

ASIGNATURA "GÉNERO Y SALUD" EN EL GRADO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA: MINIMIZAR CREENCIAS SEXISTAS

Juana Macías Seda

Dpto. Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Universidad de Sevilla

jmseda@us.es

Eugenia Gil García

Dpto. Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Universidad de Sevilla

egil@us.es

M^a del Mar Gonzalez Rodriguez

Dpto. Psicología Evolutiva y del Desarrollo. Facultad Psicología.

Universidad de Sevilla

margon@us.es

Resumen

La formación universitaria representa un importante papel en el cambio de actitudes en pro de la igualdad. Atendiendo a este compromiso, se ha implementado en la titulación de Enfermería una asignatura obligatoria en "Género y Salud" con el objetivo de capacitar al alumnado para trabajar la Violencia de Género potenciando las buenas prácticas en Igualdad. Tras dos años de aplicación de la materia hemos realizado un estudio para identificar su influencia en la minimización de las creencias sexistas. Para ello hemos realizado un estudio cuasi experimental con un Grupo Estudio (GE) al cual se le ha impartido la asignatura "Género y Salud" y un Grupo Control (GC) equivalente que no ha recibido esa materia, sin embargo, han tenido asignaturas optativas o de libre configuración con perspectiva de género. En el análisis hemos tomado medidas repetidas (Antes y Después) de la intervención mediante la escala Ambivalent Sexism Inventory (Glick y Fiske, 1996) versión española de Expósito (1998) que nos ha permitido medir dos dimensiones del sexismo el Hostil o Tradicional y el Benevolente o Sutil. Los resultados obtenidos reflejan que la materia educativa influye minimizando las creencias Sexistas, especialmente las creencias sexistas Benevolente.

Palabras claves

Género, Sexismo, Enfermería, Alumnado, Violencia Género.

Justificación

Creencias sexista como potenciadoras de la VG

El sistema de creencias sexistas representa un factor clave en la aparición de la Violencia, entendiéndolo, como una actitud que discrimina a las mujeres y legitima la utilización de la misma. (Ferrez y Bosch, 2005) y (Nayak, 2003) Por tanto, el sexismo y las actitudes más tolerantes hacia la violencia constituyen uno de los factores de riesgo para su ocurrencia (Glick y Fiske, 1999) sugieren que en las actitudes sexistas se combinan sentimientos subjetivamente *negativos* y *positivos* hacia los sexos, y esto lo definen como sexismo «ambivalente». Por tanto, el sexismo ambivalente constituye, un constructo bidimensional que abarca dos tipos de actitudes sexistas: Hostiles y Benevolentes (Barreto, 2005).

Según estos autores (Expósito y Moya, 2005), el sexismo hostil hace referencia al sexismo tradicional compartiendo con éste su carga afectiva negativa, definiéndose como un prejuicio hacia las mujeres, considerándolas en una situación de inferioridad con respecto a los hombres (García-Palacio, 2009). Si bien en la actualidad en la mayoría de los países occidentales la discriminación abierta y hostil hacia las mujeres basada en los estereotipos de género es una actitud socialmente inaceptable, no se ha superado en la misma medida la discriminación «real» en función del género, lo que indica, que el sexismo hostil, tradicional, ha pervivido y evolucionado en el tiempo hacia otras formas de sexismo más suaves e imperceptibles (*Sexismo Benevolente*) que no por ello dejan de ser dañinas.(Rodríguez, Lameira, 2002)

Si bien hay evidencias sobre la relación del Sexismo Hostil y los mitos sobre la Violencia de Género Estudios recientes (Ayres, 2009 y Garaigordobil, 2011) han mostrado como el sexismo benevolente es un indicador más sensible para predecir la violencia de Género en determinadas circunstancias y contextos. Esto se hace especialmente visible en la tolerancia y justificación de la violencia, así como en la culpabilización de la víctima.

Entre sus predictores más analizados se hallan el género, las creencias sexistas o el nivel educativo. Algunos estudios reflejan (Díaz-Aguado 2003, Roca-Cortes, 2005) que los chicos y chicas sin formación específica sobre el tema presentan creencias y actitudes menos críticas hacia esta forma de violencia (Locke y Richman, 1999). Por lo que se refiere a las creencias sexistas, entendidas como las creencias sobre qué roles son apropiados para hombres y mujeres, los/as estudiantes con creencias más tradicionales sobre el papel social y familiar de las mujeres atribuyen más responsabilidad a los personajes femeninos en los conflictos de pareja que aquellos/as con una visión menos tradicional sobre los roles.

