

PERCEPCIONES DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES TRAS LA FORMACIÓN EN GÉNERO

Arroyo, Rodríguez, Almudena
Departamento de Enfermería
Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"
Universidad de Sevilla
almudena.arroyo@sjd.es

Lancharro, Taverro, Inmaculada
Departamento de Enfermería
Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"
Universidad de Sevilla
inmaculada.lancharro@sjd.es

Calvo, Cabrera, Isabel María
Departamento de Enfermería
Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"
Universidad de Sevilla
isabelmaria.calvo@sjd.es

Ramírez, Carmona, Cristina
Departamento de Enfermería
Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"
Universidad de Sevilla
kristinaramirez1812@gmail.com

Morillo, Martín, María Socorro
Departamento de Enfermería
Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"
Universidad de Sevilla
mariasocorro.morillo@sjd.es

Romero, Serrano, Rocío
Departamento de Enfermería
Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios"
Universidad de Sevilla
rocio.romero@sjd.es

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer las percepciones del alumnado de primero de Grado en Enfermería del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" relacionadas con la salud de las mujeres, tras la formación en género.

MÉTODO: Estudio de corte cualitativo de investigación-acción en el aula dentro de la modalidad evaluativa. Para el análisis de contenido, nos hemos basado en la Teoría Fundamentada, como *método comparativo constante* con el software Atlas.ti 6.1.1. Tras un proceso de muestreo no probabilístico a conveniencia, se ha conformado una muestra de 50 jóvenes. Las categorías definidas son: Desigualdades de género en salud y Sesgos de género en la atención sanitaria. El instrumento para la recogida de datos fue un cuestionario de 13 preguntas abiertas.

RESULTADOS: El alumnado que ha cursado la asignatura "Género y salud" identifica: los roles de género y la morbilidad diferencial como causantes de las desigualdades de género en salud; y la invisibilidad en la investigación y el síndrome de Yentl, dentro de los sesgos de género en la atención sanitaria.

CONCLUSIONES: Tras la formación en género el alumnado reconoce que existen desigualdades de género en salud y sesgos de género en la atención sanitaria a las mujeres.

PALABRAS CLAVE:

Formación en género, Salud de las mujeres, Estudiantes de Enfermería

ABSTRACT:

OBJECTIVE: Find out the perceptions of students in first grade of Nursing Degree in Nursing Center "Saint John of God" related to the women health, in after gender training.

METHOD: A qualitative action-research in the classroom under an evaluative mode is applied. For the content analysis, it is down on grounded theory, constant comparative methodisdonewithsoftwareAtlas.ti 6.1.1. After a process of non-probability convenience sampling, a sample was comprised of 50 youth. The categories are: Gender inequalities in health and sexism in health care. The instrument approach for data collection was a questionnaire of 13 open questions.

RESULTS: Students who have taken the course "Gender and Health" identify: gender roles and differential morbidity cause gender inequalities in health; and invisibility in research and Yentl syndrome within sexism in health care.

CONCLUSIONS: After gender training students recognized that there are gender inequalities in health and gender bias in health care for women.

KEYWORDS:

Gender training, Women health, Nursing, student

INTRODUCCIÓN

En la última década son más prolíficos los estudios de ciencias de la salud con enfoque de “género”, implementándose asignaturas concretas que desarrollan estos contenidos en la formación universitaria. En este estudio, se considera el hecho de la implantación de la asignatura “Género y Salud” en el 2º cuatrimestre del primer curso de Grado en Enfermería en el Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”, centro adscrito a la Universidad de Sevilla, situado en Bormujos (Sevilla), en el curso 2009/2010, considerando de interés la valoración de las percepciones sobre cuestiones de género, que tienen los alumnos y alumnas después de cursar la asignatura.

