



UAI

**Universidad Abierta
Interamericana**

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Artículo científico

Sexismo Ambivalente y Habilidades de Comunicación en profesionales de la salud que trabajan en atención de adicciones

Autor: Agustina Ramos

Legajo: 67804

Tutor: Lic. Carolina De Grandis

Co-tutor: Lic. Paula Gerardi

A obtener el título de Licenciatura en Psicología

Agosto 2022

Resumen

El objetivo del siguiente trabajo fue relacionar el Sexismo Ambivalente y las Habilidades de Comunicación en profesionales de la salud que trabajan en atención de adicciones. El muestreo se llevó a cabo desde mayo a julio 2022 y la muestra se conformó con $n=115$ profesionales del Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) que tenían edades comprendidas entre 24 y 67 años de edad ($M=44.13$; $DE=10.75$). Se utilizó el Inventario de Sexismo Ambivalente [ASI] (Vaamonde & Omar, 2012), la Escala de Habilidades de Comunicación [EHC] (Leal Costa et al., 2019) y un cuestionario de datos sociodemográficos construido para cumplir con los objetivos del estudio. La hipótesis general se confirmó, encontrando que a medida que aumentan los niveles sexismo ambivalente (hostil y benevolente) disminuyen las habilidades de comunicación, a excepción de la habilidad social que no correlaciona con el sexismo. Asimismo, también se observó una correlación positiva de la edad con todos los factores del sexismo ambivalente. Por último, se observaron diferencias en función de variables sociodemográficas tales como género, antigüedad laboral, profesión, dispositivo, sector y formación en perspectiva de género, las cuales han sido detalladas en los resultados y discusión del artículo.

Palabras clave: Sexismo ambivalente – Habilidades de Comunicación – Profesionales de la salud - Adicciones.

Abstract

The aim of the following study was to relate Ambivalent Sexism and Communication Skills in health professionals working in addiction care. The sampling was carried out from May to July 2022 and the sample consisted of $n=115$ professionals from the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA) who were between 24 and 67 years of age ($M=44.13$; $SD=10.75$). The Ambivalent Sexism Inventory [ASI] (Vaamonde & Omar, 2012), the Communication Skills Scale [EHC] (Leal Costa et al., 2019) and a sociodemographic data questionnaire constructed to meet the study objectives were used. The general hypothesis was confirmed, finding that as ambivalent sexism (hostile and benevolent) levels increase, communication skills decrease, with the exception of social skill, which does not correlate with sexism. Likewise, a positive correlation of age with all factors of ambivalent sexism was also observed. Finally, differences were observed according to sociodemographic variables such as gender, seniority, profession, device, sector and training in gender perspective, which have been detailed in the results and discussion of the article.

Key words: Ambivalent sexism - Communication skills - Health professionals - Addictions.

Introducción

La presente investigación está basada en el estudio del Sexismo Ambivalente (ASI) y las habilidades de comunicación en profesionales de la salud que trabajan en atención de adicciones. El interés por la temática surge de considerar que uno de los principales problemas en el ámbito de las adicciones, es la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios (Sabaté, 2004).

Si bien tanto hombres como mujeres pueden presentar problemáticas de consumo, en comparación con los hombres, las mujeres adictas suelen experimentar un estigma mucho más estresante y destructivo (Goffman, 1993). Esto lo confirman Ortiz García y Clavero Mira (2014) en su investigación, donde concluyen que las mujeres reciben una doble discriminación, no sólo por el hecho de ser consumidoras o tener una problemática de adicción, sino también por su condición de mujer. En este sentido, cualquier sistema de inequidad que contribuya a deteriorar el poder de la mujer, su integridad, su autoestima o su voluntad influye en gran medida en la continuidad de su tratamiento, contribuyendo a perpetuar su problema de adicción y a intensificar sus consecuencias dolorosas (Van den Bergh, 1991; Ettore, 1992). Por este motivo, autores como Romero Mendoza et al. (1996) destacaron que es importante investigar el sexismo y sus efectos en relación a los profesionales tratantes en el ámbito de las adicciones, ya que el entrenamiento y la supervisión del equipo de profesionales resulta necesario para disminuir las actitudes sexistas en los tratamientos de adicción.

El concepto de ASI fue desarrollado por Glick y Fiske (1996) con la intención de dar cuenta que, aunque puede existir un sentimiento de hostilidad manifiesto hacia las mujeres, también existen otros sentimientos que pretenden ser más positivos, pero que no por eso dejan de estar relacionados con cierta hostilidad. El constructo hace referencia a la conjunción de dos sentimientos caracterizados como antagónicos (Rodríguez Castro et al.,

2009). De esta manera, el concepto de sexismo es definido por los autores como multidimensional, compuesto de dos actitudes: sexismo hostil y sexismo benevolente, las cuales funcionan como un sistema de castigo/recompensa hacia la mujer (Vaamonde & Omar, 2012).

En este sentido, el ASI se conceptualiza en función de las actitudes positivas y negativas dirigidas hacia ambos géneros: masculino y femenino (Glick & Fiske, 1996). Si bien el sexismo es una cualidad que puede presentarse en toda la población sin distinción de género, las investigaciones en los últimos años se han centrado principalmente en la relación de éste con la población femenina, debido a las diferencias trans-culturales que este grupo presenta con respecto a los hombres (Forbes et al., 2004; Recio et al., 2007; Swim & Hyers, 2009).

Por un lado, el sexismo hostil es lo que anteriormente se denominaba sexismo tradicional: la actitud discriminatoria o antipatía hacia el sexo femenino que da cuenta de las mujeres como débiles e inferiores, basándose en estereotipos negativos e intolerantes (Glick et al., 2000). Tiene una gran carga negativa hacia las mujeres, principalmente hacia aquellas que no cumplen el rol impuesto por la sociedad (Rodríguez Castro et al., 2009).

Por otro lado, se encuentra la otra cara del ASI, lo que Glick et al. (2000) denominaron sexismo benevolente. Este tipo de sexismo refiere a actitudes hacia la mujer enmarcadas en roles estereotipados y limitados (madre, esposa, ama de casa) acompañados de una carga o tonalidad afectiva positiva. Se debe tener en cuenta que no por eso, el sexismo benevolente deja de ser igual de prejuicioso que el hostil, ya que la discriminación en estas actitudes se encuentra enmascarada. Este tipo de sexismo se encarga de darle una continuidad a los roles tradicionales, recompensando a la mujer que cumple con ellos, que no sale de su posición “aceptando la supremacía masculina” (Rodríguez Castro et al., 2009).

