivalente y determinadas características sociodemográficas y de perspectiva de género (formación recibida en perspectiva de género y uso de dicha perspectiva por los y las profesionales en la práctica clínica). Y, por último, estudiar la relación entre sexismo ambivalente y detección de desigualdad de género en la atención clínica por parte de las y los profesionales.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 449 profesionales de salud mental de Andalucía (España), de los cuales 295 fueron mujeres (65'7%), 139 hombres (31%) y 15 (3'3%) no declararon su sexo. Otros datos descriptivos pueden encontrarse en la tabla 1. El criterio de inclusión fue ser profesional en activo en los servicios públicos de salud mental de Andalucía en las distintas categorías que conforman dichos servicios. Los criterios de exclusión fueron el rechazo voluntario a participar en la investigación, no contar con autorización de su jefatura o errores en la cumplimentación de las escalas.

Instrumentos

Escala de Sexismo Ambivalente (Ambivalent Sexism Inventory, ASI; Glick y Fiske, 1996)

Esta escala fue diseñada para medir el sexismo ambivalente, en sus dos factores: sexismo hostil y benévolo. Consta de 22 ítems que se valoran según una escala tipo Likert de 6 puntos (de 0 "totalmente en desacuerdo" a 5 "totalmente de acuerdo"). Una mayor puntuación en la escala indica mayor sexismo. La versión española, adaptada por Expósito, Moya y Glick (1998), presenta buenas propiedades psicométricas. En el presente estudio, la consistencia interna medida con la prueba α de Cronbach es de 0'90 y 0'88 para las escalas de sexismo hostil y benévolo respectivamente.

Datos socio-demográficos y profesionales

Mediante un cuestionario *ad hoc* se recabaron datos personales y profesionales relativos al sexo, edad y categoría profesional (psicología clínica, psiquiatría, enfermería, profesionales en formación, otras categorías profesionales no especializadas).

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra (N=449).

| Edad | N | % |
|--------------------------|-----|------|
| 20-29 | 24 | 5.3 |
| 30-39 | 71 | 15.8 |
| 40-49 | 132 | 29.2 |
| 50-59 | 179 | 40 |
| ≥ 60 | 42 | 9.4 |
| No contesta | 1 | 0.2 |
| Categorías Profesionales | | |
| Psicología Clínica | 54 | 12 |
| Psiquiatría | 70 | 15.6 |
| Enfermería | 103 | 22.9 |
| En formación | 27 | 6 |
| Otras categorías | 193 | 43 |
| No contesta | 2 | 0.4 |

Datos sobre formación en perspectiva de género y sobre su aplicación

En el mismo cuestionario *ad hoc* se preguntó a los participantes si habían recibido *formación en perspectiva de género*. La respuesta se valoró con una escala dicotómica (sí/no). También se recogió información sobre la *aplicación o uso del modelo teórico de género en la práctica clínica*. Se preguntó a cada participante si utilizaban la perspectiva de género en su trabajo cotidiano. La respuesta se valoró igualmente con una escala dicotómica (sí/no).

Datos sobre detección de problemas de desigualdad de género en consulta

También se preguntó a los y las profesionales sanitarios, mediante una escala Likert de 4 puntos (1 = muchos; 2 = bastantes; 3 = algunos; 4 = ninguno), con qué frecuencia detectaban problemas de desigualdad de género en su trabajo habitual.

Procedimiento

De la totalidad de profesionales de la red de salud mental pública de Andalucía (España), formada por 2978 profesionales en distintas categorías (datos proporcionados por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, 2013), se obtuvo una muestra por procedimiento aleatorizado de 945 profesionales con un nivel de confianza del 5%, una potencia del 80% y con un nivel de imprecisión máxima del 3%.

Tras la selección de la muestra, se realizó un primer envío de los instrumentos a cada participante por correo postal junto con una carta explicativa que incluía: objetivo del estudio, consentimiento informado, garantía de confidencialidad y un sobre franqueado para facilitar la remisión del material.

