

**EVALUACIÓN DEL SEXISMO AMBIVALENTE EN LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA. RESULTADOS PRELIMINARES.**

**Rosa Jiménez-García-Bóveda**  
FEA Psicología Clínica  
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Oriente.  
HUVRocío. Sevilla.  
e-correo: rjboveda@gmail.com

**Asunción Luque-Budia**  
FEA Psicología Clínica  
HUVRocío. Sevilla  
asun.luque@gmail.com

**Patricia Delgado-Ríos**  
Residente Psicología clínica  
HUVRocío. Sevilla  
patricia@websconencanto.es

**Matilde Rojo-Villalba**  
Programa de Salud Mental  
Servicio Andaluz de Salud  
matilde.rojo.sspa@juntadeandalucia.es

**Miguel Ruiz-Veguilla**  
FEA Psiquiatría  
HUVRocío. Sevilla  
mruizveguilla@yahoo.com

**María José Aguado-Romeo**  
Servicio Andaluz de Salud  
mariaj.aguado.sspa@juntadeandalucia.es

**Dolores García-Sánchez**  
Servicio Andaluz de Salud  
dologs@telefonica.net

**Juan Ignacio Paz-Rodríguez**  
Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía  
jignacio.paz@juntadeandalucia.es

**Miguel Moya-Morales**  
Catedrático de Psicología Social  
Facultad de Psicología. Universidad de Granada.  
mmoya@ugr.es

## **RESUMEN**

Una línea de investigación clave actualmente en Psicología es el estudio del constructo sexismo que aparece relacionado con factores de riesgo psicosocial y de salud en población femenina general. El objetivo de nuestra investigación se dirige al análisis del sexismo ambivalente (hostil y benévolo) en profesionales de salud mental pública de Andalucía mediante un estudio correlacional en una muestra de 945 profesionales, analizando la relación entre sexismo ambivalente y algunas características sociodemográficas, laborales y profesionales. Los resultados mostraron puntuaciones bastantes bajas en sexismo (inferiores a las encontradas en otros estudios) así como diferencias de género significativas tanto en sexismo hostil como benévolo, siendo más sexistas los hombres. De todas las profesiones de la red de salud mental, la Psicología Clínica se mostró como la menos sexista. No se encontraron diferencias significativas en sexismo en función del Modelo Teórico, salvo en quienes usaron Perspectiva de Género, que aparecieron como menos sexistas. Se encontró que a mayor sexismo menor detección de problemas relacionados con la desigualdad de género en la consulta, pero no se encontró relación entre sexismo y formación recibida en Perspectiva de Género.

### **PALABRAS CLAVE:**

Sexismo ambivalente, sexismo benévolo, sexismo hostil, salud mental.

## **ASSESSMENT OF AMBIVALENT SEXISM IN PROFESSIONALS FROM THE MENTAL HEALTH NETWORK IN ANDALUSIA (SPAIN). PRELIMINARY RESULTS**

### **ABSTRACT**

A currently very important line of research in psychology is about Ambivalent Sexism (that has two sub-components: hostile sexism –SH- and benevolent sexism –SB-). This construct appears related to health and psychosocial risk factors in the general female population. This research aims to investigate the relationship between the ambivalent sexism and some features of the professionals of mental health in Andalusia. Using a correlational methodology, we examined the relationship between sexism and some socio-demographic and labor characteristics of 415 professionals working in public mental health services in Andalusia. The results showed that scores in both types of sexism were quite low (less than those found in other studies), and significant differences were found between men and women in sexism (men scored higher on both types of sexism). Of all the network of mental health professions, clinical psychology seems the less sexist. No significant differences were found in sexism depending on the theoretical model (c-behavioural, psychoanalysis, systemic...), except with those who adopted a gender perspective, which appeared as less sexist. Finally, sexism was negatively related to the detection of problems associated with gender in the consultation, but not with training in gender issues.

### **KEYWORDS:**

Ambivalent sexism, benevolent sexism, hostile sexism, mental health.

## **EVALUACIÓN DEL SEXISMO AMBIVALENTE EN LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA. RESULTADOS PRELIMINARES**

### **INTRODUCCIÓN**

El Sexismo se ha definido como un conjunto de creencias tradicionales sobre los roles, características y conductas que se consideran apropiadas para mujeres y hombres y que tiene una influencia perniciosa sobre las mujeres. Esta ideología de género no es neutral y perpetúa la subordinación de las mujeres a los hombres (Glick y Fiske, 1996; Glick et al., 2000; Glick et al., 2001; Moya, 2004).

