

Actitudes y creencias sexistas en futur@s médic@s: análisis descriptivo y comparativo con datos de futur@s clínic@s no médic@s

Elisabet Tasa-Vinyals, Marisol Mora-Giral y Rosa Maria Raich-Escursell

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción. El discurso médico androcéntrico fundamenta la existencia del fenómeno del sesgo de género en la praxis clínica, definido como la prestación de asistencia médica de forma inapropiadamente distinta o similar -en base a la evidencia científica disponible- a mujeres y hombres. La praxis médica sesgada por género desafía la medicina basada en la evidencia, pues se fundamenta en creencias acerca de las formas de ser, de sanar y de enfermar de hombres y mujeres. Asimismo, perpetúa la invisibilización de la mujer bajo la normatividad masculina, piensa la salud de los géneros -y especialmente de la salud femenina- en base a los significados heteropatriarcales de los mismos, y legitima el control político sobre el cuerpo femenino mediante la intervención del estamento médico (Mosquera, 2002; Valls-Llobet, 2009; Ruiz-Cantero, 2010; Oertelt-Prigione y Regitz-Zagrosek, 2012; Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell, 2015). El androcentrismo y las desigualdades de género se hallan hoy en día lejos de erradicarse de nuestras facultades de Medicina (Hamberg, Risberg y Johansson, 2004), de nuestra práctica asistencial (Rohlfis, Valls y Pérez, 2005; Lagro-Janssen, 2008; Cantero-Regalado, 2010) y de la investigación médica que producimos (Holdercroft, 2007; Ruiz-Cantero et al., 2007).

El sexismo puede definirse como un sistema ideológico que concibe el género como categoría única (hombre-mujer), opuestas y complementarias entre sí, asignando roles diferenciados a las personas en función de su género; y, asimismo, asignando a cada persona un género en base a sus características genitales, habitualmente en el momento del nacimiento. Constituye el sustrato cognitivo del orden sociopolítico heteropatriarcal, que establece la supremacía y centralidad del género masculino (actitudes). Sin embargo, la asignación de roles de género justificados por supuestas características diferenciales (creencias) y que deben respetarse para mantener un supuesto orden social (principios) puede paradójicamente acabar causando perjuicios a los hombres mediante la imposición de una masculinidad única, violenta y limitadora. En este contexto, el feminismo puede definirse como la ideología revolucionaria, crítica y emancipadora que desafía la organización sociopolítica basada en el género y, de hecho, en sus posteriores evoluciones (transfeminismos, feminismo queer) cuestiona la propia dicotomía bigénero.

La psicología sabe desde hace tiempo (Festinger, 1962) que es improbable que un sujeto mantenga una conducta contradictoria con su *background* cognitivo, el cual se define por variables como actitudes, creencias y principios. Los comportamientos sexistas, como el abordaje diagnóstico-terapéutico de una situación clínica sin perspectiva ni sensibilidad de género (Hesse-Biber, 2014), se contextualizan y cobran sentido en un contexto de sexismo -ya se trate de sexismo benevolente o de sexismo hostil (Glick y Fiske, 1997; Glick y Fiske, 2001). En consecuencia, es racional pensar que l@s profesionales sanitari@s menos sexistas tendrán menor riesgo de cometer sesgos de género en su ejercicio. De hecho, algunas voces abogan por la inclusión de un enfoque de género o feminista en la formación de l@s futur@s profesionales de la medicina (Doyal, 2001; Kroon y Scheele, 2008), la cual cosa es extrapolable al resto de profesiones clínicas (enfermería, psicología, fisioterapia, etc.), como camino hacia la construcción de un sistema sanitario más justo, plural, inclusivo y basado en la evidencia -en detrimento de creencias y mitos sexistas.

Objetivos

1. Evaluar las actitudes, creencias y principios en relación con las normas sociales de género vigentes en el sistema hegemónico heteropatriarcal de una muestra de estudiantes del grado de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, así como sus puntuaciones en una escala general de conservadurismo, constructo más amplio donde el sexismo se enmarca.
2. Comparar las puntuaciones obtenidas por dicha muestra de estudiantes de Medicina con las de estudiantes de Psicología de la misma universidad, como ejemplo de otra titulación del ámbito de las ciencias de la salud una de las principales salidas profesionales de la cual es la práctica clínica.