Se consideró un tiempo máximo de 30 días para la devolución de los instrumentos cumplimentados, realizándose un segundo envío a los y las participantes que no lo habían remitido. Finalmente, a los 150 días se realizó un tercer y último envío con el mismo objetivo. El tiempo total de duración de los tres envíos fue de 9 meses, incluyendo los tiempos de espera de respuesta. Al final de este procedimiento contestaron 449 profesionales (tasa de respuesta de 47'5%).

Análisis de datos

Se utilizaron los estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para las características sociodemográficas y laborales de los y las participantes. Tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se pudo comprobar que los datos no seguían una distribución normal, por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas (*U* de Mann Whitney y prueba de Kruskal Wallis) para las comparaciones entre los niveles de sexismo ambivalente y las variables sociodemográficas, la formación

en perspectiva de género y uso de la perspectiva de género en la práctica clínica, así como, por último, la detección de desigualdad de género en consulta.

Resultados

Sexismo ambivalente

Para el total de la muestra la puntuación en sexismo ambivalente fue de 0'86 ($SD=0'82$). El nivel de sexismo hostil fue de 0'85 ($SD=0'92$) y el de sexismo benévolo fue de 0'86 ($SD=0'91$).

Diferencias en sexismo según características sociodemográficas

En la tabla 2 se muestran las puntuaciones obtenidas en la escala ASI en cuanto al sexo. Los resultados mostraron que los hombres puntuaban significativamente más alto que las mujeres en la escala total, así como en las subescalas de sexismo hostil y benévolo.

En la tabla 3 se recogen los resultados de los distintos tipos de sexismo en relación con la edad. La muestra se agrupó en los siguientes grupos de edad: 20-29 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años and más de 60 años. Para ello

Tabla 2. Medias (y desviaciones tipo) de sexismo según la variable sexo ($N=449$).

| | Mujer Media (SD) | Hombre Media (SD) | U Mann-Whitney (p) |
|----------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| ASI | | | |
| Total | 0.76 (0.73) | 1.10 (0.97) | 16485 (.001) |
| Hostil | 0.77 (0.84) | 1.06 (1.05) | 17236 (.007) |
| Benévolo | 0.75 (0.81) | 1.14 (1.06) | 16384.5 (.001) |

Tabla 3. Medias (y desviaciones tipo) de sexismo según la variable grupos de edad ($N=449$). Los valores marcados con la misma letra son significativamente diferentes basados en la prueba U de Mann-Whitney.

| | 20-29 Media (SD) | 30-39 Media (SD) | 40-49 Media (SD) | 50-59 Media (SD) | ≥ 60 Media (SD) | Kruskal Wallis (gl) p |
|----------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASI | | | | | | |
| Total | .82 (a) (.49) | .59 (a, b, c, d) (.78) | .87 (b, f) (.82) | .88 (c, g) (.84) | 1.17 (d, f, g) (.88) | 18.80 (4) .001 |
| Hostil | .81 (.54) | .64 (.85) | .90 (.97) | .84 (.93) | 1.08 (.97) | 8.77 (4) .08 |
| Benévolo | .84 (a) (.62) | .55 a, b, c, d (.78) | .84 b, f (.90) | .92 c, g (.95) | 1.25 (d, f, g) (1.01) | 21.56 (4) <.001 |

Tabla 4. Datos descriptivos y comparativos sobre formación en perspectiva de género (PG) y uso del modelo de perspectiva de género en consulta y niveles de sexismo en función de dichas variables (medias y SD) ($N=449$).

| Formación en PG | N | % | ASI Total | ASI Hostil | ASI Benévolo |
|------------------------------------------|-----|------|-----------|------------|--------------|
| Sí | 219 | 48.8 | .83 (.80) | .78 (.87) | .91 (.94) |
| No | 208 | 46.3 | .84 (.80) | .88 (.92) | .82 (.86) |
| No contesta | 22 | 4.9 | | | |
| Uso del modelo teórico de PG en consulta | N | % | ASI Total | ASI Hostil | ASI Benévolo |
| Sí | 39 | 8.7 | .46 (.58) | .39 (.56) | .55 (.76) |
| No | 368 | 82.0 | .85 (.81) | .86 (.91) | .87 (.91) |
| No contesta | 42 | 9.4 | | | |

se aplicó la prueba H de Kruskal Wallis y se encontraron diferencias significativas en el total de la escala y en la subescala de sexismo benévolo. En sexismo hostil no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos de edad.