Es decir, las personas con actitudes sexistas tradicionales tenderían a presentar en mayor medida actitudes tolerantes hacia la violencia contra las mujeres, en comparación con las mujeres y las personas con actitudes de rol de género igualitarias. Por ende, si se quiere erradicar la violencia contra las mujeres se debe trabajar en la erradicación del sexismo (Bengoenechea, Alvarez y Díaz-Aguado 2007).

Buenas prácticas en igualdad en la Universidad

De esta forma, queda recogido en el artículo 4.7 de la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (LOMPIVG, 2004) que concede

un papel destacado a todo el sistema educativo, por su potencialidad como vehículo de interiorización de valores igualitarios, aconsejando incluir formación sobre igualdad y sensibilización hacia la violencia de género en todos los ámbitos de la enseñanza y en especial en lo relativo al área de la salud. También la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (en adelante LOI) recoge la importancia de la educación y la formación, y por ello incorpora en su Título II, dedicado a las Políticas Públicas de Igualdad, la igualdad en el ámbito de la educación superior.

Esto justifica la necesidad de analizar y visibilizar los mitos que subyacen respecto a las violencias contra las mujeres, así como la importancia de dotar de estrategias de empoderamiento a los y las estudiantes, como personas y como futuros profesionales, ya que el fenómeno les puede afectar desde una doble vertiente, como protagonistas y nuestro caso como agentes de salud.

Además, la modificación de los planes de estudios ha supuesto una excelente oportunidad para introducir contenidos específicos en igualdad, teniendo en cuenta que uno de los principios en los que se basan los acuerdos de Bolonia (1998) y la consiguiente creación del Espacio Europeo de Educación Superior han sido desarrollar políticas de igualdad de género y fomenta expresamente la introducción de la perspectiva de género en toda clase de estudios e investigaciones.

En este sentido, el Real Decreto 1393/2007 que establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, a través de la ANECA, en su Protocolo de Evaluación para la Verificación de Títulos Universitarios Oficiales de Grado y Master, (4 de Septiembre de 2008) insiste en que tanto en los objetivos relacionados con las competencias generales y específicas como en la planificación de la enseñanza se deben incluir los principios establecidos en el Real Decreto relativos a la igualdad de género. No obstante, no se ha desarrollado las directrices necesarias para que las universidades puedan cumplir este mandato ni en el citado RD 1393/2007 por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, ni en el RD 861/2010, de 2 de julio, que lo modifica. Sin embargo no es menos cierto, que ambos Reales Decretos dejan un amplio margen a la autonomía universitaria que permite sobradamente establecer este tipo de enseñanzas. En efecto, el art. 12.5 del RD 1393/2007 señala que el plan de estudios deberá contener un mínimo de 60 créditos de formación básica, de los que al menos 36 estarán vinculados a algunas de las materias que figuran en el anexo II del mismo RD para cada una de las ramas de conocimiento; pero el resto de créditos hasta 60 pueden estar configurados por materias básicas de la misma u otras ramas de conocimiento de las incluidas en el citado anexo II o por otras materias, siempre que se justifique su carácter básico para la formación inicial del estudiantado o su carácter transversal. Además, queda en el ámbito de la autonomía universitaria el diseño de los 130 créditos restantes. Por consiguiente, posibilita la inclusión de otras materias diferentes a las señaladas en el RD 1393/2007.

A esto se añade, las recomendaciones recogidas dentro del Plan Estratégico de Igualdad de la Universidad de Sevilla aprobado por Consejo de Gobierno el 16 de junio de 2009 (2009-2012) que establece como medidas preferentes, la inclusión de la perspectiva de género en las titulaciones de grado y posgrado de la Universidad, así como, analizar y valorar si la oferta educativa en materia de género es suficiente y, en su caso, diseñar medidas que cubran los déficits encontrados.

Perspectiva de Género en la titulación universitaria de Enfermería

Cabe resaltar que Enfermería es una disciplina con carácter holístico en la atención a la salud que abarca áreas que van desde lo clínico hasta lo comunitario, analizando las relaciones entre el individuo sano o enfermo con su familia y entorno, es decir, de forma integral. El código Deontológico de la profesión, remarca la importancia que tienen las cuestiones del género en la atención de la salud y que, por lo tanto, las enfermeras deben identificar y abordar las diferencias entre hombres y mujeres en las estructuras de poder que influyen en la salud, para subsanar el desequilibrio y dispensar servicios adecuados y eficaces a las personas, la familia y la comunidad (Subirana, 2005). Sin olvidar, que esto exige un abordaje integral y una amplia coordinación con otros profesionales ofreciendo información suficiente, oportuna sin prejuicios, dejando a un lado las concepciones o las actitudes sexistas. Esto implica, reflexionar sobre las propias creencias, pues, estos valores mediatizan y a veces obstaculiza la intervención profesional (Vargas Matutes, 2006). (Instituto de la mujer, 2002), (Mendoza-Flores, 2006). Estas creencias, y actitudes a veces están íntimamente vinculados a la ideología de género, y juegan un papel determinante en la detección y la atención a las víctimas de Violencia de Género (Blanco, 2000).

Por consiguiente, para capacitar adecuadamente a los y las futuros/as profesionales, los planes de estudio deben incluir en las enseñanzas contenidos, habilidades y valores, que minimicen las creencias sexistas, potencien las actitudes críticas y nada tolerantes contra la violencia machista, así como, que aseguren los conocimientos sobre las consecuencias en la salud, las pautas para detectarla y prevenirla y los protocolos para abordarla.

Esta recomendación está explicitada en la Normativa Ministerial de la Orden CIN/2134/2008, de 3 de Julio para la implantación de Títulos de Grado y en el Manual de Procedimiento que su el Artículo 3 marca las directrices del nuevo Plan de Estudio para el Grado de Enfermería. Indicando que este programa formativo deberá capacitar al alumnado en la prevención, detección, asistencia y rehabilitación de las víctimas de VG recogiendo como descriptores; el análisis del sistema sexo-género, el género y la salud, el género como organizador de las profesiones sanitarias, la prevención de la violencia de género y los cuidados integrales a las mujeres víctimas de violencia de género. Además expresa que el alumno o alumna deberá conocer los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género y relacionar la influencia de la categoría de género en el proceso salud- enfermedad.

A la luz de lo comentado anteriormente, se implementó en el curso 2009-2010 en la titulación de Enfermería de la Universidad de Sevilla una materia obligatoria de Formación básica denominada "Género y Salud" con un total de seis Créditos Europeos (ECTS). Contemplando dentro de sus competencias enfermeras "la capacitación para el abordar la Violencia de Género" que a su vez potencie actitudes más igualitarias (Gil-García, 2010)

Objetivo

Tras dos años de dicha implementación, hemos considerado oportuno *Valorar la influencia de la formación curricular "Género y Salud" en la actitud y capacitación frente de la violencia de género del alumnado de Enfermería de la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.* Esperando que el programa formativo haya minimizado las creencias sexistas, en especial las creencias sexistas Hostiles y Benevolentes. De tal forma que el alumnado presentará bajas puntuaciones en sexismo, tanto Hostil como Benevolente, lo que se relacionaran con creencias menos sexistas, es decir, más igualitarias.

Metodología

Para tal fin, hemos llevado a cabo un estudio cuasi-experimental de medidas repetidas Antes y Después a dos grupos: Grupo Estudio (GE) al cual se le ha impartido la asignatura “Género y Salud” y a un Grupo Control (GC) utilizando la escala Ambivalent Sexism Inventory (Glick y Fiske, 1996) versión española de Expósito, Moya y Glick (1998) que mide el Sexismo Hostil Y el Sexismo Benevolente.

La Muestra ha estado constituida por 241 estudiantes de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. 67 hombres y 174 mujeres, con edad media de 20,02 \pm 3,7 años GE y 21, 6 \pm 5,21 GC. Procedente de zona semi-urbana 38.7% (GE) y 45.5% (GC). Estructura familiar biparental (84% -GE- y 72,7% -GC-). Bajo porcentaje de estudios universitarios en las madres tanto GE (18.4%) como GC (20.2%), los padre con estudios universitarios en un 23.7% GE y 19,6%GC. Las madres dedicadas al hogar en ambos grupos 41.5% GE y 36.4% GC, a diferencia de los padres que realizan actividad laboral asalariada (80.4% GE y 78.9% GC respectivamente).

La distribución de los sujetos al Grupo Estudio GE y al Grupo Control GC fue intencional, se tomó como criterio, la accesibilidad y que cumplieran con los criterios de inclusión. En el caso del GE estar matriculado en la asignatura “Género y Salud” del grado de Enfermería y para el GC estar matriculado en el 2º curso de la diplomatura de Enfermería, por tanto, estudiantes que no recibirían la docencia de la materia “Género y Salud”. Procurando conformar un grupo control que fuera, en todas sus características, muy similar al grupo de estudio, y así intentar controlar posibles interferencias confusoras. Cada observación estuvo emparejada con otra observación de la misma muestra, tomando medidas en un mismo sujeto Antes y Después de someterlo a la intervención educativa.