Material y métodos. La versión castellana (Tasa-Vinyals, Mora-Giral y Raich-Escursell, pendiente de publicación) del cuestionario Cuestionario Prasad-Baron para la medida de actitudes, creencias y principios de género (Measurement of gender-role attitudes, beliefs, and principles) (Prasad y Baron, 1996) fue administrada a 233 estudiantes de Grado de Medicina (n=115) y Psicología (n=118) de nuestra universidad. La administración se realizó online. Los sujetos respondieron además a una serie de cuestiones acerca del conocimiento de los conceptos de sexo y género, del feminismo, y se les pidió autodefinirse como personas machistas/feministas. Se registraron también datos sociodemográficos (edad, género e ideología política). Los datos fueron analizados con SPSS en su 19ª versión. Se obtuvieron datos descriptivos de los tres factores del cuestionario Prasad-Baron (Equidad, Creencias y Principios) y se realizó un análisis comparativo por estudios, comparando los futuros médicos con los futuros psicólogos, así como también por género. Se estudió la relación entre el acierto al definir el feminismo y la ideología feminista, tanto autodefinida como mostrada en las puntuaciones al cuestionario.

Resultados. En general, l@s futur@s médic@s obtuvieron puntuaciones favorables a los planteamientos feministas, si bien se mostraron más progresistas en las subescalas Equidad y Creencias que en la subescala Principios. De hecho, en esta última, aunque la puntuación media se sitúa por encima de la neutralidad (3), no se halla muy lejana a ésta. En el caso de los estudiantes masculinos, de hecho, la puntuación en Principios se sitúa en el rango sexista o conservador. L@s futur@s psicólog@s obtuvieron el mismo patrón de resultados. Las puntuaciones en Equidad, Creencias y Principios obtenidas por l@s estudiantes de Medicina y de Psicología no fueron estadísticamente diferentes, si bien en las dimensiones Equidad y Creencias l@s futur@s médic@s resultaron ser ligeramente más feministas, mientras que en la subescala Principios ocurrió lo contrario.

En ambos casos, las futuras profesionales puntuaron de forma más crítica, feminista o proigualdad que sus compañeros; esta diferencia fue estadísticamente significativa en las tres dimensiones en el caso de las estudiantes de Medicina ($t=2.34$, $P=0.025$ para Equidad; $t=3.51$, $P=0.001$ para Creencias; y $t=4.14$, $P<0.001$ para Principios), y sólo en el caso de la dimensión Principios ($t=3.38$; $P=0.002$) para las estudiantes de Psicología. Globalmente, las puntuaciones en las dimensiones Creencias ($t=2.96$; $P=0.003$) y Principios ($t=6.06$; $P<0.001$) mostraron diferencias estadísticamente significativas por género, y la dimensión Equidad mostró una clara tendencia a la significación ($t=1.84$; $P=0.069$). Las futuras médicas puntuaron más alto que las futuras psicólogas en Equidad y Creencias, sucediendo lo contrario en Principios; en cambio, los futuros psicólogos puntuaron más alto que los futuros médicos en Equidad, y prácticamente igual en las otras dos dimensiones. En el análisis estadístico por género no se tuvo en cuenta la tercera categoría porque sólo una persona la había escogido. La autodefinición o no como feminista y la respuesta a las 5 posibles definiciones acerca de lo que es o no es el feminismo se relacionaron significativamente ($P<0.001$). La clara mayoría de las personas que se autodefinieron como feministas afirmaron que el feminismo es un movimiento que defiende la igualdad de género (87%) y/o la igualdad entre mujeres y hombres (78%). Estos porcentajes descendieron hasta el 68% y el 51%, respectivamente, entre quienes dicen no ser feministas. Del mismo modo, mientras que sólo el 1% de las personas feministas piensan que el feminismo lucha por la supremacía de la mujer, lo creen así el 47% de las no feministas. Ninguna persona feminista manifestó que el feminismo estuviera sólo integrado por mujeres, mientras que el 9% de las no feministas lo hizo. Finalmente, el 77.4% de las personas no feministas piensan que el feminismo no es necesario, mientras que sólo el 44% de las feministas comparte esta opinión. Los valores chi-cuadrado para todas estas comparaciones resultaron significativos ($P<0.05$). No se detectaron diferencias significativas en la definición de feminismo por género; sin embargo, la autodefinición como feminista fue significativamente más frecuente en las personas de género femenino (chi-cuadrado=12.46; $P=0.014$).