Concretamente, por grupos de edad, se encontró que: las y los participantes entre 20 y 29 años presentaron en sexismo total y benévolo una puntuación significativamente mayor que los participantes con edades entre 30 y 39 años ($U=454, p=0'006$ y $U=455, p=0'002$), sin embargo, no se diferenciaron significativamente de los otros grupos de edad. Tanto en el total de la escala como en la subescala de sexismo benévolo, los y las participantes con edades entre 30 y 39 años presentaban una puntuación significativamente menor de sexismo que el grupo entre 20 y 29 años ($U=454, p=0'006$ y $U=455, p=0'002$), 40 y 49 años ($U=3239, p=0'008$ y $U=3458, p=0'009$), 50 y 59 años ($U=4273.5, p=0'002$ y $U=4238, p=0'001$) y mayores de 60 años ($U=4238, p=0'001$ y $U=713, p<0'001$). Las y los participantes entre 40 y 49 años también presentaban una puntuación media significativamente menor en el total de la escala ($U=1932, p=0'03$) y en la subescala de sexismo benévolo ($U=1884.5, p=0'03$) que el grupo de mayores de 60 años. Las y los participantes entre 50 y 59 años presentaban una puntuación media significativamente menor en el total de la escala ($U=2693, p=0'04$) y en la subescala de sexismo benévolo ($U=2694, p=0'03$) que el grupo de mayores de 60 años.

Sexismo y perspectiva de género

En la tabla 4 se exponen los datos descriptivos (frecuencias y porcentajes) de la muestra en cuanto a las variables formación en PG y uso de PG en la práctica clínica y los niveles de sexismo en función de dichas variables.

En cuanto a los niveles de sexismo en función de si ha recibido o no formación en PG, los datos no mostraron diferencias significativas en sexismo en función de esta variable. Esto fue así tanto para la escala total ($U=20226, p=0'95$), la subescala sexismo hostil ($U=20221, p=0'36$) y la subescala sexismo benévolo ($U=19992, p=0'27$).

En relación con los niveles de sexismo en función de la utilización o no del modelo teórico de PG en la práctica profesional, las y los profesionales que utilizaban dicho modelo en su trabajo presentaron niveles significativamente más bajos de sexismo que quienes no lo utilizaban. Ello fue así tanto en la escala sexismo total ($U=4460.5, p<0'001$), en la subescala sexismo hostil ($U=4510, p<0'001$), como en la subescala sexismo benévolo ($U=5045, p<0'01$).

Cuando se compararon específicamente a hombres y mujeres que utilizaban el modelo de PG, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones totales en sexismo total ($U=110.5, p=0'955$), en sexismo hostil ($U=109, p=0'814$) y sexismo benévolo ($U=110, p=0'995$).

Sexismo y detección de desigualdad de género en consulta

En la tabla 5 se muestra la relación entre niveles de sexismo y detección de problemas de desigualdad de género en consulta. Las y los profesionales que detectaban “pocos” o “ningún” problema de desigualdad presentaron puntuaciones más altas en sexismo que aquellos y aquellas que afirmaban detectar “muchos” o “bastantes” problemas de desigualdad de género, tanto en la puntuación total de la escala ASI como en las subescalas de sexismo hostil y benévolo. Dicho de otro modo, las y los profesionales con niveles más bajos de sexismo detectaban más problemas de desigualdad de género que los profesionales con niveles más altos en esta variable. Por último, se observó que las mujeres detectaban más problemas de desigualdad de género que los hombres ($\chi^2_{(3)}=13'94, p=0'003$).