Una de las líneas actuales en Psicología Social se dirige a investigar el concepto de sexismo ambivalente (Expósito, Herrera, Moya y Glick, 2010; Glick et al., 1996; Glick et al., 2000; Glick et al., 2001). El estudio del constructo sexismo apenas se ha estudiado en Psicología Clínica. Se trata de un constructo complejo en su extensión y configuración que incluye a su vez dos subtipos de sexismo, sexismo hostil, ideología de género manifiestamente discriminatoria, violenta contra las mujeres, con tres factores (paternalismo dominador; diferenciación de género competitiva y hostilidad heterosexual); y sexismo benévolo, ideología sutil de discriminación de género con los factores: paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual. (Glick et al., 1996; Moya, 2004).

La evidencia empírica pone de manifiesto que ambos sexismos están positivamente relacionados y son una potente combinación que promueve la subordinación de las mujeres a los hombres, funcionando como un sistema articulado de recompensas y castigos que les indica cual es el sitio que se ha decidido para ellas (Glick et al., 2000; Moya, 2004).

Hay más sexismo en hombres que en mujeres. Se constata que a mayor sexismo, benévolo o/y hostil, mayor desigualdad y violencia de género, mayor dominancia social masculina (Sibley, Wilson, y Duckitt, 2007), menor acceso al poder en las mujeres, mayor tendencia a presionarlas y someterlas a papeles tradicionales reproductivos y de cuidados (esposa y madre), mayor probabilidad de que abandonen el logro profesional o soporten mayor discriminación laboral (Durán, Moya y Megías, 2011; Expósito, et al., 2010) y mayor control sobre su libertad (Moya, Glick, Expósito, De Lemus y Hart, 2007).

Algunos hallazgos relacionan el sexismo percibido con variables de salud y pérdida de salud mental (Borrell, Artazcoz, Gil-González, Pérez, Rohlf, y Pérez, 2010; Durán, et al., 2011; Moradi y Funderbuck, 2006).

En Psicología existen sesgos sexistas, tanto en los modelos teóricos como en la clínica y en la investigación (Davidson y Abramowitz, 2010; García-Dauder, 2005) lo que podría limitar la competencia sociocultural para detectar la desigualdad y la violencia de género en salud mental (Díaz-Lázaro, 2011; González-Aguado, González-Cases, López, Olivares, Polo y Rullas, 2013). Sin embargo, no se han encontrado estudios empíricos sobre creencias sexistas en profesionales de salud mental.

Con este estudio se pretende iniciar una línea de investigación en este tema, con una segunda fase que se centrará en la relación entre sexismo y medidas de sesgo diagnóstico, psicoterapéutico y farmacológico.

Con ello se pretende contribuir a mejorar la calidad asistencial, aumentar la competencia sociocultural de las y los profesionales, la equidad en la atención en salud mental, cumplir las normativas nacionales e internacionales sobre igualdad de género en salud y lograr niveles de formación actualizados y científicos, superando los sesgos androcéntricos obsoletos todavía presentes en el trabajo clínico, como instan organismos nacionales e internacionales desde hace décadas (Consejería de Salud, 2008; Instituto Andaluz de la Mujer, 2010; OMS, 2001, ONU, 1979).

## **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio descriptivo correlacional, que pretende conocer la posible existencia de sexismo en la red de profesionales de salud mental en el Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y su relación con variables demográficas y laborales.

Población: 2726 profesionales de Salud Mental del SSPA pertenecientes a cada una de las categorías existentes. Con un nivel estadístico del 5% y una potencia de contraste del 80% con un 3% de imprecisión máxima se obtuvo una muestra representativa de 945 profesionales de la red asistencial de salud mental de Andalucía. En una primera fase, se realizó estudio piloto a 193 personas para controlar posibles errores metodológicos.

El criterio de inclusión fue ser personal de las distintas categorías profesionales de Salud Mental. El criterio de exclusión fue el rechazo voluntario a participar.