Género	Puntuaciones Cuestionario Prasad-Baron, media (desviación estándar)								
	Estudiantes de Medicina			Estudiantes de Psicología			Global		
	♀	♂	Global	♀	♂	Global	♀	♂	Global
Equidad	4.86 (.19)	4.57* (.72)	4.77 (.44)	4.71 (.66)	4.64 (.64)	4.7 (.66)	4.78 (.51)	4.6 (.68)	4.73 (.56)
Creencias	4.40 (.54)	4.00* (.58)	4.28 (.58)	4.21 (.74)	3.97 (.87)	4.16 (.76)	4.29 (.66)	3.99* (.69)	4.22 (.68)
Principios	3.26 (.59)	2.77* (.55)	3.11 (.62)	3.36 (.56)	2.74* (.81)	3.24 (.66)	3.31 (.57)	2.76 (.66)*	3.17 (.64)

4.00-5.00 3.99-3.00 2.99-2.00 1.99-1.00

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de actitudes, creencias y principios de género, por estudios y género * = diferencia significativa en puntuación media por género ($P<0.05$).

	Estudiantes de Medicina	Estudiantes de Psicología	Global
Edad, años			
Media (desviación estándar)	22.19 (2.6)	21.85 (2.92)	22.02 (2.81)
Género, %			
Femenino	69.6	80.5	75.1
Masculino	30.4	18.6	24.5
Ninguno/Otros	.0	0.8	0.4
Nivel de estudios completado, %			
Ciclos Formativos o equivalente	2.6	5.1	3.9
Bachillerato o equivalente	81.7	68.6	71.1
Diplomatura o equivalente (3 años)	1.7	.8	1.3
Licenciatura/Grado o equivalente (4 años mínimo)	11.3	22.9	17.2
Máster o Postgrado	1.7	2.5	2.1
Doctorado	.9	.0	.4
Ideología política, %			
Extrema derecha	.9	.0	.4
Derecha	.9	.0	.4
Centro-derecha	2.6	1.7	2.1
Centro	15.7	12.7	14.2
Centro-izquierda	22.6	24.6	23.6
Izquierda	54.8	57.6	56.2
Extrema izquierda	2.6	3.4	3.0
¿Se considera Ud. una persona machista?, %			
No	98.3	99.2	98.7
Sí	1.7	.0	.9
NS/NC	.0	.8	.4
¿Se considera Ud. una persona feminista?, %			
No	50.4	51.7	51.1
Sí	46.1	39.8	42.9
NS/NC	3.5	8.5	6
¿Cree Ud. que el feminismo es...?, %			
Un movimiento que lucha por la igualdad de género	60.9	70.3	65.7
Un movimiento que lucha por la igualdad entre hombres y mujeres	57.4	51.7	54.5
Un movimiento que lucha por la superioridad de las mujeres	30.4	24.6	27.5
Un movimiento formado sólo por mujeres	5.2	5.1	5.2
Un movimiento necesario	33.0	40.7	36.9
¿Considera Ud. que los términos sexo y género son sinónimos?, % *			
No, y conozco la diferencia	51.3	83.1	67.4
No, pero no sabría explicar la diferencia	21.7	8.5	15.0
Sí	27.0	8.5	17.6

Tabla 1. Descripción de la muestra y caracterización en términos de ideología de género y conocimientos acerca de género/feminismo declarados, por estudios.

Conclusiones. De acuerdo a sus puntuaciones medias obtenidas, l@s futur@s médic@s se muestran favorables a la igualdad de género y rechazan considerablemente las creencias culturalmente aceptadas acerca de las características diferenciales de los géneros, así como las teorías biologicistas que pretenden legitimar los roles de género; no obstante, se muestran ambivalentes hacia la instauración de medidas para lograr la igualdad efectiva. Las puntuaciones de las estudiantes de medicina fueron más proigualdad que las de sus compañeros. Globalmente, l@s futur@s médic@s no se mostraron significativamente más sexistas que l@s futur@s psicólog@s, si bien en comparación con ell@s puntuaron de forma más feminista en Equidad y Creencias, y más sexista en Principios. Las futuras médicas se mostraron más favorables a la igualdad y rechazaron más las creencias de género que las futuras psicólogas, sucediendo lo contrario a la hora de apoyar medidas proigualdad; en cambio, los futuros psicólogos resultaron más feministas que los futuros médicos en términos de actitudes favorables a la igualdad, mientras que puntuaron prácticamente igual en las dos dimensiones restantes.