El sexismo benevolente está compuesto por tres dimensiones. En primer lugar, el paternalismo protector da cuenta de la percepción de debilidad y fragilidad que tienen los hombres de las mujeres, aquellas a las que hay que defender, cuidar y por eso, se hace necesario que ejerzan roles que no las pongan en peligro. La segunda dimensión se denomina diferenciación de género complementaria y da cuenta de la necesidad que tienen los hombres de las mujeres, ya que ellas poseen características positivas, siempre y cuando se mantengan en su posición convencional. Esta característica es entendida como un “poder diádico” que genera complementariedad entre los sexos. Por último, la dimensión denominada intimidad heterosexual permite pensar que la motivación sexual del hombre hacia la mujer puede estar ligada a un deseo de intimidad y de relación romántica; los autores utilizan el término “dependencia diádica” para dar cuenta de la necesidad que tiene el grupo dominante de acercamiento al grupo subordinado, entendiendo a éste último como aquel que tiene las herramientas para satisfacer al dominante (Rodríguez Castro, et al., 2009).

Arjona Martín y García Ramírez (2014) destacan que el ASI es un fenómeno social que puede presentarse en reiterados momentos, en distintas situaciones y en diversos contextos. Esta característica no escapa al ámbito de salud, ni mucho menos, a los tratamientos de adicciones. En una investigación desarrollada con profesionales de la salud, Noriega et al. (2018) encontraron que los niveles de sexismo guardan relación con la implicación de los profesionales en los tratamientos. De esta manera, aquellos profesionales con mayores niveles de sexismo hostil tienden a implicarse menos, mientras que, los que tienen mayor sexismo benevolente tienden a formarse menos, y se implican en mayor grado cuando sus pacientes mujeres se adaptan a un rol preestablecido para el tratamiento.

Otros autores destacaron que el acceso, adherencia y curso del tratamiento de mujeres con adicciones se ve afectado por distintos factores vinculados al estigma social y a la inequidad de género. Por una parte, Jeifetz (2016) concluyó que, aunque los profesionales

den cuenta de representaciones vinculadas a la equidad de género, éstas no se ven reflejadas en sus tratamientos. Asimismo, en la estructura y la dinámica de los hospitales e instituciones de tratamiento de adicciones se observa inequidad de género, desde el modo en que distribuyen las camas de los pacientes hasta la manera de organizar actividades. Estos factores influyen en el modo en que las mujeres con problemática de adicción adhieren a sus tratamientos. Por otra parte, Márquez Sánchez y Lorenzo Aparicio (2016) identificaron que existe un estigma social hacia las personas con problemáticas de adicción, el cual se dirige con mayor ímpetu hacia las mujeres. En este sentido, los profesionales suelen mantener un prejuicio hacia la mujer que sufre de adicciones y tiene hijos, el cual determina el acceso y la continuidad de su atención en salud y deja ver la desigualdad de género en el abordaje del abuso de sustancias.

A través de diversos estudios, tanto experimentales como de observación, se ha descubierto que una de las herramientas que se considera de suma importancia en el tratamiento de personas con problemáticas de consumo es la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Los resultados han aportado información relevante con respecto a: la satisfacción del paciente (Brédart et al., 2005) y del profesional (Roter et al., 1987); la adherencia del paciente al tratamiento (Loh et al., 2007); la contención de costes (Stewart et al., 2000); la prevención de problemas médico-legales (Moore et al., 2000); la prevención del desgaste emocional (Cebrià et al., 2006) y del síndrome de burnout (Leal Costa & Díaz Agea, 2015); el incremento de los indicadores de calidad asistencial (Franks et al., 2006) y la obtención de mejores resultados en salud (Trummer et al., 2006).

Las habilidades de comunicación en los profesionales de salud fueron definidas por Leal-Costa et al. (2016) como el conjunto de técnicas y conductas que todo profesional debe poseer y a través de las cuales puede transmitir sus impresiones, expectativas, deseos y necesidades, a un paciente con el que forma un tipo de vínculo específico. El objetivo

principal de dicho vínculo es acompañarlo en la búsqueda de la mejora, lograr cambios y aumentar su bienestar, una tarea para la cual las habilidades de comunicación le proporcionan un mayor nivel de competencia y seguridad al momento de intervenir. La comunicación en el ámbito de la salud se caracteriza por el desarrollo de un entendimiento mutuo, tanto por parte del profesional como del paciente; de un tratamiento enfocado en las necesidades de éste último y principalmente, de un vínculo profesional centrado en la empatía, la confianza y el respeto entre ambos.

El constructo de habilidades de comunicación no es único, sino que está compuesto por cuatro sub-constructos: comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social. La comunicación informativa da cuenta de la habilidad que tienen los profesionales para indagar y obtener información de los pacientes en forma integral. A su vez, hace referencia al modo con el que se provee la información o una devolución adecuada, asegurándose el entendimiento y la comprensión del paciente. Por una parte, la empatía hace referencia a la capacidad que tiene el profesional de poder comprender los sentimientos y emociones del paciente, este entendimiento es evidenciado por el mismo en el vínculo con su profesional. Por otra parte, el subconstructo respeto alude a la forma en que el profesional recibe y comprende al paciente, sin prejuicios moralizantes. Por último, habilidad social da cuenta de las habilidades que deben poseer los profesionales para sostener el vínculo con el paciente de forma asertiva. Es decir, la capacidad de expresar emociones, deseos y opiniones de forma adecuada en el contexto específico del vínculo (Leal Costa et al., 2019).

Llor Lozano et al. (2020) realizó un estudio con profesionales de urgencias y cuidados críticos, en el que encontró que los profesionales con altas puntuaciones en habilidades de comunicación percibían mayor autoeficacia en sus tratamientos y se sentían personalmente realizados. Estos puntajes también se asociaron a una menor percepción de agotamiento emocional y despersonalización. A su vez, se destacó que los hombres de la muestra eran

quienes presentaban mayores habilidades de comunicación, excepto en empatía. Las habilidades de comunicación no sólo se vinculan con la salud mental del profesional, sino también con la calidad del tratamiento que brinda y con su capacidad de intervención.

Pérez Stable y El Toukhy (2018) desarrollaron una investigación basada en la comunicación entre paciente y clínico. Entre sus hallazgos, destacaron una serie de factores intervinientes en una comunicación de poca calidad: (1) la falta de herramientas de comunicación por parte de los profesionales, (2) la escasa formación en comunicación entre paciente y clínico y (3) factores del paciente vinculados a minoridad a la que pertenece, entre ellos, el tipo de género.