Discusión

En cuanto al primer objetivo de la presente investigación, estudiar los niveles de sexismo en profesionales de salud mental de una red sanitaria pública española, los datos globales reflejan un nivel bajo de sexismo comparado con otros estudios en población general, tanto en España como

en otros países (Glick *et al.*, 2000; Moya, Páez, Glick, *et al.*, 2001) y comparado también con muestras de profesionales de salud mental (Smitkova y Kuruc, 2012). Así, la media total de sexismo ambivalente en la muestra de profesionales de salud mental del presente estudio fue de 0'86, mientras que en el estudio de Moya *et al.* para la muestra española con población general fue de 2'41. En el caso del sexismo benévolo la media también fue menor en la muestra de profesionales que en la muestra de población general (0'86 vs. 2'07), así como en el caso del sexismo hostil (0'85 vs. 2'41).

En función del sexo, los profesionales masculinos son significativamente más sexistas que las profesionales del sexo femenino. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios en los que se hallaron diferencias significativas en sexismo entre hombres y mujeres, tanto dentro como fuera de Europa (Glick *et al.*, 2000; Mastari, Spruyt y Siongers, 2019; Sibley *et al.*, 2007).

Los resultados por grupos de edad reflejan que las y los profesionales entre 30 y 39 años son menos sexistas que el resto de las edades de la muestra. El grupo de más de 60 años, aunque con niveles de sexismo inferiores también a los de población general española y más cercanos a los resultados de países como Inglaterra o Australia (Glick *et al.*, 2000), es el más sexista. Otro dato surge más preocupante: las y los profesionales menores de 30 años presentan niveles de sexismo más altos que el grupo de 30 a 39 años y similares al resto de profesionales entre 40 y 65 años. El hecho de que el grupo de menores de 30 años no mostrara niveles más bajos de sexismo que los grupos de mayor edad, como se mencionó, es motivo de preocupación. El actual resurgimiento de la violencia patriarcal, visible principalmente en mensajes sexistas en los espacios de ocio y en los medios de comunicación, podría estar influyendo en este grupo de edad (Cobo Bedía, 2017; De Miguel, 2015).

El resultado referido a la formación en PG resulta paradójico. Las y los profesionales que se han formado en PG en esta muestra no presentan niveles de sexismo inferiores a quienes no tienen formación en ese ámbito. Concretamente, un 48'8% de profesionales refirieron haber recibido formación en PG, pero su grado de sexismo no era menor significativamente que quienes no recibieron formación en este ámbito. Un objetivo importante de la formación en PG ha sido y es lograr reducir el sexismo de las y los profesionales. Sin embargo, por los datos del estudio, parece que no se ha logrado este objetivo, tal vez por las herramientas formativas utilizadas. Entre las causas

Tabla 5. Comparación de los niveles de sexismo en función de la variable detección de problemas de desigualdad de género ($N=449$). Los valores marcados con la misma letra son significativamente diferentes basados en la prueba U de Mann-Whitney.

| ASI | Detección de problemas de desigualdad de género | | | | Kruscal Wallis (gl) | p |
|----------|-------------------------------------------------|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-------|
| | Muchos | Bastantes | Pocos | Ninguno | | |
| Total | .53 (.58) (a, b) | .64 (.68) (c, d) | .93 (.78) (a, c) | 1.01 (.98) (b, d) | 19.53 (3) | <.001 |
| Hostil | .41 (.62) (a, b) | .63 (.76) (c, d) | .96 (.94) (a, c) | 1.02 (1.01) (b, d) | 21.70 (3) | <.001 |
| Benévolo | .64 (.81) (a, b) | .71 (.82) (c, d) | .90 (.84) (a, c) | 1.05 (1.08) (b, d) | 13.01 (3) | .005 |