Variables

La asignatura “Género y Salud” ha sido la variable independiente como elemento causal en la transformación que podría acontecer en la variable dependientes creencias del alumnado. Se ha considerado que este efecto ha podido estar influenciado por el sexo. Por ello, se ha tenido en cuenta y ha sido analizado en el estudio para así controlar y comprobar su influencia. La variable independiente (Asignatura “Género y Salud”) es cualitativa dicotómica (SI, NO) y la variable dependientes es cuantitativa ya que el cambio en las Creencias se ha medido mediante el uso de escalas ASI que han dado unas puntuaciones y unas medias.

Intervención Grupo Control asignatura “Género y Salud”

La intervención educativa ha consistido en el desarrollo curricular de la asignatura Género y Salud” elaborada en base a los estudios de Género y a la normativa de Bolonia que regula los títulos de grados universitarios y en concreto al actual título de grado en Enfermería, el cual contempla dentro de sus competencias enfermeras “la capacitación para el abordar la Violencia de Género”. Al ser una asignatura de nueva creación se vincularon voluntariamente personas muy sensibilizadas o con una larga trayectoria en temas de género, conformando un grupo de 11 docentes encargadas del diseño de la materia.

Fue implementada en febrero de 2010 como asignatura obligatoria con seis Créditos Europeos (ECTS) en el 2º cuatrimestre del primer curso del grado universitario en Enfermería. Entre sus competencias transversales o genéricas figuran la capacidad crítica y autocrítica, las habilidades para trabajar en equipo y para relacionarse de forma asertiva, así mismo, se entrena el reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad. También se trabaja el compromiso ético, la comprensión de otras culturas y costumbres y la capacidad de autocritica. Asimismo, entre sus competencias específicas figura; tener conocimiento sobre las principales teorías y conceptos del sistema sexo-género, así como identificar la categoría género como determinante de la salud y la enfermedad. Así como, el reconocer los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género, destacando la capacidad para prevenir, detectar, asistir y rehabilitar a las víctimas de la violencia de género.

La asignatura se desarrolla a lo largo de cinco meses mediante sesiones semanales de cuatro horas presenciales; dos horas en gran grupo (50 estudiantes) y otras dos en seminario con grupos pequeños (10 estudiantes). Sus contenidos teóricos se agrupan en tres bloques temáticos, 1) sistema Sexo-Género, 2) Salud y Género y 3) Violencia de Género. Cada uno de ellos comprende cinco temas, desarrollados a lo largo de las 30 horas de docencia presenciales teóricas en gran grupo.

Para alcanzar los criterios de resultados establecidos que aseguren la adquisición de la competencia para abordar la Violencia de Género se han trabajado en la unidad temática III los siguientes contenidos:

- Bases conceptuales y epidemiológicas de la Violencia de Género VG.
- Estructura social como facilitadora de la Violencia de Género VG
- Ciclo, escala y tipos de Violencia de género.
- Repercusiones en la salud de mujeres, hombres, familiares y personas dependientes.
- Detección a través de sus Indicadores de riesgo o sospecha.
Pautas para realizar la Prevención de la violencia: los Factores Protectores.
- Iniciativas sociales para la erradicación de la violencia de género.
- Protocolos de actuación en el abordaje integral de la VG
- Buenas Prácticas en la aplicación de la Ley Integral contra la VG.

El proceso enseñanza-aprendizaje se ha desarrollado principalmente a través de estrategias metodológicas de enfoque teórico vivencial al considerar que el reconocimiento de los procesos interiorizados acerca de la construcción cultural del género facilita el poder avanzar en temas de igualdad. Los contenidos teóricos abordados en el gran grupo se han complementado con actividades colaborativas desarrolladas en grupos pequeños.

La evaluación de la materia ha sido continua y formativa, atendiendo a los tres bloques temáticos. En concreto, la asimilación de los contenidos teóricos conceptuales ha sido valorada mediante una prueba escrita de cinco preguntas de desarrollo en la cual el estudiantado ha tenido que aplicar la teoría y los conceptos a supuestos prácticos. También se han evaluado los trabajos realizados tanto individuales y como grupales, entre ellos; la resolución de casos, la elaboración de protocolos y el diseño de un plan de actuación. Así mismo, se ha contabilizado la participación en los seminarios siempre y cuando esta haya sido argumentada y con aportación al grupo. Además, este proceso evaluativo se ha completado con un Portafolios docente a modo de carpeta física y/o electrónica en la que se han incluido los documentos elaborados por el alumnado y las valoraciones docente. Esto ha permitido llevar un seguimiento continuo de la asignatura, recogiendo las dificultades encontradas, así como, logros alcanzados.

Intervención Grupo Control

El grupo control NO ha recibido la materia “Género y Salud”, pues eran estudiantes de la Diplomatura de Enfermería que no contemplaba ninguna asignatura obligatoria en temas de Género o de Violencia de Género, aunque, si facilitaba contenidos optativos o de libre configuración con perspectiva de Género.

Consideraciones éticas

Para garantizar los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1975, en la versión revisada de 2004 se tuvo en cuenta el respeto y la autonomía de los sujetos, en este sentido, se les solicitó previamente su consentimiento, y se les informó que podían desvincularse en cualquier momento o dejar de contestar a las escalas sin que ello pudiera tener consecuencia en su proceso de enseñanza- aprendizaje. Asimismo, cabe señalar que las instrucciones y las condiciones de aplicación garantizaron la confidencialidad de las respuestas en todo momento. (CIOMS, 2012)

Análisis de los datos

Los datos se generaron y se registraron mediante el programa estadístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.) versión 18.0 para Windows. La matriz fue depurada y codificada para corregir los posibles errores (Hernández, 2003). Para el análisis de la variable de tipo cualitativo se ha realizado tablas de distribución de frecuencias y porcentajes; para las variables cuantitativas se han calculado medidas de tendencia central y dispersión, completándose la descripción de la muestra con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (numérica/ no numérica).

Se empleó la técnica de Kolmogorov-Smirnov para la consideración de la normalidad de los datos y la prueba de Levene para comprobar la homocedasticidad de las varianzas, se realizaron en ambas fases del estudio (Antes y Después) y con ambos grupos; Estudio (GE) y Control (GC). Por otro lado, se ha empleado el Análisis Factorial con el fin de encontrar factores subyacentes al conjunto que permitieran una simplificación estructural de la matriz de datos inicial a un conjunto menor de variables o factores y así poder eliminar la redundancia de información inicial.

En el análisis de la eficacia de la intervención se tuvieron en cuenta las dos fases del estudio por separado. Aún así, el proceso de análisis fue exactamente el mismo en los dos momentos. Se efectuó, en primer lugar, la determinación de las mejoras a lo largo del paso del tiempo atendiendo a dos momentos básicos, a saber, cambios Antes y Después. Para ello se realizó un ANOVA de medidas repetidas (ANOVA-MR) en un diseño mixto con un factor intergrupo (los dos programas sometidos a análisis en cada fase) y un factor intrasujeto (con dos niveles, medias “Antes” y “Después” de la Intervención) para las variables cuantitativas (Tejedor, 2004).

Resultados

Análisis Factorial de la escala Ambivalent Sexism Inventory ASI

Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio de la escala AFC reduciendo su estructura inicial de 22 ítems a 13 ítems en la estructura final según se muestra en la tabla, La fiabilidad de la escala ASI ha alcanzado valores de α 0.913 en el global y α 0.866 en la dimensión Sexismo Hostil y α ,848 Sexismo Benevolente.

Tabla 1. Fiabilidad de los factores del ASI en los modelos inicial y final

Subescalas ASI	Número de Ítems	Alfa de Cronbach	
Fiabilidad global		,913	
Sexismo		Estructura Inicial	Estructura Final
SH Hostil	11 (7)	.874	.866
SB Benevolente	11 (6)	.866	.848

Cabe señalar que las variables utilizadas, a través de sus ítems, cumplen las medidas del ajuste global. Así, el valor de RMSEA fue de .079, siendo aconsejable que sea menor o igual a 0.080, asimismo, las puntuaciones obtenidas en los indicadores CFI (Comparative Fit Index) =1 NFI (Normed Fit Index)= NFI= 1.02,1 NNFI = 1 (Tabla 2) superaron los valores teóricos aconsejados de 0.95/0.90.

Tabla 2. Estadísticos de Ajuste para los Modelos Inicial y Final ASI

ASI	χ^2	df	CFI	NFI	NNFI	PGFI	RMSEA
Modelo Original	519,86	210	1	0.89	1.09	0,75	0.079
Modelo Final	159,15	64	1	1	1.02	0.70	0.079

Nota: χ^2 =Chi-cuadrado; df =grados de libertad; CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Comparative Fit Index); NFI = Índice de Ajuste Normativo (Normed Fit Index); NNFI = Índice de Ajuste no Normativo (Non-Normed Fit Index); RMSEA = Error de la Raíz Cuadrada Media de Aproximación (Root-Mean Squared Error of Approximation)

Efecto de la asignatura “Género y Salud en las “Creencias Sexistas”

El Grupo Estudio (GE) presenta Antes de la intervención valores de Sexismo Hostil SH (1.41) y Sexismo Benevolente SB (1.54) superiores al Grupo Control SH (1.14) y SB (1,44) $F_{1,236} = 3,44$ $p > ,05$, disminuyendo estos parámetros en ambos grupos en el momento Después; SH (,914) y SB (1.03) en el Grupo Estudio y SH (1.06) y SB (1.37) en el Grupo Control respectivamente, $F_{1,236} = 1.34$ $p > ,05$ aunque la reducción es más acentuada en el grupo Estudio. Cabe resaltar que las puntuaciones del Sexismo Hostil son inferiores a los del Sexismo Benevolente SB en ambos grupos $F_{1,233} = ,433$ $p > ,05$ y en todas las medidas antes y después según se refleja en la, sin llegar a ser estadísticamente significativa dicha diferencia (Tabla 3, Figura 1) No obstante, después de la intervención, la disminución en el grupo Estudio es más acentuada que en el grupo Control SH (1.83 GE y 1.76 GC) y SB (2.05 GE y 2.18 GC) presentando diferencias significativas a nivel estadístico $F_{1,235} = 17.79$.

Tabla 3 Gráfico de barras Descriptiva de las puntuaciones medias Sexismo ASI

ASI	ESTUDIO						CONTROL					
	ANTES		DESPUES				ANTES		DESPUES			
	M	Dt	M	Dt	F	Sig	M	Dt	M	Dt	F	Sig
Hostil	1,41	1,10	,914	1,05	63,122	,000	1,14	1,00	1,06	,890	1,234	,268
Benevolente	1,54	1,23	1,03	1,12	61,517	,000	1,44	1,19	1,37	1,14	,762	,384

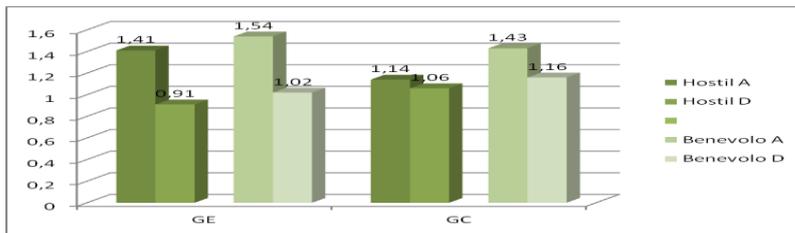


Figura 1. Gráfica de barras puntuaciones factoriales del Ambivalente Sexismo Inventory (ASI) Antes y Después de la intervención en el grupo Estudio y Control.

El ajuste de comparaciones múltiples (Tabla 4) muestra interacciones significativas entre el Antes y Después, en los grupos Estudio y Control en relación a las Creencias Sexistas tanto Hostiles ($F_{1,235}=18,132$, $p<,01$) como Benevolente ($F_{1,235}=18,705$ $p<01$)

Tabla 4. Sexismo escala ASI: Efecto de la interacción

Factor	gl Hipótesis	gl. Error	F	Sig.
Hostil	1	235	18,132	,000
Benevolente	1	232	18,705	,000

La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Según se observa en las Figuras 2 y 3 la pendiente para el “Sexismo Hostil” es más acentuada en el grupo Estudio que en el grupo Control. Al igual, ocurre en el “Sexismo Benevolente” el grupo Estudio presenta niveles más altos que el grupo Control en el momento Antes de la Intervención educativa, presentando, asimismo, una pendiente más acentuada que el grupo Control.

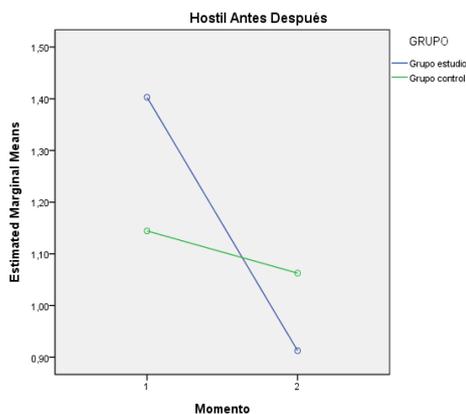


Figura 2. Gráfico P-P de normalidad para los datos Hostil.