Cuando las creencias del profesional interfieren en el vínculo con el paciente, el campo de intervención se ve sesgado. Así lo afirman Jiménez García Bóveda et al. (2021) en su investigación, llevada a cabo con profesionales de la salud. Los autores hallaron que niveles elevados de sexismo imposibilitaban al profesional evidenciar problemas de desigualdad de género en las consultas. Por el contrario, niveles bajos de sexismo, permitían que los profesionales detectaran con mayor facilidad estas problemáticas.

No es llamativo que la demanda de tratamiento por parte de las mujeres sea categorizada como más baja. Setien (2018) relevó, a través de entrevistas realizadas tanto a usuarias consumidoras de sustancias psicoactivas, como a los profesionales de los servicios seleccionados, que la mayoría de las mujeres entrevistadas describían la vergüenza como uno de los factores más importantes al momento de pedir ayuda, influyendo ésta en una menor demanda. Los profesionales reafirman esta diferencia de demandas entre hombres y mujeres, entendiendo las diferencias de trayectorias de consumo entre ambas poblaciones, pero sin llegar a problematizar en profundidad esta cuestión. Por este motivo, la autora convoca a problematizar los roles y responsabilidades que son atribuidos a la población femenina y, muchas veces, considerados obstáculos o excusas dentro del contexto de tratamiento.

En la misma línea, Hansen Rodríguez (2019) afirma que los tratamientos evidencian fallas en relación al género femenino, con respecto a la forma que están pensados, la estructura, la disponibilidad, entre otros aspectos que dan cuenta de una escasa capacitación de los profesionales en abordajes específicos para mujeres atravesadas por esta problemática. Por consiguiente, resulta pertinente e imprescindible que se revalúen los diseños de tratamientos y abordajes en todos los niveles, tanto desde la investigación, como de la formación de los profesionales tratantes, los servicios de prevención y de atención, y la oferta de tratamientos disponibles, atravesados desde la sensibilización.

En lo que respecta a las habilidades de comunicación de los profesionales en los tratamientos, Rojas Izquierdo y González Escalona (2018) destacan que son un requerimiento sumamente valioso para la resolución de problemáticas que pueden presentarse en distintas situaciones comunicativas. Asimismo, advierten la importancia de capacitar a los profesionales de la salud en habilidades de comunicación durante la etapa de formación. En Estados Unidos, otros investigadores, realizaron un estudio en el que entrevistaron un grupo de profesionales de salud que trabajaban en el tratamiento de adicciones. Entre las principales conclusiones, los propios entrevistados destacaron que durante su formación y experiencia aprendieron a reflexionar sobre el modo en el que dirigen a sus pacientes, el lenguaje que utilizan y cómo ello influye en el curso del tratamiento por consumo de sustancias (Holt et al., 2017).

Por todo lo mencionado, desde el punto de vista de la relevancia teórica, el presente estudio contribuirá a incrementar el conocimiento sobre la temática abordada. De esta manera, será posible indagar las relaciones entre el sexismo ambivalente y las habilidades de comunicación en el ámbito de la salud y, más específicamente, en el trabajo profesional con pacientes que presentan consumo problemático. La importancia de investigar la temática radica en que, luego de llevar a cabo una amplia revisión de la literatura existente, resulta

difícil encontrar investigaciones que vinculen estas variables, que se hayan realizado en Argentina y, aún más, que se focalicen en el ámbito de las adicciones. Sin embargo, si se ha observado una relación conceptual entre ellas que argumenta la realización del estudio. En este sentido, Rojas Izquierdo y González Escalona (2018) realizaron una revisión teórica y advirtieron que existe un déficit de estudios que aborden la importancia de las habilidades de comunicación en los profesionales de salud en general; por lo que, el desarrollo de habilidades comunicativas en los profesionales depende de que se lleven a cabo nuevas propuestas metodológicas que se fundamenten de manera científica.

En cuanto a la relevancia práctica, los profesionales de la salud y, particularmente, aquellos dedicados al ámbito de las adicciones, podrán valerse de los resultados del estudio para desarrollar estrategias de intervención que permitan perfeccionar las habilidades de comunicación de los profesionales. En otros aspectos de la labor profesional, podrán desarrollarse talleres de prevención relacionados a temáticas de género, dirigidos a los profesionales y orientados a modificar y/o prevenir actitudes de prejuicio y discriminación. Incluso, podrá ser un aporte a la hora de pensar en el funcionamiento de los distintos dispositivos e instituciones de atención sanitaria.

La población que se compone por los profesionales y los usuarios de los servicios de salud, es la principal beneficiaria de los resultados de esta investigación. En este sentido, el estudio puede contribuir a que las personas comiencen a cuestionarse algunas creencias vinculadas al género y, muchas veces tan arraigadas, que llevan a tener actitudes sexistas. En el aspecto social, es de relevancia explorar la relación entre ambos constructos, partiendo del supuesto de que tanto el sexismo como las habilidades de comunicación repercuten en el comportamiento social de las personas y, por consecuencia, en el vínculo que se genera entre profesionales y pacientes.

Por tanto, el presente estudio se propuso responder la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo son las relaciones entre el sexismo ambivalente y las habilidades de comunicación en profesionales de salud que trabajan en atención de adicciones? El objetivo general buscó relacionar el sexismo ambivalente y las habilidades de comunicación de los profesionales de salud que trabajan en atención de adicciones. Los objetivos específicos fueron: (1) caracterizar la muestra según variables sociodemográficas, (2) describir el sexismo ambivalente y las habilidades de comunicación, (4) comparar el sexismo ambivalente y las habilidades de comunicación según variables sociodemográficas. La hipótesis general sostuvo que a medida que aumentan los niveles sexismo ambivalente (hostil y benevolente) disminuyen las habilidades de comunicación; mientras que, la hipótesis específica sostuvo que existe una correlación positiva entre la edad y el sexismo hostil, siendo que el sexismo hostil aumenta a medida que aumenta la edad de los profesionales.

Método

Diseño

El estudio es de tipo no experimental descriptivo-exploratorio con un alcance correlacional en el que se implementó una metodología cuantitativa de corte transversal sincrónico (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por decisión razonada. De esta manera, los participantes de la muestra fueron seleccionados de acuerdo con algunas de sus características. El proceso de elección se realizó aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007).

El muestreo se llevó a cabo desde mayo a julio 2022 y la muestra se conformó con n= 115 profesionales del Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) que trabajan en atención de adicciones. Los participantes tenían una media de edad de 44.13 (DE=10.75; Mín.=24; Máx.=67) de los cuales, el 53% (n=62) se identificaba con el género femenino, el 46.1% (n=53) con el género masculino y 0.9% (n=1) con el género no binario. Del total de participantes, el 33.9% (n=39) mencionó ser psicólogo/a, el 32.2% (n=37) operador socio terapéutico/a, el 13% (n=15) trabajador/a social, el 11.3% (n=13) médico/a, el 0.9% (n=1) enfermero/a, el 2.6% (n=3) tallerista, el 2.6% (n=3) educador/a y, por último, el 3.5% (n=4) administrativo/a.

En relación al dispositivo en que desempeña su función, el 37.4% (n=43) trabaja en unidad residencial; el 25.2% (n=29) en centro de día y el 37.4% (n=43) en ambulatorio. En lo que respecta al tipo de sector en el que desempeña su función, el 37.4% (n=43) indicó trabajar en el sector público, el 40% (n=46) en el privado y el 22.6% (n=26) en ambos; a su vez, el 15.7% (n=18) trabaja en C.A.B.A, el 73.9% (n=85) en Gran Buenos Aires y el 10.4% (n=12) en ambos. Del total de los profesionales participantes, el 4.3% (n=5) tiene una antigüedad laboral de menos de 1 año, el 8.7% (n=10) entre 1 y 3 años, el 23.5% (n=27) entre 4 y 10 años y por último, el 63.5% (n=73) más de 10 años de antigüedad laboral en el ámbito de adicciones. Finalmente, en lo que respecta a formación en perspectiva de género, el 60% (n=69) de los encuestados respondió que posee formación, mientras que el 40% restante (n=46) no la posee.

Criterios de Exclusión

Se decidió excluir de la muestra a todas aquellas personas que, pese a cumplir con los criterios de inclusión, presentan una condición crónica que les impide comprender de forma integral las consignas y objetivos de las técnicas administradas, en pos de evitar la posible contaminación de los datos.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc. Compuesto por preguntas relacionadas a la edad, género, profesión, dispositivo en el que desempeña su función (centro de día, internación, consultores externos), tipo de dispositivo (público o privado), antigüedad laboral, si tiene formación en perspectiva de género.

Inventario de Sexismo Ambivalente [ASI] (Glick & Fiske, 1996) en su versión validada para población argentina por Vaamonde y Omar (2012). El inventario está compuesto por 22 ítems que miden el sexismo hostil como factor único y el sexismo benevolente a través de tres componentes (paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual). Los ítems se presentan en forma afirmativa y los sujetos deben responder utilizando una escala de respuesta de tipo Likert de 5 puntos, donde 1= “Muy en desacuerdo” y 5= “Muy de acuerdo”. A mayor puntaje, mayores actitudes neosexistas. La validez del ASI quedó demostrada con base en los análisis de correlación efectuados y la confiabilidad del instrumento alcanzó niveles satisfactorios ($\alpha=.87$).

Escala de Habilidades de Comunicación [EHC] (Leal Costa et al., 2015) en su versión validada por Leal Costa et al. (2019). La escala está compuesta por 18 ítems que miden cuatro dimensiones que componen el constructo habilidades de comunicación: comunicación informativa, empatía, respeto y habilidades sociales. Los ítems se presentan en forma inversa y los sujetos deben responder utilizando una escala de respuesta de tipo Likert de 6 puntos, donde 1= “Casi nunca” y 6= “Muchísimas veces”. La EHC ha demostrado tener unas adecuadas propiedades psicométricas, la consistencia interna por alfa de Cronbach de todas las dimensiones obtuvo puntajes entre .65 y .78.

Procedimiento

Los participantes respondieron forma anónima y voluntaria, un cuestionario autoadministrado realizado a través de Google Forms. Dicho cuestionario fue respondido sin límites de tiempo y enviado en un solo momento. Ninguno de ellos recibió compensación económica por la realización de la tarea y, si bien recibieron información sobre los objetivos generales de la investigación, no se detallaron los objetivos específicos ni las hipótesis de la misma. Los integrantes de la muestra aceptaron un consentimiento informado para su participación en el estudio.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron sistematizados con el software IBM-SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) versión 26. Se exploró la distribución de cada variable a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, observándose que podía asumirse anormalidad en cada una de ellas ($p < .05$), por lo que se decidió trabajar con estadísticos no paramétricos. Se realizaron análisis de correlación utilizando Rho de Spearman para evaluar la posible existencia de asociaciones entre variables. Luego, se emplearon los estadísticos U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis para el análisis de comparación de grupos.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, si bien el género no binario se incluyó en la descripción de la muestra no se tuvo en cuenta al momento de analizar los resultados, ya que representaba menos del 1% del total de participantes. Lo mismo sucede con algunas profesiones como enfermero/a, tallerista, educador/a, administrativo/a, los cuales representaban menos del 5% del total de la muestra y, por su baja frecuencia, no se consideraron en el análisis de las diferencias de grupos.

Resultados

Estadística Descriptiva

Tabla 1.

Descripción del Sexismo Ambivalente y sus factores.

<i>Sexismo Ambivalente (ASI)</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Sexismo hostil	20.14	11.19	11	54
Sexismo benevolente	18.37	7.59	11	49
Paternalismo protector	7.11	3.04	4	19
Diferenciación de género complementaria	6.06	3.28	3	15
Intimidad heterosexual	5.20	2.6	4	18

Se observaron las siguientes medias (M) y desviaciones típicas (DT) en los factores de la variable Sexismo Ambivalente (ASI): sexismo hostil, sexismo benevolente, paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual (ver tabla 1).

Tabla 2.

Descripción de la variable Habilidades de Comunicación y sus dimensiones.

<i>Habilidades de Comunicación (EHC)</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Empatía	27.28	2.84	18	30
Comunicación informativa	32.52	3.28	21	36
Respeto	17.03	1.32	12	18
Habilidad social	18.98	3.97	6	24

Se observaron las siguientes medias (M) y desviaciones típicas (DT) en las dimensiones de la variable Habilidades de Comunicación (EHC): empatía, comunicación informativa, respeto y habilidad social (ver tabla 2).

Correlaciones

Tabla 3.

Correlación entre las Variables.

	<i>Empatía</i>	<i>Comunicación informativa</i>	<i>Respeto</i>	<i>Habilidad social</i>
<i>Sexismo hostil</i>	-.407**	-.362**	-.414**	.002
<i>Sexismo benevolente</i>	-.370**	-.293**	-.450**	-.021
<i>Paternalismo protector</i>	-.304**	-.246**	-.396**	-.024
<i>Dif. de género complementaria</i>	-.348**	-.264**	-.441**	.019
<i>Intimidad heterosexual</i>	-.234*	-.279**	-.335**	-.031

Nota: ** la correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * la correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Se observan correlaciones negativas de todos los factores del Sexismo Ambivalente (ASI) con tres dimensiones de las Habilidades de Comunicación (EHC), a excepción de habilidad social. Dicha relación indica que cuando aumenta el sexismo (hostil o benevolente), disminuyen los niveles de empatía, comunicación informativa y respeto. En cuanto a la fuerza de correlación, algunas relaciones son débiles, mientras que otras, son moderadas.

Tabla 4.

Correlación de las variables con la edad de los participantes.

<i>Variables</i>	<i>Edad</i>
<i>Sexismo hostil</i>	.416**
<i>Sexismo benevolente</i>	.431**
<i>Paternalismo protector</i>	.493**
<i>Dif. de género complementaria</i>	.273**
<i>Intimidación heterosexual</i>	.290**
<i>Empatía</i>	-.159
<i>Comunicación informativa</i>	.007
<i>Respeto</i>	-.111
<i>Habilidad social</i>	.034

Nota: ** la correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * la correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Se observan correlaciones positivas de todos los factores del Sexismo Ambivalente (ASI) con la edad. Dicha relación indica que a medida que aumenta la edad de los participantes, se incrementan los niveles de sexismo (hostil o benevolente). En cuanto a la fuerza de correlación, algunas relaciones son débiles, mientras que otras, son moderadas. No se observaron correlaciones entre la edad de los participantes y las dimensiones de las Habilidades de Comunicación (EHC).

Análisis de las Diferencias de Grupos

Tabla 5.

Diferencias según Género.

	<i>Género</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>p</i>
<i>Sexismo hostil</i>	Femenino	50.41	.013
	Masculino	65.66	

<i>Sexismo benevolente</i>	Femenino	49.67	.006
	Masculino	66.51	
<i>Dif. de género complementaria</i>	Femenino	49.82	.007
	Masculino	66.34	
<i>Intimidación heterosexual</i>	Femenino	52.12	.020
	Masculino	63.69	
<i>Empatía</i>	Femenino	63.31	.040
	Masculino	50.81	
<i>Respeto</i>	Femenino	66.04	.001
	Masculino	47.67	
<i>Habilidad social</i>	Femenino	47.31	.000
	Masculino	69.23	

Se observa que los hombres presentan puntuaciones más elevadas que las mujeres en cuatro de los cinco factores de Sexismo Ambivalente (ASI) y en la dimensión de habilidad social de la escala de Habilidades de Comunicación (EHC). Por otro lado, las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en dos de las cuatro dimensiones de Habilidades de Comunicación (EHC), respeto y empatía.

Tabla 6.
Diferencias según Profesión.

	<i>Profesión</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>p</i>
<i>Sexismo hostil</i>	Psicólogo/a	47.78	.002
	Operador/a socio-terapéutico	63.57	
	Trabajador/a social	31.43	
	Médico/a	59.46	
<i>Sexismo benevolente</i>	Psicólogo/a	48.73	.006
	Operador/a socio terapéutico	64.28	
	Trabajador/a social	33.07	
	Médico/a	52.69	
<i>Paternalismo protector</i>	Psicólogo/a	50.21	.022
	Operador/a socio-terapéutico	61.34	
	Trabajador/a social	33.77	
	Médico/a	55.85	
<i>Dif. de género complementaria</i>	Psicólogo/a	47.73	.017
	Operador/a socio-terapéutico	63.82	
	Trabajador/a social	38.10	
	Médico/a	51.19	
<i>Empatía</i>	Psicólogo/a	55.79	.004
	Operador/a socio-terapéutico	44.84	
	Trabajador/a social	74.23	
	Médico/a	39.35	
<i>Comunicación informativa</i>	Psicólogo/a	51.60	.012
	Operador/a socio-terapéutico	45.07	

	Trabajador/a social	74.93	
	Médico/a	50.46	
<i>Respeto</i>	Psicólogo/a	62.31	.005
	Operador/a socio-terapéutico	41.91	
	Trabajador/a social	59.93	
	Médico/a	44.65	
<i>Habilidad social</i>	Psicólogo/a	32.81	.000
	Operador/a socio-terapéutico	58.20	
	Trabajador/a social	70.27	
	Médico/a	74.85	

Se observa que los operadores socio-terapéutico tienden a presentar puntuaciones más elevadas en cuatro factores del Sexismo Ambivalente (ASI), sexismo hostil, sexismo benevolente, paternalismo protector y diferencia de género. En lo que respecta a las dimensiones que componen las Habilidades de Comunicación (EHC), los trabajadores sociales presentaron puntuaciones más elevadas en empatía y comunicación informativa, los psicólogos tuvieron mayor puntuación en respeto y los médicos en habilidad social.

Tabla 7.
Diferenciación según dispositivo en el que desempeña su función.

	<i>Dispositivo</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>p</i>
<i>Respeto</i>	Unidad residencial	55.36	.009
	Centro de día	46.62	
	Ambulatorio	68.31	

Se observa que en lo que respecta al dispositivo en que los profesionales desempeñan su función, los que trabajan en ambulatorio presentaron puntuaciones más elevadas en respeto.

Tabla 8.
Diferenciación según sector en el que desempeña su función.

	<i>Sector</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>p</i>
<i>Respeto</i>	Público	51.06	.020
	Privado	39.34	

Se observa que los profesionales que trabajan en el ámbito público presentan mayor puntuación en respeto en comparación con los que trabajan en el ámbito privado.

Tabla 9.

Diferenciación según antigüedad laboral de los entrevistados.

	<i>Antigüedad</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>p</i>
<i>Sexismo hostil</i>	Menos de 1 año	38.20	.016
	Entre 1 y 3 años	47.25	
	Entre 4 y 10 años	45.69	
	Más de 10 años	65.38	
<i>Sexismo benevolente</i>	Menos de 1 año	43.00	.029
	Entre 1 y 3 años	53.25	
	Entre 4 y 10 años	44.09	
	Más de 10 años	64.82	
<i>Paternalismo protector</i>	Menos de 1 año	41.30	.030
	Entre 1 y 3 años	46.00	
	Entre 4 y 10 años	46.81	
	Más de 10 años	64.92	

Se observa puntuaciones más elevadas en los profesionales que poseen más de 10 años de antigüedad en tres de los factores que componen el Sexismo Ambivalente (ASI).

Tabla 10.

Diferenciación según si posee formación en perspectiva de género.

	<i>Formación en perspectiva de género</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>p</i>
<i>Sexismo hostil</i>	Sí	49.25	.000
	No	71.12	
<i>Sexismo benevolente</i>	Sí	51.75	.013
	No	67.38	
<i>Paternalismo protector</i>	Sí	52.23	.021
	No	66.65	
<i>Dif. de género complementaria</i>	Sí	51.67	.011
	No	67.49	
<i>Empatía</i>	Sí	66.15	.001
	No	45.77	
<i>Respeto</i>	Sí	64.36	.006
	No	48.47	

En relación a aquellos profesionales que poseen formación en perspectiva de género, se observa puntuaciones más elevadas en las dimensiones que componen las Habilidades de Comunicación (EHC), empatía y respeto. En cambio, quienes no poseen dicha formación, presentan puntuaciones más elevadas en cuatro de los factores del Sexismo Ambivalente

(ASI), sexismo hostil, sexismo benevolente, paternalismo protector y diferencia de género complementaria.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos se relacionó el sexismo ambivalente con las habilidades de comunicación de los profesionales de salud que trabajan en atención de adicciones, encontrando que el sexismo hostil y el sexismo benevolente con sus tres factores (paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual) correlacionan negativamente con tres dimensiones de las habilidades de comunicación: empatía, comunicación informativa y respeto. La dimensión habilidad social, es la única que parece no estar significativamente relacionada con el sexismo.

En este sentido, la hipótesis general de que, a medida que aumentan los niveles sexismo ambivalente (hostil y benevolente) disminuyen las habilidades de comunicación, se confirma. El dato reportado se vincula, por un lado, con la investigación realizada por Pérez Stable y El Toukhy (2018) quienes hallaron que había factores que determinaban e influenciaban la comunicación entre clínicos y pacientes, generando una comunicación de poca calidad que no beneficia el tratamiento brindado, entre esos factores, se encontraban los vínculos con la minoridad a la que pertenecía el usuario, tales como el tipo de género. Por su parte, Noriega (2018) afirmó, a partir de los resultados obtenidos en su investigación, que niveles de sexismo elevados en profesionales de la salud, tanto hostil como benevolente, estaban relacionados con el tipo de implicación que éstos tenían en los tratamientos de sus pacientes. Niveles elevados de sexismo hostil se vinculaban con menor nivel de implicación por parte del profesional, mientras que, niveles elevados de sexismo benevolente se asociaban a una mayor implicación, siempre que las pacientes mujeres se adaptasen a un rol preestablecido. Por último, Jiménez García Bóveda et al. (2021) hallaron que niveles altos de

sexismo imposibilitaban al profesional evidenciar, en el ámbito de la consulta, problemas de desigualdad de género, lo que impactaba en su capacidad para brindar una intervención apropiada.

Con relación a la edad de los participantes, se encontró que a medida que esta aumenta también se incrementan los niveles de sexismo hostil y sexismo benevolente con sus tres factores, lo que confirmó la hipótesis específica. Asimismo, el análisis de los datos ha arrojado información relevante con respecto a la antigüedad laboral, siendo los profesionales que trabajan hace más de 10 años quienes presentaban mayor sexismo hostil, benevolente y paternalismo protector. En este sentido, autores como Janos y Espinosa (2018) y Sacoto et al. (2022) dan cuenta que cuanto mayor es la edad de los sujetos, mayor es el nivel de sexismo que evidencian. Asimismo, vinculan este dato con el hecho de que las personas de mayor edad tienden a presentar mayor aceptación de roles tradicionales. De esta manera, es posible inferir que lo mismo sucede cuando lo que se evalúa es la antigüedad laboral de los profesionales, ya que los profesionales con mayor antigüedad, suelen ser también los de mayor edad. Sin embargo, se recomienda continuar investigando esta información en futuros estudios.

En torno al género, se observó que los hombres presentan mayor sexismo benevolente y hostil que las mujeres, mientras que, éstas puntúan más alto en empatía y respeto. La dimensión habilidad social, también ha mostrado diferencia entre los grupos, siendo los hombres quienes presentan en mayor medida esta habilidad de comunicación. El dato reportado se fundamenta en los resultados de investigaciones que afirmaban que niveles de sexismo elevados estaban estrechamente relacionados no sólo con la edad, sino también con el género (Janos & Espinosa, 2018; Sacoto et al., 2022). Los hombres en comparación con las mujeres, tienden a obtener puntuaciones elevadas en sexismo. A su vez, en una investigación realizada por Llor Lozano et al. (2020), se observaba que los profesionales hombres de la

muestra eran quienes presentaban, por un lado, menores niveles de empatía, y por el otro, mayores habilidades de comunicación.

Finalmente, se han evidenciado diferencias entre grupos en función de variables sociodemográficas tales como la profesión, dispositivo, sector y formación en perspectiva de género. En primer lugar, se observó que los operadores socio-terapéuticos eran quienes presentaban mayor sexismo ambivalente, los trabajadores sociales mayor empatía y comunicación informativa, los psicólogos mayor respeto y; los médicos mayor habilidad social. En segundo lugar, se halló que tanto los profesionales que trabajaban en dispositivo ambulatorio como aquellos que lo hacían en el sector público, obtenían puntuaciones más altas en respeto. Se infiere que estas diferencias pueden deberse a la formación académica que cada profesional ha recibido y a las particularidades de su trabajo, aun así, se sugiere continuar indagando estos datos en futuros estudios.

En lo que respecta a la formación en perspectiva de género, quienes sí tienen formación son más empáticos y respetuosos con sus pacientes, mientras que, aquellos que no tienen formación presentan niveles más elevados de sexismo. El resultado hallado podría explicarse desde las fallas de los tratamientos evidenciados por Hansen Rodríguez (2019). El autor afirma que los tratamientos no están diseñados en función de la población femenina tanto como la masculina, y que muchas veces esto se ve influenciado por la falta de capacitación de los profesionales en abordajes específicos. Por lo tanto, una apropiada capacitación focalizada en la sensibilización, podría brindar mejores resultados en relación a la disponibilidad de tratamiento para la población de ambos géneros.

Como limitaciones del presente estudio, cabe resaltar que el instrumento de habilidades de comunicación en profesionales de la salud [EHC-PS] utilizado no ha sido adaptado para población argentina, pero sí se encuentran disponibles en idioma castellano. El tamaño muestral se destaca como una fortaleza, sin embargo, este no resulta totalmente

representativo del resto de la población, por lo que no puede generalizarse. Asimismo, el mayor porcentaje de los participantes corresponde al género femenino.