Los resultados son coherentes con la ideología política mayoritaria manifestada por l@s estudiantes (centro-izquierda), pero no tanto con el hecho que la mayoría (57.1%) declaran no ser feministas. Ello puede explicarse por un pobre conocimiento acerca del feminismo, realmente sorprendente tratándose de estudiantes de nivel universitario, tal y como sugiere el hecho que porcentajes considerables de las personas encuestadas creen que el feminismo lucha por la supremacía femenina, y un tercio de ellas no es capaz ni siquiera de definir el concepto de género (evidentemente, las personas que ignoraban total o parcialmente el binomio sexo-género fueron mucho menos numerosas en Psicología que en Medicina). Estos datos podrían explicar que la mayoría de los sujetos piense que el feminismo no es necesario, y entre la mitad y un tercio de ellos son incapaces de definirlo satisfactoriamente.

Además, el 98.7% de las personas encuestadas negó ser machista, aunque muchas de ellas dieron respuestas machistas en el cuestionario. Ello implica que albergan actitudes, creencias y -especialmente- principios sexistas, que probablemente aflorarán en su futura praxis profesional, sin que sean conscientes de ello. Estos resultados, aunque esperanzadores dadas las altas puntuaciones en actitudes proigualdad y rechazo a las creencias tradicionales de género, soportan la necesidad de tomar medidas para garantizar la perspectiva y la sensibilidad de género en l@s estudiantes de ciencias de la salud.

Referencias

- Cantero-Regalado, A.B. (2010). Análisis del abordaje de la perspectiva de género en los planes sanitarios estratégicos elaborados por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en el periodo 2005 a 2007. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- Festinger, L. (1962). Cognitive Dissonance. *Sci Am*, 207(4), 93-106.
- Glick, P., y Fiske, S. (1997). Hostile and benevolent sexism. *Psychology Of Women Quarterly*, 21(1), 119-135.
- Glick, P., y Fiske, S. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, 56(2), 109-118.
- Hamberg, K., Risberg, G., y Johansson, E.E. (2004). Male and female physicians show differing patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(2), 144-52.
- Hesse-Biber, S. (2014). Thinking outside the traditional science/knowledge box: applying feminist principles of praxis to enhance credibility and social justice in scientific inquiry. Conferencia inaugural del workshop Gender Sensitive Research in International Projects, celebrado en Cerdanyola del Vallès (Barcelona), Julio 2014.
- Holdercroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(2), 2-3.
- Kroon, C.D., y Scheele, F. (2008). Plea for more attention to the importance of gender during medical training. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(40), 2160-2.
- Lagro-Janssen, A.L. (2008). Medicine is not gender-neutral: influence of physician sex on medical care. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(20), 1141-5.
- Mosquera, C. (2002). La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos? *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 66.
- Oertelt-Prigione, S., y Regitz-Zagrosek, V. (Eds.). (2012). Sex and gender aspects in clinical medicine. Londres: Springer-Verlag.
- Prasad, P., y Baron, J. (1996). Measurement of gender-role attitudes, beliefs, and principles. Accesible en <http://www.sas.upenn.edu/~baron/papers.htm/pp.htm>
- Rohlfis, I., Valls, C., y Pérez, G. (2005). Les desigualtats de gènere en la salut. En Borrell, C., y Benach, J. (Eds.), *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya (161-202)*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- Ruiz-Cantero, M.T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García-Calvente, M.M., Miqueo, C. et al. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(supl II), 46-53.
- Ruiz-Cantero, M.T. (2010). Sesgos de género en la atención sanitaria. *Escuela Andaluza de Salud Pública*.
- Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., y Raich-Escursell, R.M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom.* 113: 14-25.
- Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., y Raich-Escursell, R.M. (2015). Spanish Translation and Adaptation of a Multidimensional Questionnaire to Measure Gender Attitudes, Beliefs and Principles (Prasad-Baron Questionnaire). Pendiente de publicación.
- Valls-Llobet, C. (2009). Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra.