



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

Estudio piloto: Sesgos de género en el proceso de diagnóstico de EPOC por parte de alumnado de Grado en Medicina.

Autora: Nerea Paredes López

Tutora: Ana Lledó Boyer

Co-tutores: Ainara Nardi Rodríguez y Daniel Lloret Irlés

Convocatoria: Junio 2019.

Resumen

El género es considerado por la OMS (2018) como un determinante social de la salud. Diversos estudios han demostrado que se producen sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la EPOC (Ruiz y Verdú, 2004; Ruíz, 2009). Esto se traduce en situaciones desiguales, injustas y evitables en la atención sanitaria (OMS, 2009). Por todo ello, se ha realizado un estudio piloto con 22 estudiantes de medicina con el objetivo de conocer si el alumnado presenta: (1) sesgos de género en el diagnóstico; (2) sesgos de género en el tratamiento; y, (3) si los sesgos de género se deben a actitudes sexistas, puesto que estas están a la base del trato diferencial entre hombres y mujeres (Flood y Pease, 2009). Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas en el establecimiento de hipótesis diagnósticas ($p=.380$) y tratamientos prescritos ($p=.356$) en función del sexo de la persona paciente. Al no producirse sesgos de género en el proceso diagnóstico de EPOC, no se pudo comprobar si las actitudes sexistas influyen en el mismo. Variables como la formación en género, el tamaño de la muestra, las actitudes sexistas o el instrumento desarrollado podrían ser algunas de las variables que deben tenerse en cuenta para desarrollar estudios futuros.

Abstract

Gender is considered by the WHO (2018) as a social determinant of health. Several studies have shown that gender biases occur in the diagnosis and treatment of diseases such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (Ruiz & Verdú, 2004; Ruiz, 2009). This question gives rise to unequal, unfair and avoidable health care situations (WHO, 2009). Therefore, we carried out a pilot study has been carried out with 22 students of Medicine with the following aims: (1) to identify gender biases in the diagnosis; (2) to identify gender biases gender biases in the treatment; and (3) if the gender biases are a consequence of the sexist attitudes because these last ones are at the

base of the differential treatment between men and women (Flood & Pease, 2009). No significant differences were found in the establishment of diagnostic hypotheses ($p = .380$) and in the prescription of treatments ($p = .356$) depending of the sex of the patient. The analysis of the sexist attitudes related to gender biases in the diagnostic process of COPD couldn't be done because these last ones were not found at the studied sample. Variables such as gender training, sample size, sexist attitudes or the developed instrument could be some variables that must be taken in mind to develop future investigations.



Introducción

La salud es entendida como un estado multifactorial en el que intervienen determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que afectan a cada individuo (Panisello y Pastor, 2015). El género, aunque también la clase social, el territorio o la etnia del/ de la paciente son factores asociados a peores estados de salud, produciéndose situaciones desiguales que se traducen en diferencias injustas y evitables en la atención sanitaria (OMS, 2009). Por ello el género, que es la definición sociocultural de lo que supone ser “hombre” y ser “mujer”, es considerado por la OMS (2018) como un determinante social de la salud.

La Organización Mundial de la Salud recogió en 2016 que los hombres tienen una esperanza de vida 4,4 años menor que las mujeres, y que soportan tasas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) tres veces mayor. La masculinidad hegemónica a la que se adhiere una parte de los hombres, entendida como la norma masculina ideal a la que se espera que un hombre alcance y que le sitúa por encima de las demás masculinidades y mujeres, repercute en su salud. Se ha relacionado con la infrautilización de los servicios públicos (Jeffries y Grogan, 2012; O'Brien, Hunt & Hart, 2005), el exceso de consumo de alcohol y tabaco, la mayor prevalencia de trastornos por abuso de sustancias y una dieta pobre (Dempster, 2011; Gough, 2007 Nath, 2011; Joseph, 2012; Pla, Adam y Bernabeu, 2013; Peralta, 2007). Por el contrario, en lo que respecta a mujeres, el concepto de feminidad tradicional parece estar detrás de una mayor demanda de atención sanitaria asociada a quejas psicosociales, posiblemente derivadas del desempeño de roles dependientes o de cuidadoras. Presentan una mayor afectación por trastornos mentales comunes como ansiedad, depresión o quejas somáticas. Más concretamente en la actualidad, la depresión mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (Pla, Adam y

Bernabeu, 2013). Además, las diferencias encontradas en la representación de diferentes problemas de salud en hombres y mujeres están mediadas por cómo enferman, manifiestan la enfermedad y, buscan y reciben ayuda dentro del sistema sanitario cada uno de ellos, procesos que además se ven afectados por factores de vulnerabilidad psicosocial y de género (Cracium y Montgomery, 2016; De Visser y Smith, 2007; Ferlay et al. 2010; Lipsky, Cannon, y Lutfiyya, 2014; Pla, Adam y Bernabeu, 2013; White y Cash, 2004).

En este sentido las mujeres se ven mayormente perjudicadas (Valls, 2011). No solo sufren enfermedades en los que el género parece influir, sino que las enfermedades y sus tratamientos se han estudiado desde una perspectiva androcéntrica (Laheras, Pires y Lozano, 2004). Además, sufren mayormente las consecuencias de los sesgos de género en la práctica clínica.