Se recomienda tener en cuenta estas limitaciones al momento de desarrollar nuevos estudios. A la vez, se sugiere investigar la temática con muestras más amplias, en las que se cuente con más personas de género masculino y se homogenice la muestra, incluso otros constructos psicológicos podrían ser estudiados en profesionales de salud que trabajan en atención de adicciones. A lo largo de esta discusión se han realizado una serie de inferencias con relación a las variables sociodemográficas profesión, dispositivo y sector en el que se desempeña la función, las cuales sería prudente investigar en líneas futuras de investigación.

A modo de conclusión, el tratamiento en adicciones consiste en un tratamiento multidisciplinar orientado a brindar contención y herramientas a las personas con problemáticas de consumo, por consiguiente, el contacto con los profesionales y su forma de comunicarse con los usuarios es de suma importancia. Las habilidades de comunicación de los profesionales ocupan un lugar central en el ámbito de la salud y en este caso, en el de adicciones. Dichas habilidades son las que ayudarán al profesional a brindarle a la persona un encuadre de contención y apoyo. Sin embargo, cuando esas habilidades se ven influenciadas por características sexistas propias del profesional, dicho encuadre podría no ser el adecuado para fomentar la adherencia al tratamiento, principalmente en relación a la población femenina, ya que encuadres atravesados por características sexistas suelen ser las causas no sólo de una escasa adherencia, sino que también de niveles de demanda de tratamiento muy bajos. Por lo tanto, es pertinente la capacitación y formación de los profesionales en cuestiones relacionadas a sus prejuicios sexistas y sus habilidades de comunicación para brindar tratamientos apropiados para toda la población.

Referencias

- Arjona Martín, N. & García Ramírez, J. M. (2014). Los efectos del sexismo no se olvidan ni inmediatamente ni permanentemente. *Reidocrea*, 3, 267-272.
<http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.32861>
- Bredart, A., Bouleuc, C. & Dolbeault S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17 (4), 351-54.
<https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167734.26454.30>
- Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., Gracia, R., & Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33 (1), 34-40. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-79180>
- Corbetta, P. (2007). *Metodologías y Técnicas de Investigación Social*. McGraw-Hill/Interamerica.
- Ettore, E. (1992). *Women and substance use*. Rutgers University Press.
- Forbes, G., Adams-Curtis, L. E. & White, K. B. (2004). First- and second-generation measures of sexism, rape myths and related beliefs and hostility toward women. *Violence Against Women*, 10 (3), 236-261. <https://doi.org/10.1177/1077801203256002>
- Franks, P., Jerant, A. F., Fiscella, K., Shields, C. G., Tancredi, D. J. & Epstein R. M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: Physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine*, 62 (2), 422-432. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.027>
- Glick, P. & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>

- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams D., Masser, B. & López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (5), 763-775. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763>
- Goffman, E. (1993). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Hansen Rodríguez, G. (2019). La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencia. [201911-la-perspectiva-de-genero-en-los-programas-Giseal-Rodriguez-Hansen-ES.pdf \(dianova.org\)](https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763)
- Hernández Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Holt, S. R., Segar, N., Cavallo, D. A. & Tetrault, J. M. (2017). The addiction recovery clinic: a novel, primary-care-based approach to teaching addiction medicine. *Academic Medicine*, 92 (5), 680-683. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001480>
- Janos, E. & Espinosa, A. (2018). Sexismo ambivalente y su relación con la aceptación de mitos sobre la violencia sexual en una muestra de Lima. *Revista de Investigación Psicológica*, (19), 61-74. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322018000100006&script=sci_arttext
- Jeifetz, V. (2016). *Adicciones y Género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento*. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: “Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas” en Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Jiménez García-Bóveda, R., Luque Budía, A., Delgado Ríos, P., Perona Garcelán, S., Moya Morales, M. & Vázquez-Morejón, R. (2021). El sexismo en las y los profesionales de salud mental: un factor de riesgo psicosocial para la detección de la desigualdad de

- género. *Apuntes de Psicología*, 39 (2), 55-63.
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/128979/El%20sexismo%20en%20los%20y%20las%20profesionales%20de%20salud%20mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. & Van-der Hofstadt, C. J. (2015). Creación de la escala sobre habilidades de comunicación en profesionales de la salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32 (1), 49-59.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.184701>
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. & Van-der Hofstadt, C. J. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38 (2), 213-223. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272015000200005>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Ramos-Morcillo, A. J., Díaz-Agea, J. L., Ruzafa-Martínez, M. & Van-der Hofstadt Román, C. J. (2019). Validación de la escala sobre habilidades de comunicación en profesionales de enfermería. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42 (3), 291-301. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0745>
- Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz-Agea, J. L., Llor Guitérrez, L. & Leal-Costa, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19 (59), 68-92.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D. & Harter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65 (1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.05.007>
- Márquez Sánchez, L. & Lorenzo Aparicio, A. (2016). Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastornos de adicción, desde una perspectiva de género.

https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC025.pdf

- Moore, P. J., Adler, N. E. & Robertson, P. A. (2000). Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *The Western Journal of Medicine*, 173 (4), 244-250. <https://doi.org/10.1136/ewjm.173.4.244>
- Noriega, N., Juarros-Basterretxea, J. & Herrero, J. (2020). Implicación de los profesionales de la salud en los casos de violencia en la pareja contra la mujer: la influencia de las actitudes sexistas hacia la mujer. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11 (1), 31-41. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.033>
- Ortiz García, P. & Clavero Mira, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica*, 63, 121-144. [https://doi.org/10.1016/s0186-6028\(14\)70485-2](https://doi.org/10.1016/s0186-6028(14)70485-2)
- Pérez-Stable, E. J. & El-Toukhy, S. (2018). Communicating with diverse patients: How patient and clinician factors affect disparities. *Patient Education and Counseling*, 101 (12), 2186-2194. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.021>
- Recio, P., Cuadrado, I. & Ramos, E. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de detección de sexismo en adolescentes (DSA). *Psicothema*, 19 (3), 522-528. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719324>
- Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M. V. & Faílde Garrido, J. M. (2013). Aproximación conceptual al sexismo ambivalente. Estado de la cuestión. *SUMMA Psicológica UST*, 6 (2), 131-142. <https://doi.org/10.18774/448x.2009.6.68>
- Rojas Izquierdo, M. M. & González Escalona, M. E. (2018). Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Médica Superior*, 32