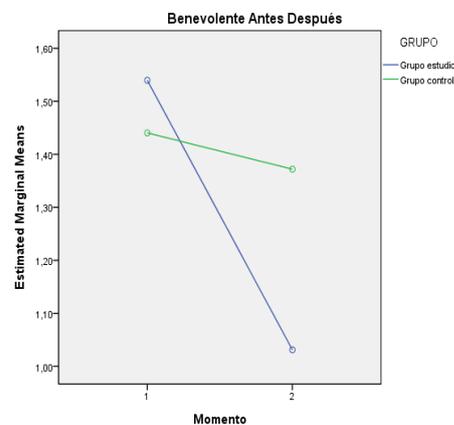


Figura 3. Gráfico P-P de normalidad para los datos Hostil.

Influencia de la asignatura “Género y Salud” en las Creencias Sexistas según el sexo

Existen diferencias significativas entre los hombre y las mujeres $F_{1,236} =33.356$ $P<,01$ en el sexismo Hostil, las chicas presentan valores inferiores a los chicos tanto en el grupo Estudio como en el grupo Control, siendo los índices más bajos para las mujeres del grupo Estudio. En este sentido, cabe destacar, que el sexo ejerce influencia, mostrando diferencias significativas entre los hombres ($F_{1,230}=26,735$ $P<,01$)y mujeres ($F_{1,230}=14,953$ $P<,01$) Antes y Después de la

intervención y estas diferencias son estadísticamente significativas en el grupo Estudio ($F=1,102 =67,158 P<,01$) Asimismo, se reflejan diferencias significativas entre los hombres y mujeres en los momentos Antes y Después de la intervención.

Tabla.5. Puntuaciones medias del Sexismo Antes y Después de la Intervención Educativa diferenciada según sexo en el grupo Estudio y Control.

Creencias	SEXO	Grupo estudio				Grupo control			
		Antes		Después		Antes		Después	
Sexismo		M	Dt	M	Dt	M	Dt	M	Dt
HOSTIL	HOMBRE	2,18	,986	1,47	1,16	1,63	1,17	1,42	,923
	MUJER	1,10	,987	,694	,919	,958	,866	,930	,846
BENEVOLENTE	HOMBRE	1,93	1,26	1,34	1,23	1,38	1,02	1,33	,988
	MUJER	1,38	1,19	,907	1,07	1,47	1,25	1,39	1,20

42 Hombres y 102 Mujeres grupo Estudio

27 Hombres y 72 Mujeres grupo Control

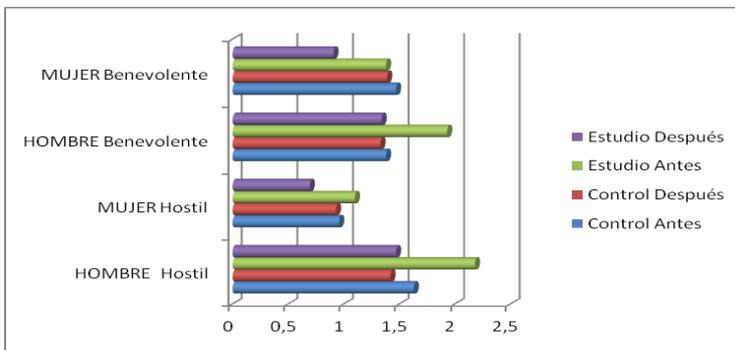


Figura 4. Diagrama de barras agrupadas. Contrastes de medias Sexismo diferenciada por Sexo en el momento Antes y Después de la intervención.

Tabla 6. Efecto de la intervención educativa según Sexo

ASI	Sexismo		F	Sig.
Hostil	Sexo	Hombre-Mujer	33,356	,000
	Grupo	Estudio-Control	,963	,328
	Momento	Antes-Después	41,371	,000
	Grupo * Momento	Estudio	67,158	,000
		Control	2,362	,126
	Sexo * Momento	Hombre	26,735	,000
	Mujer	14,953	,000	
Benevolente	Sexo	Hombre-Mujer	1,645	,201
	Grupo	Estudio-Control	,000	,994
	Momento	Antes-Después	26.941	,000
	Grupo * Momento	Estudio	55,164	,000
		Control	,473	,492
	Sexo * Momento	Hombre	10,673	,001
	Mujer	21,192	,000	

En la Figura 5 del gráfico P-P sobre el Sexismo Hostil en relación al momento Antes de la intervención se refleja que las pendientes de los hombres y mujeres entre el grupo Estudio y el grupo Control son divergentes. De tal forma, que los hombres de ambos grupos puntúan más alto que las mujeres, incrementando la pendiente en los Hombres del grupo Control, a diferencia de las mujeres de este grupo que descienden los valores frente a las mujeres del grupo Estudio.