La asignatura “Género y Salud” en la titulación de Grado en Enfermería entendemos que forma parte del reto para el siglo XXI de las Universidades de extender los programas de formación Mujer y Salud a todos los niveles de las profesiones sanitarias. De esta forma conseguiremos que las mujeres sean por primera vez estudiadas como personas, además de cómo seres reproductores y que se hagan visibles para los y las profesionales de la enfermería y la medicina. Por tanto, para hacer más visibles las diferentes formas de enfermar entre hombres y mujeres y adecuar la formación de los futuros profesionales sanitarios, se han establecido Planes de Docencia en morbilidad diferencial en Universidades de algunos países como Estados Unidos, Canadá, Suecia, Dinamarca y España. Los temas principales que se incluyen en estos planes de estudios tienen que ver con Mujer y Salud, y en los mismos se abarcan visiones diferentes de las afecciones cardíacas, endocrinas, infecciosas, urinarias, neurológicas, musculoesqueléticas y oncológicas que afectan a las mujeres. Asimismo, se garantiza una nueva mirada sobre la denominada salud reproductiva, poniendo de manifiesto problemas derivados de la menstruación, tema tabú en los antiguos tratados de medicina, así como problemas derivados del parto, la sexualidad y la menopausia. Además, una aproximación psicosocial a los problemas de salud también ha obligado a poner de relieve los problemas derivados de la violencia de género y sus repercusiones en la salud de las mujeres, el acoso sexual, las adicciones y los trastornos de conducta alimentaria (Carme Valls, 2001).

Podemos considerar que la presente investigación se enmarca dentro de los estudios acerca de las percepciones sobre género y salud en estudiantes universitarios de Ciencias de la salud, de los cuales tenemos escasas referencias debido a la reciente instauración de asignaturas que aborden la perspectiva de género en la formación universitaria (M^a José Barral, 2008; Almudena Arroyo, 2011; Juana Macías-Seda et al., 2009; Juana Macías-Seda, 2012).

En definitiva, nuestro estudio se justifica por la necesidad de conocer si la inclusión de la formación con perspectiva de género en los estudios de Grado en Enfermería, tal y como los estudios referidos lo avalan, y bajo la normativa estatal actual, es una herramienta válida, para proporcionar al alumnado una educación basada en la igualdad de oportunidades, evitando la discriminación por razón de género, etnia o clase social y los sesgos de género en su desempeño futuro de la profesión enfermera.

CONCEPTUALIZACIÓN Y RASGOS GENERALES DE LAS DIMENSIONES TEÓRICAS MÁS RELEVANTES VINCULADAS CON LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN ACTUAL.

Concepto de salud

En un primer lugar, es importante conocer la evolución del concepto de salud, ya que muchos individuos, personal sanitario incluido, todavía conciben la salud como ausencia de enfermedad, hecho que puede perjudicar la atención sanitaria que prestamos a la sociedad. Hasta 1940, no surgió una definición de salud en sentido positivo. Esta consideración se refería al individuo que siente bienestar. La OMS en 1946, siguiendo esta línea, incluye la definición de salud de Stampar, en su carta fundacional: “*La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces*”(Gonzalo Piédrola, Antonio Sierra y Fernando Rodríguez, 2008).

Este concepto de salud, a pesar de sus aportaciones, como son el dar un sentido positivo a la salud y el considerar al individuo en toda su globalidad, ha tenido diversas críticas. Una de ellas hace referencia al carácter utópico de la misma, al definir en términos absolutos la salud, como un *estado de completo bienestar*, además en todas las dimensiones del ser humano: la física, la mental y la social.

Esta definición ha sido corregida por Milton Terris. Este autor propuso una nueva definición de salud: “*Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces*”(Gonzalo Piédrola et al., 2008). Así el concepto de salud, se hace más operativo. Al suprimir “*completo*”, se elimina el carácter utópico de la definición; y al añadir “*capacidad de funcionamiento*”, referida a la realización de actividades de la vida diaria, se hace mensurable el estado de salud.

Por lo tanto, con las modificaciones de Milton, el concepto de salud ha pasado de ser un concepto estático, a un concepto dinámico, donde la salud junto con la enfermedad, forman el conocido como *continuo salud-enfermedad*, con dos polos. Uno positivo, el de la salud; y otro negativo, el de la enfermedad, con una zona neutra donde coexisten ambos en diferente grado (Gonzalo Piédrola et al., 2008).

Desigualdades de género en salud

Una vez definido lo que se entiende hoy en día por salud, vamos a pasar a explicar qué son las desigualdades de género en salud y cuáles son las repercusiones que tienen para la sociedad en general y para nuestro estudio.

Existen numerosos estudios (Carme Valls, 2008; Juana Macías-Seda, Manuela Yaque y José Luis Álvarez, 2004; Lucía Artacoiz et al., 2002; María del Mar García-Calvente et al., 2008) que avalan las diferencias existentes en materia de salud y enfermedad entre hombres y mujeres. Las mujeres padecen diferentes trastornos y afecciones que los hombres y en el caso que padezcan la misma enfermedad, su sintomatología y respuesta al tratamiento es distinta (Juana Macías-Seda et al., 2004:257).

La esperanza de vida de las mujeres es siete años mayor que los hombres, aunque su estado de salud sea peor y el tiempo de incapacidad de las mismas doble el de los varones (Juana Macías-Seda et al., 2004; Lucía Artacoiz et al., 2002). Esta paradoja se ha atribuido en muchas ocasiones a las diferencias biológicas entre ambos sexos y al diferente uso y comportamiento

ante los servicios sanitarios de las mujeres, pero cada vez está más claro que este peor estado de salud de las mujeres se puede deber a un diferente reparto de roles entre ambos sexos (Juana Macías-Seda et al., 2004; Lucía Artacoiz et al., 2002). La simultaneidad de roles sociales en las mujeres fuera y dentro del ámbito doméstico se refleja en una doble carga de trabajo sobre las mismas, ya que en muchas ocasiones su incorporación al mundo laboral, no conlleva necesariamente una reducción de su trabajo doméstico. Todo esto ocurre a pesar de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar instauradas, sobre todo en nuestro país no son proporcionales las reducciones de jornada laboral con la incorporación de las mujeres al mundo laboral remunerado (Lucía Artacoiz et al., 2002).

Los costes que en materia de salud tiene esta sobrecarga de trabajo se traducen en síntomas inespecíficos que refieren estas mujeres cuando acuden a la consulta médica, como son cefaleas, dolores generalizados, cansancio, molestias gástricas, tristeza, sensación de opresión o nudo en la garganta...dificiles de encuadrar en un diagnóstico y tratados con analgésicos, antidepressivos, relajantes musculares y ansiolíticos al acompañarse de ansiedad y depresión en muchas de las ocasiones (Pilar Blanco, 2004). Una frase: *Me duele todo*, resume esta sintomatología tan difusa en las consultas (Carme Valls, 2008).

Merece una especial mención el impacto que en la salud de las mujeres tiene el cuidado informal de las personas mayores. El cuidado de la salud que se presta en el hogar es asumido principalmente por las mujeres (María del Mar García-Calvente, Inmaculada Mateo-Rodríguez y Ana Eguiguren, 2004) que en nuestro país, corresponde a un porcentaje del 84%, con un perfil de mediana edad, de unos 53 años, esposa o hija principalmente (María Crespo y Javier López, 2008).

Según recoge M^a Ángeles Durán (2002) en su libro *Los costes invisibles de la enfermedad* solo un 12% del trabajo dedicado al cuidado de la salud es remunerado en nuestro país, por lo que se deberían establecer una serie de medidas que solucionaran esta situación de desigualdad y dependencia originadas por la adscripción social del cuidado de personas enfermas y discapacitadas.

M^a Ángeles Durán (2002: 232-235) realiza una comparativa de las condiciones laborales del personal sanitario y de la persona cuidadora, llegando a la conclusión de su similitud. Divide los riesgos laborales en cinco áreas: los derivados del ambiente físico, los contaminantes, el esfuerzo físico y carga mental, las condiciones de seguridad y la organización del trabajo. El punto que destaca como de mayor similitud es el de la *carga mental y psíquica* del trabajo, ya que la persona cuidadora tiene que procesar una gran cantidad de información. La carga psíquica afecta emocionalmente a la persona cuidadora en cuanto que le produce sentimientos de miedo, impotencia, ansiedad, inseguridad, lo cual se traduce en trastornos digestivos, del sueño, cefaleas, estados depresivos e irritabilidad. Las condiciones de seguridad en el hogar se consideran peores en tanto que en él se producen habitualmente los cuadros súbitos de descompensación psiquiátricos y los accidentes. Y de la organización laboral queda decir que la persona cuidadora no está a turnos de trabajo y normalmente se encarga de todas las tareas relacionadas con el cuidado de la persona enferma sea mañana, tarde o noche.

Todo esto nos lleva a entender como la situación social de la mujer es un factor importante que afecta a su salud y muchas veces pasa desapercibido para las y los profesionales sanitarios. El abordaje desde la atención sanitaria para evitar las desigualdades de género en salud entendemos, por tanto, que tiene que ser integral, es decir, visibilizar no solo los factores biológicos que afectan a la salud sino también los psicológicos, sociales y culturales, y sin

separarlos los unos de los otros. Una visión de la persona en su contexto social nos dará la clave para evitar la desigualdad en la atención sanitaria.

El alumnado de enfermería, por lo tanto, como futuros profesionales del sistema de atención a la salud, tendrá que adquirir durante su formación universitaria las competencias necesarias para abordar a la sociedad que atiende con una perspectiva de género y evitar así las desigualdades de género en salud.

Sesgo de género en la atención sanitaria

En relación al sesgo de género en la atención sanitaria, la Sociedad Americana de Mujeres Médicas define este concepto *“como la diferencia en el tratamiento de ambos sexos, con un mismo diagnóstico clínico que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud”* (Isabel Ruiz-Pérez, 2007; M^a Teresa Ruiz-Cantero y María Verdú-Delgado, 2004). Pero esta definición estricta, ha sido ampliada por M^a Teresa Ruiz-Cantero y María Verdú-Delgado ya que no incluye el origen del sesgo, de la siguiente forma: *“el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres -en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos-, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro”* (M^a Teresa Ruiz-Cantero y María Verdú-Delgado, 2004).

Según Carme Valls Llobet (2001) pueden ser tres las causas del sesgo: partir del supuesto de que los riesgos y problemas de salud de hombres y mujeres son iguales cuando no lo son; en segundo lugar partir de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas, donde sólo hay similitudes; y en tercer lugar, partir de la suposición de que los problemas de salud son producidos sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas. Como expone Carme Valls Llobet, sólo una visión integral de los problemas de salud, nos puede aportar una guía para estudiar las desigualdades de género en salud.

Los sesgos de género que se incluyen en la primera causa, (considerar que la forma de enfermar y expresar los síntomas de los hombres y mujeres son similares) son la tendencia a realizar ensayos clínicos sólo con varones como sujetos de estudio, extrapolando posteriormente los resultados obtenidos al grupo de mujeres de forma automática, como si ellas también hubieran formado parte del estudio. Los argumentos considerados para la exclusión de las mujeres de estas investigaciones, son la posibilidad de quedar embarazadas, los ciclos hormonales de las mismas, entre otras. En este caso la exclusión de las mujeres en estos estudios, aunque pretenda protegerlas, sólo consigue dañarlas (M^a Teresa Ruiz-Cantero y María Verdú-Delgado, 2004; M^a Teresa Ruiz-Cantero, 2001). Un ejemplo de estos resultados es el efecto protector del ácido acetil-salicílico contra los problemas cardiovasculares en el hombre, que no se ha podido probar nunca su beneficio en las mujeres sanas (Carme Valls, 2001).

La segunda causa, que hace referencia a considerar a los hombres y mujeres diferentes, cuando en realidad no lo son, se visualiza en el diagnóstico y tratamiento de síndromes cardiacos. La evolución y seguimiento depende si el afectado es hombre o mujer. Normalmente se aprecian las quejas de los hombres como más serias que las de las mujeres, incluso a ellas se les asocia un componente psicossomático con más frecuencia que a los hombres, lo cual deriva en altas tasas de prescripción de tranquilizantes a las mismas (M^a Teresa Ruiz-Cantero 2001). En 1991 Bernardine Healy describió en la prestigiosa revista *The New Journal of Medicine* el *Síndrome de Yentl*. Lo que motivó las investigaciones de Bernardine Healy eran las diferencias tan claras en el

uso de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos en los servicios de urgencias y hospitalización de mujeres con problemas coronarios. Tras numerosos estudios se determinó que las mujeres tenían dolor anginoso antes de sufrir un infarto con tanta frecuencia e incluso con efectos más incapacitantes que en los hombres, sin embargo, se les aplicaba una cateterización cardiaca la mitad de las veces que a los hombres. A estos hallazgos los denominó *Síndrome de Yentl* porque, sólo cuando se había demostrado que a una mujer podía sucederle lo mismo que a un hombre, es decir, que una mujer podía sufrir un infarto agudo de miocardio, entonces era tratada igual que él (Carme Valls, 2008).

En relación al tercer supuesto de sesgo de género: “partir de la suposición de que los problemas de salud son producidos sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas”, Carme Valls (2001) expone que puede ser debido al hecho de no tener en cuenta una serie de factores en la atención sanitaria de las mujeres. Con frecuencia la sintomatología que presentan estas mujeres es achacada a problemas de tipo ansioso-depresivo, sin pruebas diagnósticas que los constaten. Muchas de las enfermedades endocrinológicas que sufren las mujeres con mayor prevalencia que los varones se presentan con síntomas clínicos parecidos a los cuadros de ansiedad y depresión. Por tanto para evitar este sesgo en la atención prestada los profesionales sanitarios tendrían que valorar integralmente a estas pacientes teniendo en cuenta la morbilidad diferencial así como otros factores que inciden directamente sobre su salud, como son: la pobreza, la clase social, las demandas de trabajo, exposición a sustancias contaminantes, entre otros.

Por tanto, cuando hablamos de sesgo de género, éste puede ocurrir no sólo en las investigaciones de factores de riesgo asociados a enfermedades, ensayos clínicos con fármacos, sino también incluso en la prescripción de medicamentos y en la asistencia sanitaria de atención primaria y especializada a las mujeres.

OBJETIVO

Conocer las percepciones del alumnado de primero de Grado en Enfermería del Centro de Enfermería “San Juan de Dios” relacionadas con la salud de las mujeres, tras la formación en género.

METODOLOGÍA

Estudio de corte cualitativo de investigación-acción en el aula dentro de la modalidad evaluativa (Tójar, 2006).

El estudio ha tenido lugar en el Centro Universitario de Enfermería “San Juan de Dios”, con una duración de dieciocho meses desde su inicio en el mes de enero de 2010 hasta su finalización en Junio de 2011.

El alumnado seleccionado para la realización del estudio pertenece a la asignatura “Género y Salud”. Tras un proceso de muestreo no probabilístico a conveniencia, se ha conformado una muestra de 50 jóvenes con una media de edad de $\pm 20,9$ años ubicados geográficamente en Sevilla y provincia, siendo el 100% estudiantes del primer curso del Título de Grado en Enfermería, donde el 84% son mujeres y el 16% hombres.

El alumnado de primero de Grado en Enfermería que cursó la asignatura “Género y Salud” durante el curso 2009/10, participó de forma voluntaria en el estudio, garantizándose el anonimato de las respuestas en todo momento.

Nuestro estudio consta de dos clases de variables, que hemos denominado atributos de la muestra o variables de perfil, y variables categóricas. Estas a su vez se dividen en dos tipos: las variables relacionadas con los sustratos teóricos y las variables de opinión. Cada una de estas variables se corresponde a cada una de las preguntas de nuestro cuestionario.

El instrumento para la recogida de datos es un cuestionario inicial de redacción abierta de 18 ítems de los cuales solo 13 se reutilizaron en el cuestionario posterior (Anexo 1). Este cuestionario es implementado desde el curso académico 2005/06 en la Universidad de Zaragoza en la asignatura de libre elección “Salud y género” (M^a José Barral, 2008), contando con un destacado reconocimiento académico en el ámbito docente con perspectiva de género.

La intervención educativa llevada a cabo en este estudio, coincide con el periodo de docencia de la asignatura “Género y Salud”. Esta asignatura, como ya se ha referido anteriormente, se ubica dentro de la formación básica de la titulación de Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla, con una carga lectiva de 6 ECTS. En concreto se imparte durante el 2º cuatrimestre del primer curso, que comienza en el mes de febrero y finaliza en el mes de junio. Al considerarse una asignatura de formación básica, cuenta con la totalidad de estudiantes matriculados en primer curso de Grado en Enfermería.

En el presente trabajo, hemos analizado solo la pregunta nº10 del cuestionario que dice así: ¿Cómo crees que la diferencia sexual influye en la salud?

Para el análisis cualitativo del contenido, recogido mediante los cuestionarios de redacción abierta, nos hemos basado en la Teoría Fundamentada mediante el programa Atlas.ti 6.1.1, como *método comparativo constante*, que implica un análisis microscópico de los datos para localizar concepciones que puedan ser susceptibles de ser categorizadas y ordenadas en un sistema cada vez más jerárquico de ideas del alumnado, siguiendo las siguientes fases (Jaime Andréu, Antonio García-Nieto y Ana M^a Pérez, 2007):

1. Codificar los datos en categorías
2. Desarrollo de las dimensiones y propiedades de las categorías
3. Generación de hipótesis.

Para ello hemos partido de las categorías teóricas previas, definidas a partir del discurso del alumnado. A su vez, durante el análisis de contenido, a partir de los códigos y sus agrupaciones en supercódigos generados con el programa Atlas.ti, han surgido categorías emergentes que hemos integrado en el estudio a modo de subcategorías.

Para determinar la fiabilidad y la calidad de los datos obtenidos, se triangularon éstos con diferentes miembros del alumnado, así como entre las dos principales investigadoras del estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dadas las características de la metodología utilizada en esta investigación, hemos considerado oportuno presentar los resultados junto con la discusión. Pensamos que de esta forma se da una mayor coherencia a los hallazgos de la investigación guiados por la Teoría Fundamentada.

La exposición de los resultados se presenta categoría a categoría, y cada una de ellas a su vez con las subcategorías identificadas en el alumnado.

Los verbatim se han codificado con las iniciales del nombre y primer apellido del alumno o alumna seguido de la edad.

Desigualdades de género en salud

Dentro de esta categoría se han codificado los verbatim del alumnado que hacen referencia a la diferente forma de enfermar que tienen las personas según su sexo, así como los costes en materia de salud producidos por los roles de género descritos por M^a Ángeles Durán (2002) y Juana Macías-Seda y colaboradores (2004). A continuación se muestran ejemplos de estos hallazgos (Figura 1).

Roles de género

“La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente...Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas”(A.P. 38)

“Desde siempre la mujer ha llevado la carga familiar en el tema de cuidados por lo que creo que es más normal que se den ciertas enfermedades en mujeres que en hombres pero por supuesto a todos nos puede ocurrir cualquier enfermedad”(E.P. 20)

“La diferencia sexual influye en la salud de modo que, tanto hombres como mujeres, sufren distintas enfermedades que están relacionadas con los roles que tienen en la sociedad” (I. L.21)

“La diferencia sexual influye muchísimo. Debido a los roles de género la mujer tiene asignada una serie de enfermedades distintas a la del hombre y viceversa, por lo que esto puede condicionar el diagnóstico de una patología...” (E. C. 19)

Morbilidad diferencial

“...las mujeres presentan una vida más longeva que los hombres, pero con peor calidad de vida”(M.F. 23)

“Por ejemplo los factores de riesgo no son los mismos para ambos, ni tampoco la prevención o el tratamiento de numerosas enfermedades como la prevención de enfermedades cardiovasculares” (M.F.18)

“A lo largo de la asignatura hemos visto casos clínicos en los que había una discriminación hacia la mujer en el ámbito sanitario. Si una mujer viene al médico por cefalea, el médico

automáticamente le receta ansiolíticos porque dice que eso debe ser ansiedad o stress. Cuando va un hombre al médico por cefalea, le hacen pruebas para identificar la causa” (S.C.18)

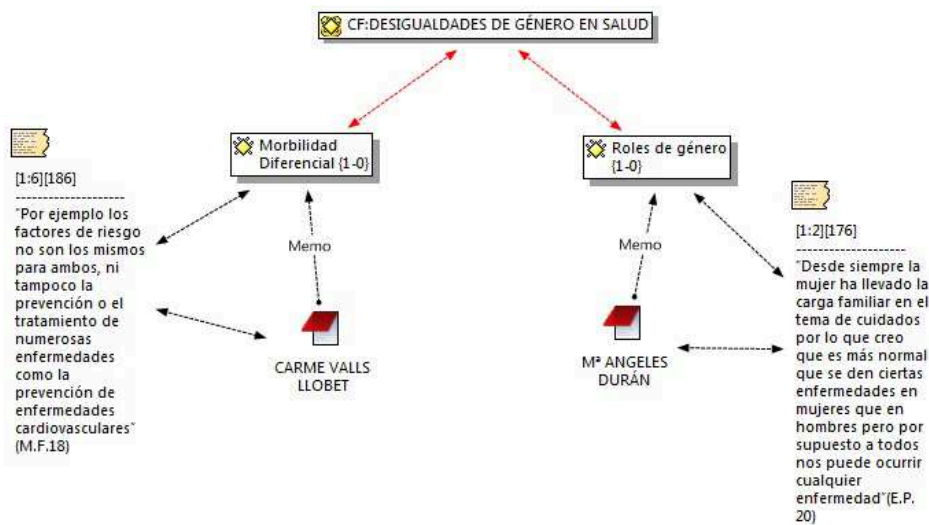


Figura 1. Categoría Desigualdades de género en salud

Sesgos de género en la atención sanitaria

En relación a los sesgos de género, el alumnado que ha cursado la asignatura “Género y salud” identifica los supuestos definidos por Carme Valls (2001) relacionados con la invisibilidad de las mujeres en la investigación y el *Síndrome de Yentl*, en patologías de tipo cardíaco (Figura 2).