que podrían explicarlo estaría el hecho de que la formación en PG de los últimos quince años en diversas instituciones sanitarias españolas (Andalucía) ha ido dirigida a mejorar conocimientos y habilidades (Consejería de Salud de Andalucía, 2010), sin haber tratado las actitudes. Un aspecto fundamental de las actitudes, la modificación de las propias creencias sexistas, no se ha abordado. Los programas de formación no incluyeron módulos específicos de reestructuración cognitiva que minimizaran el sexismo. Tal vez este factor sea clave para entender que el grado de sexismo no sea diferente en la amplia muestra de profesionales con formación en este tema, en comparación con quienes no se han formado. Como señalan Barberá Heredia, Ramos López y Candela Agulló (2011), las creencias no cambian si no hay intervenciones específicas efectivas sobre ellas. Cabe pensar que la formación universitaria tradicional, pre y postgrado y la formación feminista sólo dirigida a mejorar conocimientos y habilidades, olvidando la reestructuración cognitiva del sexismo, no servirían para superar los sesgos sexistas (Becker y Swim, 2011). Otra posible explicación son los bajos niveles de sexismo que presenta la muestra estudiada, que reflejan un posible “efecto suelo”.

Hay un resultado que afianza la importancia de la formación efectiva en PG: sólo las y los profesionales que utilizan el modelo teórico en PG en su trabajo diario, son menos sexistas que el resto de la muestra. Poder utilizar este modelo implicaría haber logrado un nivel importante de creencias igualitarias y aplicarlas de modo efectivo. Este dato es además esperanzador, al no encontrarse diferencias significativas entre mujeres y hombres en este grupo, lo que indicaría que los hombres pueden modificar su propio sexismo cultural.

A estos resultados se une otro hallazgo que apoya la importancia de incorporar la formación efectiva de competencias de género: aquellas y aquellos profesionales que eran menos sexistas, detectaron muchos y bastantes problemas de desigualdad en sus consultas. Así, tener creencias igualitarias parece mejorar la calidad de la atención sanitaria. Por el contrario, quienes presentaban niveles más altos de sexismo detectaron menos problemas de desigualdad de género en su trabajo cotidiano. Como señala Díaz-Lázaro (2011) los sesgos sexistas afectan la competencia como terapeutas. Entre otros aspectos, los prejuicios afectan a las atribuciones que se realizan sobre las causas internas o externas de las condiciones de las mujeres. Concretamente, como apuntan diversos estudios, un mayor sexismo supone una mayor justificación de la situación que viven las mujeres, atribuyéndolo a factores internos y personales de cada una de ellas (i.e. Connor y Fiske, 2019). Por tanto, minimizar la influencia de factores sociales y culturales, como el género, en la salud mental de la población femenina, podría estar afectando a la competencia como profesionales de la salud mental y al desarrollo de intervenciones efectivas que contemplen iniciativas en los distintos niveles posibles. La adecuación de la intervención profesional en salud mental

a las necesidades de las mujeres cobra especial importancia si se tienen en cuenta las palabras apuntadas por la OMS: “Las mujeres dispensan la mejor parte de la atención sanitaria, pero pocas veces reciben la atención que necesitan” (Organización Mundial de la Salud, 2009).

El esfuerzo de las instituciones sanitarias en formación de género debería ir dirigido a utilizar técnicas efectivas para conseguir cambios en las creencias sexistas de sus profesionales. Según los hallazgos del estudio, parece que cualquier formación no resulta válida para este objetivo. A los conocimientos y habilidades de género, parece de interés añadir una formación efectiva en actitudes que, a nuestro entender, pasa por la utilización, entre otras técnicas formativas, de la reestructuración cognitiva de las creencias sexistas.

El presente estudio presenta algunas limitaciones. De la muestra total seleccionada por procedimiento de aleatorización solo respondieron a nuestro estudio el 47'5% de los posibles participantes, hay una pérdida de información, de aproximadamente un 50%. Por otra parte, aunque en la revisión que se ha realizado en este estudio no se han encontrado trabajos ni documentación institucional nacional o internacional sobre formación específica dirigida a cambiar las creencias sexistas de profesionales, se puede considerar otra limitación no haber recogido el tipo de formación previa específica en perspectiva de género del grupo de profesionales estudiado.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos del estudio son una alerta de la importancia de modificar las creencias sexistas de las y los profesionales, lo que debe llevar a cambios efectivos en los programas docentes sanitarios. Resulta una necesidad prioritaria en la formación universitaria pre y postgrado y en la formación continuada de todas las profesiones sanitarias. Amplias capas de población precisan de intervenciones clínicas efectivas que contribuyan a incrementar su salud mental y su calidad de vida.

Referencias

- Barberá Heredia, E., Ramos López, A. y Candela Agulló, C. (2011). [Laberinto de cristal en el liderazgo de las mujeres](#). *Psicothema*, 23(2), 173-179.
- Barreto, M., Ellemers, N., Piebinga, L. y Moya, M. (2009). [How Nice of Us and How Dumb of Me: The Effect of Exposure to Benevolent Sexism on Women's Task and Relational Self-Descriptions](#). *Sex Roles*, 62(7), 532-544 [DOI: 10.1007/s11199-009-9699-0].
- Becker, J.C. y Swim, J.K. (2011). [Seeing the Unseen: Attention to Daily Encounters With Sexism as Way to Reduce Sexist Beliefs](#). *Psychology of Women Quarterly*, 35(2), 227-242 [DOI: 10.1177/0361684310397509].
- Berg, S.H. (2006). [Everyday Sexism and Posttraumatic Stress Disorder in Women: A Correlational Study](#). *Violence Against Women*, 12(10): 970-988 [DOI: 10.1177/1077801206293082].

- Borrell, C., Artazcoz, L., Gil-González, D., Pérez, G., Rohlf, I. y Perez, K. (2010). [Perceived Sexism as a Health Determinant in Spain](#). *Journal of Women's Health*, 19(4), 741-750 [DOI: 10.1089/jwh.2009.1594].
- Brandt, M.J. (2011). [Sexism and Gender Inequality Across 57 Societies](#). *Psychological Science*, 22(11), 1413-1418 [DOI: 10.1177/0956797611420445].
- Cassidy, B.S. y Krendl, A.C. (2019). [A Crisis of Competence: Benevolent Sexism Affects Evaluations of Women's Competence](#). *Sex Roles*, 81(7-8), 505-520 [DOI: 10.1007/s11199-019-1011-3].
- Cobo Bedía, R. (2017). *La prostitución en el corazón del capitalismo*. Madrid: Libros de la Catarata.
- Connelly, K. y Heesacker, M. (2012). [Why is Benevolent Sexism Appealing? Associations With System Justification and Life Satisfaction](#). *Psychology of Women Quarterly*, 36(4), 432-443. [DOI: 10.1177/0361684312456369].
- Connor, R.A. y Fiske, S.T. (2019). [Not Minding the Gap: How Hostile Sexism Encourages Choice Explanations for the Gender Income Gap](#). *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 22-36 [DOI: 10.1177/0361684318815468].
- Consejería de Salud (2010). [Integración del enfoque de género en los procesos de formación del SSPA \(Sistema Sanitario Público de Andalucía\)](#). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Dardenne, B., Dumont, M. y Bollier, T. (2007). [Insidious Dangers of Benevolent Sexism: Consequences for Women's Performance](#). *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 764-779 [DOI: 10.1037/0022-3514.93.5.764].
- Davidson, C.V. y Abramowitz, S.J. (1980). [Sex bias in clinical judgement: later empirical returns](#). *Psychology of Women Quarterly*, 4(3), 377-395 [DOI: 10.1111/j.1471-6402.1980.tb01112.x].
- De Lemus, S., Castillo, M., Moya, M., Padilla, J.L. y Ryan, E. (2008). [Elaboración y validación del Inventario de Sexismo Ambivalente para adolescentes](#). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 537-562.
- De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Cátedra.
- Díaz-Lázaro, C.M. (2011). [Exploración de prejuicios en los psicólogos: el primer paso hacia la competencia sociocultural](#). *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 274-281.
- Durán, M., Moya, M. y Megías, J.L. (2011). [It's His Right, It's Her Duty: Benevolent Sexism and the Justification of Traditional Sexual Roles](#). *The Journal of Sex Research*, 48(5), 470-478 [DOI: 10.1080/00224499.2010.513088].
- Durán, M., Moya, M., Megías, J.L. y Viki, T.G. (2010). [Social Perception of Rape Victims in Dating and Married Relationships: The Role of Perpetrator's Benevolent Sexism](#). *Sex Roles*, 62(7), 505-519 [DOI: 10.1007/s11199-009-9676-7].
- Expósito, F., Herrera, M.C., Moya, M. y Glick, P. (2010). [Don't Rock the Boat: Women's Benevolent Sexism Predicts Fears of Marital Violence](#). *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 36-42 [DOI: 10.1111/j.1471-6402.2009.01539.x].
- Expósito, F. y Moya, M. (2005). Violencia de género. En M. Moya y F. Expósito (Coords.), *Aplicando la Psicología Social* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). [Sexismo ambivalente: medición y correlatos](#). *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2004). Violencia contra las mujeres. En Barberá E. y Martínez-Benlloch, I. (Coords.), *Psicología y Género* (pp. 241-270). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Fischer, A.R. (2006). [Women's Benevolent Sexism as Reaction to Hostility](#). *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 410-416 [DOI: 10.1111/j.1471-6402.2006.00316.x].
- García-Dauder, S. (2005). *Psicología y feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en Psicología*. Madrid: Nancea.
- Glick, P. y Fiske, S.T. (1996). [The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism](#). *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512 [DOI: 10.1037/0022-3514.70.3.491].
- Glick, P. y Fiske, S.T. (2001). [An Ambivalent Alliance: Hostile and Benevolent Sexism as Complementary Justifications for Gender Inequality](#). *American Psychologist*, 56(2), 109-118 [DOI: 10.1037/0003-066X.56.2.109].
- Glick, P. y Fiske, S. T. (2011). [Ambivalent Sexism Revisited](#). *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 530-535 [DOI: 10.1177/0361684311414832].
- 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., Dardenner, B., Djkerhuis, A. Wigboldus, D., Eckes, T., Six-Materna, I., Expósito, F., Moya, M., Foddy, M., Kim, H.-J., Lameiras, M., Sotelo, M.J., Mucchi-Faina, A., Romani, M., Sakalli, N., Udegbe, B., Yamamoto, M., Ui, M., Ferreira, M.C. y López 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].
- Gloer Fiorini, L. (2006). [Las mujeres en el contexto y el texto freudianos](#). *Revista de Psicoanálisis*, 63(2), 311-323.
- Hopkins-Doyle, A., Sutton, R.M., Douglas, K.M. y Calogero, R.M. (2019). Flattering to deceive: Why people misunderstand benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 116(2), 167-192 [DOI: 10.1037/pspa0000135].