En el momento Después de la Intervención los Hombres del grupo Estudio descienden sus valores a diferencia del grupo Control disminuyendo su pendiente por debajo de los valores de las chicas reflejada en la interacción de las rectas. Por el contrario, las mujeres del grupo Control ascienden sus puntuaciones reduciendo la pendiente de la recta con el grupo Estudio (Figura 6).

En la Figura 7 se observa que tanto los Hombres como las Mujeres descienden sus valores desde el momento Antes y Después de la Intervención Educativa siendo la pendiente más pronunciada para los chicos que para las chicas

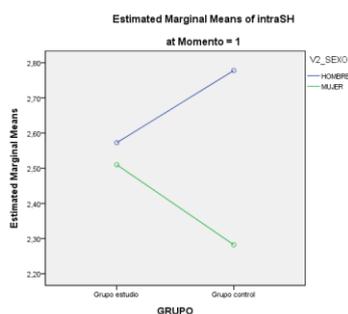


Figura 5. Hostil: Grupo Estudio-Control según Sexo momento Antes

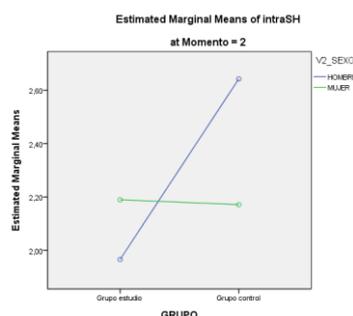


Figura 6. X. Hostil: Grupo Estudio-Control según Sexo momento Después

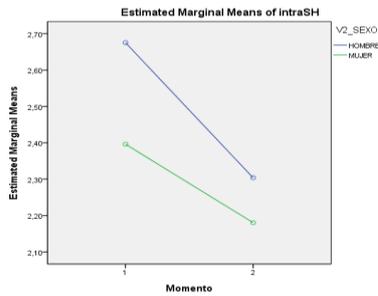


Figura 7. Hostil: Momento Antes-Después según Sexo

Con respecto al sexismo Benevolente, sus rectas parten de niveles diferente en ambos sexos tanto en el grupo Estudio como en el Control, las Mujeres reflejan valores inferiores a los Hombres. Sin embargo, es el grupo Estudio el que presentan Después de la Intervención un descenso más acentuado, de tal forma, que aunque chicos y chicas disminuyen sus valores casi en paralelo, la pendiente es más acentuada para las Hombres del grupo Control (Figuras 8,9 y 10).

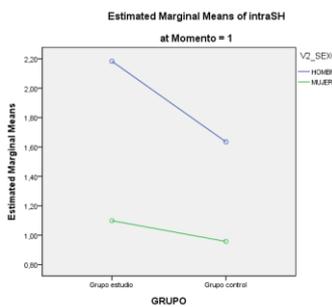


Figura 8. Benevolente: Grupo Estudio-Control según Sexo en el momento Antes

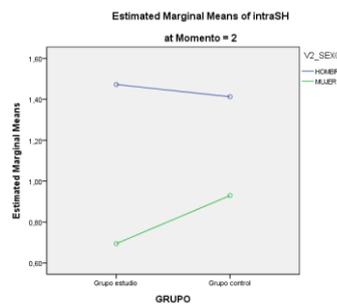


Figura 9. Benevolente: Grupo Estudio-Control según Sexo momento Después

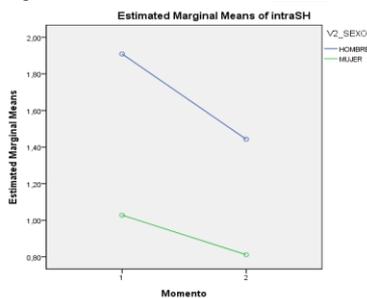


Figura 10 Benevolente: Momento Antes-Después según Sexo

Discusión

Conclusiones

En base a los resultados expuestos, se puede admitir que la formación en “Género y Salud” influye minimización de las creencias sexistas Hostil y Benevolente y que son las mujeres las más receptivas a esta influencia

Por tanto cabe plantear que la intervención educativa en Género y salud influye minimizando las creencias sexistas, especialmente la creencias sexistas Benevolente que obstaculizan de forma enmascarada la lucha por la igualdad.

La minimización de las creencias sexista es más acentuada cuando se imparte una materia específica en “Género”. Siendo las mujeres las que adoptan creencias menos sexistas.