Invisibilidad en la investigación

“...debido a que las mujeres han sido invisibles ante la investigación de las enfermedades, no se ha podido ver y demostrar hasta hace poco, que las mujeres padecen prácticamente todas las enfermedades que padecen los hombres, aunque estas afectan de forma distinta a unas y otros” (J.N. G. 18)

“Influye por ejemplo a la hora de estudiar enfermedades o investigar sobre medicamentos ya que el resultado de dichas investigaciones realizadas en hombres se extrapola a las mujeres” (L.M.A. 25)

“..., una de ellas es dando por hecho que una enfermedad en el hombre puede afectar de igual manera en la mujer, y por ello se realizan estudios solo en el hombre que luego se tratan en la mujer, pudiendo esta responder de manera negativa, pues hay que tener en cuenta ciertas diferencias físicas, biológicas, genéticas, etc.” (V.C. 23)

“Hay fármacos a los que el hombre y la mujer no responden igual, incluso tratamientos que no han sido experimentados con mujeres y por ello éstas reaccionan de forma diferente” (C.B. 19)

Síndrome de Yentl

“No hay que dar por hecho que una mujer, por el hecho de ser mujer, tiene ansiedad si llega a la consulta con un dolor torácico. Deben hacerle las mismas pruebas diagnósticas que se llevarían a cabo en el caso de que fuera un hombre, el cuál por ser hombre, se pensaría que puede tener problemas cardiovasculares y se le realizan numerosas pruebas” (L.C. 19)

“Otra forma en la que influye, es descartando enfermedades en la mujer aunque presente los síntomas de esa enfermedad solo por el sexo, por ejemplo a una mujer que padece una enfermedad cardiovascular, no se le hacen las pruebas correspondientes, pues se piensa que es ansiedad, es lo que se conoce con el Síndrome de Yentl” (V.C. 23)

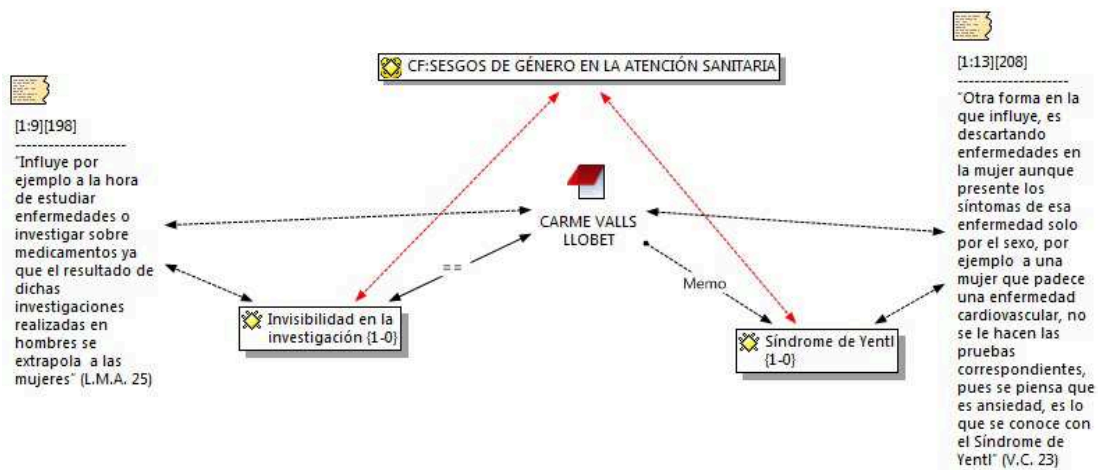


Figura 2. Categoría Sesgos de género en la atención sanitaria a las mujeres

CONCLUSIONES

Tras la formación en género el alumnado reconoce que existen: desigualdades de género en salud provocadas por los roles de género y la morbilidad diferencial; y sesgos de género, en la atención sanitaria a las mujeres, como son la invisibilidad en la investigación y el *Síndrome de Yentl* en patologías cardíacas.

BIBLIOGRAFÍA

Andréu Abela, Jaime ; García-Nieto, Antonio y Pérez Corbacho, Ana M^a (2007): *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*, CIS, Madrid.

Arroyo Rodríguez, Almudena (2011): *Evaluación cualitativa de la asignatura Género y Salud en estudiantes de enfermería: estudio piloto de innovación docente* (Trabajo fin de Master, sin publicar), Universidad de Sevilla, Sevilla.

Artazcoz, Lucía et al., (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar" en *Informe SESPAS*, Junta de Andalucía (73-90).

Barral Morán, M^a José (2008): "Género y salud en los programas oficiales de grado" en *IV Jornadas Género y Salud, un aprendizaje para la igualdad*, SIEM, Zaragoza.

Blanco, Pilar (2004): "La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas" en *Salud 2000*. Nº 95, enero 2004, (23-7).

Crespo, María y López, Javier (2008): "Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores" en *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Nº35, IMSERSO, Madrid.

Durán, M^a Ángeles (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad* (2^a ed.), Fundación BBVA, Bilbao.

García-Calvente, M^a del Mar, Mateo-Rodríguez, Inmaculada y Eguiguren, Ana (2004): "El sistema informal de los cuidados en clave de desigualdad" en *GacSanit*. Vol.18 (supl 1), (132-139).

García-Calvente, M^a del Mar et al., (2008): "El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía" en Escolar, Antonio (ed.): *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, Cádiz, (127-44).

Macías-Seda, Juana, Yaque, Manuela y Álvarez, José Luis (2004): "La salud de las mujeres. Cambiar mentalidades. Las relaciones médico/a-paciente" en Rebollo, M^a Ángeles y Mercado, Inmaculada (coords.): *Mujer y desarrollo en el siglo XXI: Voces para la igualdad*, Mc Graw Hill, Madrid, (257-72).

Macías-Seda, Juana et al., (2009): "Actitud frente a la Violencia de Género del alumnado de Enfermería y su relación con la formación universitaria" en Vázquez, Isabel (coord.): *Investigación y Género. Avance en las distintas áreas de conocimiento*. Universidad de Sevilla, Sevilla (653-662).

Macías Seda, Juana (2012): *Formación en Género en los estudios de Enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género* (Tesis doctoral), Universidad de Sevilla, Sevilla.

Piédrola, Gonzalo, Sierra, Antonio y Rodríguez, Fernando (2008): *Medicina preventiva y salud pública* (11ª ed.), Elsevier/Masson, Barcelona.

Ruiz-Cantero, Mª Teresa (2001): "Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad" en Miqueo, Consuelo et al. (eds.): *Perspectivas de género en salud*, Minerva Ediciones, Madrid, (163-78).

Ruiz-Cantero, Mª Teresa y Verdú-Delgado María (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico" en *GacSanit.* Vol.18 (supl 1), (118-25).

Ruiz-Pérez, Isabel (2007): "Sesgo de género en los estudios sobre medicamentos en las mujeres" en Instituto Andaluz de la Mujer (ed.): *Actas de la Jornadas Andaluzas Mujeres y salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género*, Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía, Sevilla, (87-92).

Tójar, Juan Carlos (2006): *Investigación cualitativa: comprender y actuar*, La Muralla, Madrid.

Valls, Carme (2001): "El estado de la investigación en salud y género" en Miqueo, Consuelo et al., editores: *Perspectivas de género en salud*, Minerva Ediciones, Madrid, (179-96).

Valls, Carme (2008): *Mujeres invisibles* (3ª ed.), DeBolsillo, Barcelona.

ANEXO 1: CUESTIONARIO FINAL

1. Edad

2. Sexo

- Mujer
- Hombre

3. Señala cuáles son tus estudios previos:

- Bachillerato
- Módulo de formación profesional
- Acceso de mayores de 25 años
- Titulados

4. ¿Qué has aprendido?

5. ¿Piensas que puede servirte en tu vida profesional?

6. ¿Qué significa para ti la palabra "género"? ¿Cuántos géneros crees que hay?

7. ¿Qué significa para ti la palabra "sexo"? ¿Cuántos sexos dirías que hay?

8. ¿Qué significa para ti la palabra "salud"?

9. ¿Qué significa para ti la palabra "feminismo"?

10. ¿Cómo crees que la diferencia sexual influye en la salud?

11. Pon dos ejemplos de la vida cotidiana utilizando alguno de los siguientes términos:

- Androcentrismo
- Sesgos de género
- Patriarcado
- Políticas de igualdad
- Discriminación positiva
- Roles de género

12. ¿Has realizado algún trabajo o formación académica relacionada con estos temas?
¿Dónde: en el colegio, en el instituto, en la Universidad? ¿En qué asignatura?

13. ¿Quieres añadir algún comentario personal sobre la asignatura?