- Herrera, M.C., Expósito, F., Moya, M. y Houston, D. (2012). [“Having it all”: Women’s Perception of Impact of Female Promotion on Threat of Domestic Violence](#). *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 670-679 [DOI: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38878].
- Kiely, K.M., Brady, B. y Byles, J. (2019). [Gender, mental health and ageing](#). *Maturitas*, 129, 76-84 [DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.09.004].
- Kuchynka, S.L., Salomon, K., Bosson, J.K., El-Hout, M., Kiebel, E., Cooperman, C. y Toomey, R. (2018). [Hostile and Benevolent Sexism and College Women’s STEM Outcomes](#). *Psychology of Women Quarterly*, 42(1), 72-87 [DOI: 10.1177/0361684317741889].
- Landry, L.J. y Mercurio, A.E. (2009). [Discrimination and Women’s Mental Health: The Mediating Role of Control](#). *Sex Roles*, 61(3-4), 192-203 [DOI: 10.1007/s11199-009-9624-6].
- Martínez Benlloch, I. (2003). [Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres](#). *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266 [DOI: 10.1344/%25x].
- Mastari, L., Spruyt, B. y Siongers, J. (2019). [Benevolent and Hostile Sexism in Social Spheres: The Impact of Parents, School and Romance on Belgian Adolescents’ Sexist Attitudes](#). *Frontiers in Sociology*, 4, 47 [DOI: 10.3389/fsoc.2019.00047].
- Moradi, B. y Funderbuk, J. (2006). [Roles of Perceived Sexist Events and Perceived Social Support in the Mental Health of Women Seeking Counselling](#). *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 464-473 [DOI: 10.1037/0022-0167.53.4.464].
- Moya, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En Barberá, E. y Martínez-Benlloch, I. (Coords.), *Psicología y género*, (pp. 272-294). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Moya, M. y Expósito, F. (2008). Sexismo: los efectos perniciosos de una ideología ambivalente. En J.F. Morales, C. Huici, A. Gómez y E. Gaviria (Coords.), *Método, teoría e investigación en psicología social*, (pp. 538-557). Madrid: Pearson.
- Moya, M., Glick, P., Expósito, F., De Lemus, S. y Hart, J. (2007). [It’s for Your Good: Benevolent Sexism and Women’s Reactions to Protectively Justified Restrictions](#). *Personal and Social Psychology Bulletin*, 33(10), 1421-1434 [DOI: 10.1177/0146167207304790].
- Moya, M., Páez, D., Glick, P., Fernández Sedano, I. y Poeschl G. (2001). [Sexismo, masculinidad-feminidad y factores culturales](#). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4(8/9).
- Organización Mundial de la Salud (2001). [Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas](#). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008). [Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca](#). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2009). [Women and Health. Today’s evidence, tomorrow’s agenda](#). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). [Global and regional estimate of violence against women, prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence](#). Ginebra: OMS.
- Philpot, C.L., Brooks, G.R., Lusterman, D.D. y Nutt, R.L. (1997). Warning: Sexist therapy may be hazardous to your health. En C.L. Philpot, G.R. Brooks, D.D. Lusterman y R.L. Nutt, [Bridging Separate Gender Worlds: Why Men and Women Clash and How Therapists Can Bring Them Together](#) (pp. 13-31). Washington, DC: American Psychological Association [DOI: 10.1037/10263-001].
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz-Pérez, I. (2004). [Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica](#). *Medicina Clínica*, 122(12), 461-467 [DOI: 10.1016/S0025-7753(04)74273-6].
- Risberg, G., Johansson, E.E. y Hamberg, C. (2011). [Important but of low status: male education leaders’ views on gender in medicine](#). *Medical Education*, 45(6), 613-624 [DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03920.x].
- Rottenbacher de Rojas, J.M. (2010). [Sexismo ambivalente, paternalismo masculino e ideología política en una muestra de adultos jóvenes de la ciudad de Lima](#). *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 9-18.
- Ruiz-Cantero, M.T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García-Calvente, M.J., Miqueo, C., Montero Piñar, M.I., Ortiz-Moncada, R., Ronda-Pérez, E., Ruiz Pérez, I. y Valls, C. (2007). [A framework to analyse gender bias in epidemiological research](#). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), 46-53 [DOI: 10.1136/jech.2007.062034].
- Sibley, C.G., Wilson, M.S. y Duckitt, J. (2007). [Antecedents of Men’s Hostile and Benevolent Sexism: The Dual Roles of Social Dominance Orientation and Right-Wing Authoritarianism](#). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(3), 160-172 [DOI: 10.1177/0146167206294745].
- Smitkova, H. y Kuruc, A. (2012). [Ambivalent sexism model in psychotherapy and counselling in Slovakia](#). *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 108(1), 22-28.
- Somarriba Arechavala, N. y Zarzosa Espina, P. (2019). [Quality of Life in the European Union: An Econometric Analysis from a Gender Perspective](#). *Social Indicators Research*, 142(1), 179-200 [DOI: 10.1007/s11205-018-1913-4].
- Travis, C.B. (2005). [Heart Disease and Gender Inequity](#). *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 15-23 [DOI: 10.1111/j.1471-6402.2005.00163.x].
- Valls Llobet, C. (2003). [Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias](#). *QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*, 27, 41-53.

Valor-Segura, I., Expósito, F. y Moya, M. (2011). [Victim Blaming and Exoneration of the Perpetrator in Domestic Violence: The Role of Beliefs in a Just](#)

[World and Ambivalent Sexism](#). *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 195-206 [DOI: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.17].