(3), 236-243. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412018000300020&script=sci_arttext&tlng=en

Romero Mendoza, M. P., Gómez, C., & Medina-Mora, M. E. (1996). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. *Reunión del grupo de consulta de la CICAD sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia. Seminarios en el Cono Sur sobre la Mujer y las Drogas y la Familia y las Drogas*, 18-20.

https://www.researchgate.net/profile/Martha-Patricia-Mendoza/publication/238076104_LAS_MUJERES_ADICTAS_DE_LA_DESCRIPCION_A_SU_CONSTRUCCION_SOCIAL1/links/558ac96408ae02c9d1f94152/LAS-MUJERES-ADICTAS-DE-LA-DESCRIPCION-A-SU-CONSTRUCCION-SOCIAL1.pdf

Roter, D. L., Hall, J. A. & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 25, 437-51. <https://doi.org/10.1097/00005650-198705000-00007>

Sabaté, E. (2004). Definición de la adherencia terapéutica. En *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. OMS/OPS – Unidad de enfermedades no transmisibles.

Sacoto, M. F. M., Díaz-Mosquera, E. & Moreta-Herrera, R. (2022). Propiedades psicométricas del Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI) en población adulta ecuatoriana. *Actualidades en Psicología*, 36 (132), 103-118. <https://doi.org/10.15517/ap.v36i132.47618>

Setien, L. (2018). Trayectorias de consumo, accesibilidad y adherencia a tratamientos de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas en el hospital especializado en toxicología y salud mental de la ciudad de La Plata. Un abordaje desde la perspectiva

de género. https://librosffyl.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/12633/8-gnero-setien-lorena-unlp.pdf

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49 (9), 796-804. https://www.researchgate.net/profile/Wayne-Weston/publication/12292586_The_Impact_of_Patient-Centered_Care_on_Outcomes/links/004635260327e8a432000000/The-Impact-of-Patient-Centered-Care-on-Outcomes.pdf

Swim, J. K. & Hyers, L. L. (2009). Sexism. En T. D. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*. (pp. 407-430). Psychology Press-Taylor & Francis Group.

Trummer, U. F., Mueller, U. O., Nowak, P., Stidl, T. & Pelikan, J. M. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling*, 61 (2), 299-306. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.009>

Vaamonde, J. D. & Omar, A. (2012). Validación argentina del inventario de sexismo ambivalente. *Alternativas en Psicología*, 16 (26), 47-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100005

Van Den Bergh, N. (1991). *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publishing Company.

Anexos

Cuestionario sociodemográfico

Edad: ____

Género autopercebido:

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No binario

Profesión:

- ☐ Psicólogo/a
- ☐ Operador/a socio-terapéutico
- ☐ Trabajador/a social
- ☐ Médico/a
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Tallerista
- ☐ Profesor/a
- ☐ Otro

Dispositivo en el que desempeña su función (marque la opción en la que se desempeñe durante mayor cantidad de horas):

- ☐ Unidad residencial
- ☐ Centro de día
- ☐ Ambulatorio

Tipo de sector en el que desempeña su función:

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Ambos

Lugar en el que desempeña su función:

- ☐ C.A.B.A
- ☐ GBA

- ☐ Ambos

Antigüedad laboral:

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 4 y 10 años
- ☐ Más de 10 años

¿Posee formación en perspectiva de género?

- ☐ Sí
- ☐ No

Cuestionario de Sexismo Ambivalente

A continuación, se le presentará una serie de enunciados, marque según de grado de acuerdo.

	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalme nte de acuerdo
1. Aun cuando logre muchas cosas en la vida, un hombre nunca podrá sentirse verdaderamente completo como personas a menos que tenga el amor de una mujer.					
2. Con el pretexto de pedir "igualdad", muchas mujeres buscan privilegios especiales, tales como condiciones de trabajo que las favorezcan por sobre los hombres.					
3. En una catástrofe, las mujeres deben ser rescatadas antes que los hombres.					
4. La mayoría de las mujeres interpreta conductas o comentarios bien intencionados con expresiones de discriminación.					

5. Las mujeres se ofenden muy fácilmente.					
6. Las personas no pueden ser verdaderamente felices en su vida a menos que tengan pareja del sexo opuesto.					
7. Las mujeres feministas quieren que la mujer tenga más poder que el hombre.					
8. Muchas mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen.					
9. Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres					
10. La mayoría de las mujeres no aprecian completamente todo lo que los hombres hacen por ellas.					
11. Las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres.					
12. Todo hombre debe tener una mujer a quien amar.					
13. El hombre está incompleto sin la mujer.					
14. Las mujeres exageran los problemas que tiene en el trabajo.					
15. Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general intenta controlarlo estrechamente.					
16. Cuando las mujeres son vencidas por los hombres en una competición justa, generalmente se quejan de haber sido discriminadas.					
17. Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre.					

18. Para burlarse de los hombres, muchas mujeres primero se les insinúan sexualmente y luego rechazan sus avances.					
19. Las mujeres, en comparación con los hombres, suelen ser más sensibles frente a cuestiones morales.					
20. Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer seguridad económica a las mujeres.					
21. Las mujeres feministas están haciendo demandas irracionales a los hombres.					
22. Las mujeres, en comparación con los hombres suelen tener un sentido más refinado de la cultura y el buen gusto.					

Escala de Habilidades de Comunicación

Por favor, lea con atención cada pregunta o enunciado, y señale la respuesta que más se adecue a su situación. Asegúrese de responder todas las preguntas o enunciados. Responda lo más sinceramente posible. El cuestionario es anónimo. Le agradecemos de antemano su colaboración. Responda a cada pregunta teniendo en cuenta las funciones y tipo de información que su colectivo profesional comparte con los pacientes:

	1 Casi nunca	2 De vez en cuando	3 A veces	4 Normalmente	5 Muy a menudo	6 Muchas veces
1. Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.						

2. Exploro las emociones de mis pacientes.						
3. Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.						
4. Cuando el paciente me habla, muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, etc.)						
5. Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa.						
6. Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión.						
7. Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes.						
8. Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo.						
9. Cuando doy información a los pacientes, lo hago en términos comprensibles.						
10. Cuando un paciente hace algo que no me parece bien, le expreso mi desacuerdo o molestia.						
11. Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes.						
12. Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.						
13. Cuando me relaciono con los pacientes, expreso mis comentarios de una manera clara y firme.						
14. Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.						

15. Siento que respeto las necesidades de los pacientes.						
16. Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.						
17. Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.						
18. Me resulta difícil pedir información a los pacientes.						