Instrumentos:

- Escala de Sexismo Ambivalente (Ambivalent Sexism Inventory) (ASI) de Glick y Fiske (1996), (adaptada por Expósito, Moya y Glick, 1998). Consta de 22 ítems con 5 respuestas posibles (escala Likert desde 0 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). Mide dos tipos de sexismo: hostil y benévolo. Fiabilidad total: .90 y .88; correlación entre SH y SB, .66 y validez convergente, discriminante y predictiva adecuadas (Moya y Expósito. 2008).
- Hoja de datos sociodemográficos/laborales. Datos relativos a 1- sexo, 2- edad, 3- Unidad de Gestión Clínica (provincia a la que pertenece), 4- Centro Laboral (Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), Comunidad Terapéutica (CT), Hospital de Día (HD) y Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM), 5- Categoría Profesional (psicología clínica, psiquiatría, enfermería, trabajo social, terapeuta

ocupacional, auxiliar de enfermería y otras), 6-. Modelo Teórico de trabajo (sólo para FEA de psicología clínica y psiquiatría: modelos psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico, humanista, perspectiva de género, ecléctico, biológico), 7- Años de experiencia, 8- Tipo de Contrato (plantilla, contrato, en formación) 9- Detección de problemas relacionados con la desigualdad en las consultas (evaluada como 1 = Mucha; 2 = Bastante; 3 = Algo; 4 = Ninguna) y 10- Formación en Perspectiva de Género (sí o no).

Las variables independientes son: Sexo, Edad, Unidad de Gestión Clínica de pertenencia (provincia); Tipo de dispositivo de salud mental, Categoría profesional, Modelo Teórico con el que trabaja, Años trabajados en Salud Mental, Tipo de contrato y Formación en Perspectiva de Género.

La variable dependiente es Sexismo Ambivalente (Hostil-Benévolos), determinada por los valores obtenidos en puntuación global (sexismo ambivalente) y en dos factores (sexismo hostil-benévolos) de la escala ASI. La Detección de Problemas relacionados con la Desigualdad en Consulta fue la única variable de la Hoja de Datos Sociodemográficos y Laborales que se analizó como variable dependiente.

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

Se consideró un tiempo máximo para el reenvío de los instrumentos cumplimentados de 30 días. A los 60 días del plazo límite para la devolución, se realizó un segundo envío a los sujetos que no lo habían remitido. Actualmente en proceso tercer y último envío.

Análisis de datos: Para la descripción de todas las variables se utilizó la estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables cualitativas). Las variables cuantitativas se expresan como media aritmética  $\pm$  desviación estándar (en distribuciones normales). Para analizar las diferencias entre grupos (e.g., sexo, categoría profesional, etc.) se realizaron análisis de varianza o pruebas t. La relación entre variables continuas (e.g., sexismo y tiempo trabajado) se realizaron análisis de correlación.

## RESULTADOS

La muestra analizada estuvo compuesta por los 415 sujetos que contestaron a los instrumentos de evaluación enviados, lo cual supone una tasa de respuesta del 43.9%. El 68,2% fueron mujeres y el 31,8% hombres.

La categoría profesional de quienes participaron aparece recogida en la tabla núm. 1

	Frecuencia	Porcentaje
FEA Psicología Clínica	51	12,3
FEA Psiquiatría	64	15,4
Enfermería	95	22,9
En formación	26	6,3
Resto categorías	177	42,7

Tabla 1: distribución de respuesta por categoría profesional

La mayor parte de los cuestionarios recibidos, pertenecían a las categorías profesionales de terapia ocupacional (23,8%), seguida de trabajo social (19%) y psiquiatría (17%). Entre el personal facultativo (Psicología Clínica y Psiquiatría), las mujeres representan un 66%.

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias con un 33% de respuesta fue el tipo de dispositivo que más respondió frente al resto de servicios (Unidades de Rehabilitación de Salud Mental, Comunidad Terapéutica, Hospital de Día, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidad de Hospitalización de Salud Mental en Hospital General).

El Modelo Teórico de trabajo más frecuentemente referido era el modelo ecléctico (21%), seguido de los modelos psicodinámico y cognitivo-conductual con igual porcentaje (16%).

En relación con el Tipo de Contrato el 69,6% de los participantes llevaban menos de 15 años en activo, siendo personal titular el 62,7%.

Los resultados (tabla 2) mostraron puntuaciones en ambos tipos de sexismo bastante bajas, en comparación con otros estudios. En nuestro caso, los profesionales hombres puntuaron significativamente más alto en los dos tipos de sexismo. Dentro de cada sexo, las diferencias entre ambos tipos de sexismo no resultaron significativas ni en el caso de las profesionales mujeres,  $t(273) = -.24$ ,  $p = .81$ , ni en el de los profesionales hombres,  $t(127) = -.24$ ,  $p = .386$ .

	Sexo	N	Media	SD	F (1,401) (sexo)	p
Sexismo hostil	Hombre	128	1,07	1,07	11,28	,001
	Mujer	274	,74	,84		
Sexismo benévolo	Hombre	128	1,14	1,08	17,86	,000
	Mujer	274	,738	,80		

Tabla 2: Medias y desviaciones típicas en sexismo en función del sexo.

Como hemos indicado, estas puntuaciones son inferiores a las encontradas en otros estudios. En la figura 1 podemos ver los datos de sexismo hostil y benévolo de nuestra muestra con profesionales de salud mental frente a los mayores índices mostrados en la figura 2, obtenidos por Moya y Expósito (2008), con una muestra de población general compuesta por 2.833 hombres españoles con una edad media de 32.7 años y 2.400 mujeres con una edad media de 28.3 años.

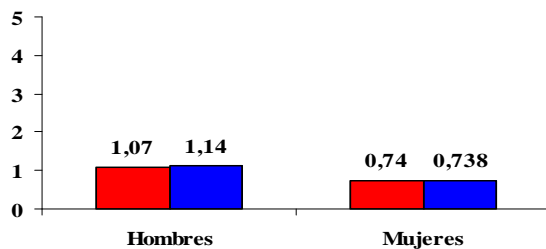


Figura 1: Resultados de profesionales de salud mental

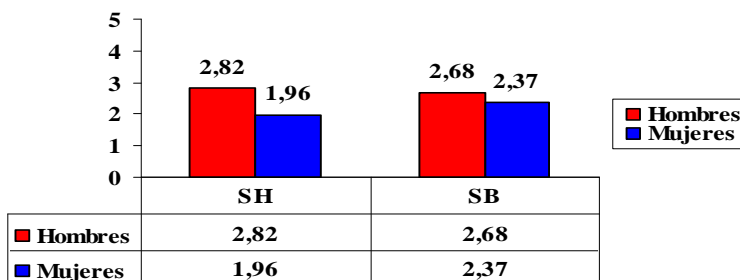


Figura 2: Población general española (Moya y Expósito, 2008)

En la siguiente tabla 3 pueden verse las puntuaciones obtenidas en SB y en SH según las diferentes categorías profesionales. Aunque aparentemente el grupo de Psicología Clínica parece ser el menos sexista en los dos tipos de sexismo, los resultados de un ANOVA y los análisis post hoc (Tukey) mostraron que solo fueron significativas las diferencias en SB entre FEA Psicología Clínica y el resto de categorías. Ninguna de las demás comparaciones entre las categorías profesionales, ya fuera en SB o en SH resultaron significativas.

		N	Media	Desviación típica
SB	FEA Psic. Clínica	51	,4881	,57904
	FEA Psiquiatría	64	,8206	,84357
	Enfermería	95	,8236	,90639
	EIR	26	,8479	,65944
	Resto categorías	177	,9782	1,02131
SH	FEA Psicología Clínica	51	,5900	,82969
	FEA Psiquiatría	64	,7450	,85333
	Enfermería	95	,8194	,94556
	EIR	26	,7773	,60571
	Resto categorías	177	,9402	,96815

Tabla 3: Distribución de sexismo benévolo y hostil por categoría profesional

Por otro lado, y refiriéndonos específicamente a la categoría de Psicología Clínica, también se cumplía la diferencia en niveles de sexismo entre los psicólogos clínicos y las psicólogas clínicas (tabla 4).

		N	Media	Desviación típica	Sig.
SB	Mujer	34	,3524	,39957	,016
	Hombre	16	,7727	,79876	
SH	Mujer	34	,5401	,87511	,837
	Hombre	16	,5909	,64454	

Tabla 4: Distribución de sexismo benévolo y hostil por sexo dentro de la categoría profesional de Psicología Clínica.

En la siguiente tabla 5 aparece la relación entre SB y SH con Edad y Detección de Problemas relacionados con la Desigualdad en consulta. El patrón es muy similar en hombres y en mujeres. En ambos grupos, a mayor edad, más sexismo benévolo y a mayor SB menos detección de problemas de desigualdad de género en la consulta (recuérdese que en esta variable, mayores puntuaciones indicaba que encontraban menos problemas de este tipo en la consulta). Merece también destacarse que estas correlaciones son más altas en el caso de los hombres. Igualmente, en el caso del SH, cuánto más alta era la puntuación en él, menos detección (hombres y mujeres coinciden) de problemas de género en la consulta.



sexo		SH	edad	Detección problemas desigualdad género
Mujer	SB	,523(**) ,000 274	,121(*) ,045 274	,161(**) ,008 269
	SH	1 274	,072 ,237 274	,201(**) ,001 269
Hombre	SB	,689(**) ,000 128	,256(**) ,004 128	,175(*) ,049 127
	SH	1 128	,136 ,125 128	,254(**) ,004 127

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 5: Distribución del sexismo por sexo, edad y detección de problemas de desigualdad de género

Los datos obtenidos en relación con la variable Formación en Perspectiva de Género mostraron que no había menores niveles de sexismo en las y los profesionales formados (tabla 6).

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
SB	Inter-grupos	,664	1	,664	,821	,365
	Intra-grupos	316,960	392	,809		
	Total	317,624	393			
SH	Inter-grupos	,806	1	,806	,992	,320
	Intra-grupos	318,189	392	,812		
	Total	318,995	393			

Tabla 6: Diferencias en sexismo ambivalente en función de la presencia de formación en perspectiva de género.

En la Tabla 7, observamos la distribución por categorías profesionales de la consideración de la necesidad de Formación en Perspectiva de Género. Existen diferencias significativas entre las categorías profesionales, aunque todas muestran altas puntuaciones (consideran muy necesaria la formación en perspectiva de género), es Psicología Clínica el grupo de profesionales que más bajo puntúa respecto a este ítem, o sea parece expresar menos necesidad de formación.

			Percepción necesidad formación PG			
			sí	No	3,00	Total
Categ Profes	FEAPsicología Clínica	Recuento	39	12	0	51
		% de Categ Profes	76,5%	23,5%	,0%	100,0%
		% de Percepción necesidad formación PG	10,6%	30,0%	,0%	12,5%
		% del total	9,6%	2,9%	,0%	12,5%
	FEA Psiquiatría	Recuento	52	11	0	63
		% de Categ Profes	82,5%	17,5%	,0%	100,0%
		% de Percepción necesidad formación PG	14,2%	27,5%	,0%	15,4%
		% del total	12,7%	2,7%	,0%	15,4%
	Enfermería	Recuento	92	1	0	93
		% de Categ Profes	98,9%	1,1%	,0%	100,0%
		% de Percepción necesidad formación PG	25,1%	2,5%	,0%	22,8%
		% del total	22,5%	,2%	,0%	22,8%
	Formación	Recuento	22	4	0	26
		% de Categ Profes	84,6%	15,4%	,0%	100,0%
		% de Percepción necesidad formación PG	6,0%	10,0%	,0%	6,4%
		% del total	5,4%	1,0%	,0%	6,4%
	Resto categorías	Recuento	162	12	1	175
		% de Categ Profes	92,6%	6,9%	,6%	100,0%
		% de Percepción necesidad formación PG	44,1%	30,0%	100,0%	42,9%
		% del total	39,7%	2,9%	,2%	42,9%
	Total	Recuento	367	40	1	408
		% de Categ Profes	90,0%	9,8%	,2%	100,0%
		% de Percepción necesidad formación PG	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	90,0%	9,8%	,2%	100,0%

Tabla 7: Categorías profesionales y necesidad de formación profesión

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran que los y las profesionales de salud mental del Sistema Público de Salud de Andalucía presentan unos niveles de sexismo ambivalente más bajos que la población general.

Coincidiendo con los hallazgos de otras investigaciones, los hombres del estudio presentan un nivel significativo de sexismo más alto que las mujeres, tanto en su dimensión hostil como benévola.

Dentro de las categorías profesionales de la red de salud mental, la psicología clínica es la menos sexista, en especial en sexismo benévolo. No obstante, los psicólogos clínicos mantienen puntuaciones más altas en sexismo benévolo que sus compañeras psicólogas clínicas, lo que parece indicar en los hombres psicólogos clínicos un rechazo abierto a aquella forma de sexismo hostil claramente discriminatoria contra las mujeres pero con un sexismo de carácter aparentemente protector que mantiene de forma más larvada la situación de desigualdad. Este sexismo benévolo más presente que el hostil en toda la muestra estudiada justifica de manera más sutil la desigualdad de género, con creencias sexistas protectoras hacia las mujeres con roles tradicionales.

Dentro de las y los profesionales facultativ@s, no se han encontrado diferencias significativas en sexismo en función del Modelo Teórico que utilizan en su quehacer clínico (Psicoanálisis, Cognitivo-Conductual, etc.), salvo en el caso de las y los que utilizan la Perspectiva de Género, que aparecen como menos sexistas que el resto.

De especial importancia es la relación significativa encontrada entre mayores niveles de sexismo (hostil y benévolo) y menor grado de detección de problemas de desigualdad en consulta. Como señala Díaz-Lázaro (2011), los prejuicios o sesgos de género podrían afectar a la competencia como terapeutas y agentes de salud, al no recogerse ni abordarse problemas y síntomas relacionados con la desigualdad y el sexismo en la evaluación e intervenciones en salud mental.

La necesidad de entrenamiento de las y los profesionales en competencias para la detección del sexismo, que pasa por reconocimiento de los propios sesgos, el conocimiento de la Perspectiva de Género y la adquisición de habilidades específicas en la intervención, cobra por tanto una gran importancia. En nuestro estudio, todas las categorías profesionales señalan la importancia de formarse en Perspectiva de Género.

En este sentido, por último, un dato que invita a la reflexión es la falta de relación significativa entre el nivel de sexismo y haber recibido formación en Perspectiva de Género. La formación realizada hasta el presente desde la Línea Estratégica de Género (II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía) ha focalizado su objetivo en la sensibilización de las y los profesionales contra la desigualdad y la violencia de género y ha presentado la limitación de no incluir módulos específicos de reestructuración cognitiva de creencias sexistas, lo que ha podido influir en la ausencia de correlación entre estas dos variables.

Incluir estrategias de cambio de las creencias sexistas, se constituye, a la vista de estos resultados, como una parte fundamental en los programas de formación de profesionales, en salud mental y en cualquier especialidad de salud pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Borrell, C., Artazcoz, L., Gil-González, D., Perez, G., Rohlf, I. y Perez, K. (2010). Perceived sexism as a health determinant in Spain. *Journal of Women's Health*, 19, 4, (741-750).

Consejería de Salud (2010). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA 2008-2012)*. Estrategia 3: Salud Mental y Género. Junta de Andalucía.

Davidson, C. V. y Abramowitz, S. J. (2010). Sex Bias in Clinical Judgement: Later Empirical Returns. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 4, 3, (377-395).

Díaz-Lázaro, CM., (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos: el primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo*, 2011, 32, 3, (274-281).

Durán, M., Moya, M., Megías, J. L. (2011). It's his right, it's her duty: Benevolent sexism and the justification of traditional sexual roles. *Journal of Sex Research*, 48, (470-478).

Expósito, F., Herrera, M., 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, (20-26).

Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13, (159-169).

García Dauder, S. (2005). *Psicología y Feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en Psicología*. Narcea: Madrid.

Glick, P. y Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, (491-512).

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).

Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Sáiz, J., Abrams, D., Masser, B. et al. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, (763-775).

González-Aguado F., González-Cases J., López M., Olivares, D., Polo C., Rullas M. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, vol XI, nº 45, (23-32).

Instituto Andaluz de la Mujer (2010). *1º Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía, 2010-2013*.

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*, 3, 4, (464-473).

Moya, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch (Coords.), *Psicología y Género*, (272-294). Pearson Prentice Hall: Madrid.

Moya y Expósito, F. (2008). Sexismo: los efectos perniciosos de una ideología ambivalente. En J.F. Morales, Huici, C., Gómez, A. y Gaviria E. (Coords.), *Método, teoría e investigación en psicología social*. (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*, 23, 10, (1421-1434).

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS: Ginebra.

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, (160-172).