En cuanto a la perspectiva androcéntrica de salud y enfermedad, la desigualdad en el acceso de las mujeres a las investigaciones médicas constituye un ejemplo de inequidad, ya que estos estudios se realizan en su mayoría con hombres o con animales machos, extrapolarlo los datos obtenidos a la población femenina (Laheras, Pires y Lozano, 2004). Las limitaciones de acceso de las mujeres a los estudios generan un desconocimiento sobre como enferman o reaccionan al tratamiento, derivando en una desigualdad más que notable que repercutirá en la asistencia sanitaria que se les preste (Ruiz y Verdú, 2004; Tasa, Mora y Raich, 2015). En la actualidad se sabe que patologías como enfermedades cardiovasculares, EPOC, dolor crónico o enfermedad coronaria, entre otras (Miró et al., 2012; Mora, Pujal i Llombart y Albertín, 2017; Valls, 2011) no se presentan o cursan igual en mujeres y hombres, a pesar de que se sigan aplicando los mismos criterios diagnósticos. Esta perspectiva androcéntrica ha supuesto para las ciencias de la salud una forma de interpretación de los procesos de salud y

enfermedad en los que no se ha tenido en cuenta el sexo y mucho menos el género (Laheras, Pires y Lozano, 2004). Este es alguno de los motivos por los que, a finales del siglo XX, diversos autores y autoras se centran en estudiar la importancia del género dentro del proceso de enfermedad y del estado de salud (Krieger et al., 1993; Valls, 2011).

En relación con los sesgos de género, algunos autores y autoras destacan que su existencia en el proceso diagnóstico tiene consecuencias directas en el esfuerzo terapéutico posterior. Si la persona es diagnosticada de manera errónea, no tendrá acceso a las pruebas médicas adecuadas ni a un tratamiento oportuno, teniendo más probabilidad de que la enfermedad se trate únicamente de manera sintomática y farmacológicamente (Ruiz, 2004). Se entiende por sesgo de género la aparición de diferencias en la atención sanitaria, más concretamente en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico prestada a mujeres y a hombres, y que no pueden ser justificables en base al conocimiento científico existente (Tasa, Mora y Raich, 2015). Dicho sesgo ocurre cuando a las mujeres se les prescribe en mayor medida fármacos psicótopos, posiblemente por una mayor asunción por parte de los y las profesionales de la salud de que son ellas quienes presentan una mayor prevalencia de trastornos ansiosos o depresivos, y por el mayor número de quejas emocionales que trasladan (Ruíz, 2009). Igualmente presentan una mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios. Algunos estudios encontraron desigualdades en función al género que afectaban al acceso a los hospitales, las listas de espera y las estrategias terapéuticas (Ruiz y Verdú, 2004; Delgado y López, 2004). Por ejemplo, aunque las mujeres acudan más a atención primaria para demandar asistencia sanitaria, no tienen el mismo acceso a la atención hospitalaria. Son los hombres quienes presentan una mayor utilización de este tipo de servicios especializados, a los que mayoritariamente se acude por derivación desde

atención primaria, y a quienes, por lo tanto, se les realizan en mayor número de ocasiones pruebas objetivas (Ruíz, 2009). Dicho sesgo de género también parece producirse en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

La EPOC, constituye actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo, pero se estima que en el año 2020 podría ser la tercera. Se corresponde con los signos y síntomas que afectan y repercuten en la capacidad respiratoria, pudiendo estar causados por la exposición a gases y partículas nocivas. Entre los motivos de su aparición podrían establecerse el envejecimiento de la población y la exposición a factores de riesgo, como por el ejemplo el consumo de tabaco, al que se encuentra asociada de manera directa, pero también la contaminación atmosférica, tanto ambiental como en el entorno laboral (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017). Los factores genéticos, la edad (como se ha descrito anteriormente) y el sexo, también forman parte de los factores que predisponen al aumento de la probabilidad de desarrollar este tipo de patología. En los últimos años, el aumento del consumo de tabaco se ha relacionado de manera directa con la mayor presencia de EPOC en la sociedad y se ha demostrado que esta patología está presente de igual manera tanto en hombres como en mujeres (Varkey, 2004). Sin embargo, se hacen más diagnósticos favorables de EPOC en hombres, pese a que las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollarla en edades más tempranas, mayor tendencia a la cronificación y mayor afectación en la capacidad pulmonar (Ruiz, 2009). La diferencia en el establecimiento de diagnósticos de EPOC entre hombres y mujeres parece radicar en la asociación de que históricamente los hombres presentan un mayor consumo de tabaco que ellas, o a la falta de aplicación de pruebas diagnósticas objetivas como la espirometría (Ruíz y Verdú, 2004). En un estudio realizado en Reino Unido con grupos de personas con edad y gravedad de la

enfermedad similares, se constató que a las mujeres se les aconsejó dejar de fumar en más ocasiones y se les realizó menos espirometrías, diagnosticándose en menor medida esta patología, aunque realmente la padecían (Watson y cols, 2004). Por tanto, no sólo parece producirse un sesgo de género en el diagnóstico sino también en la prescripción de tratamiento.

Por todo lo expuesto anteriormente, expertas y expertos reclaman la formación de nuestros y nuestras profesionales de la salud en género, para así entender mejor los procesos de salud y enfermedad de mujeres y hombres (Tasa, Mora y Raich, 2015). En el grado de medicina de la UMH, no se tiene constancia de que dicha perspectiva es incluida de forma transversal en la formación del alumnado. Por ello, resulta interesante conocer si dicho alumnado presenta sesgos de género en el diagnóstico médico y en el establecimiento de un tratamiento para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Además, se pretende conocer si existe relación entre la presencia de sesgos de género y actitudes sexistas. Las hipótesis planteadas son: (1) los diagnósticos realizados por el alumnado de medicina presentarán un sesgo de género en relación al sexo de la/del paciente; (2) los tratamientos pautados presentarán un sesgo de género en función al sexo de la persona paciente, y; (3) el alumnado con sesgos de género presenta actitudes sexistas, puesto que estas están a la base del trato diferencial entre hombres y mujeres (Flood y Pease, 2009). Cabe matizar que el presente trabajo consiste en un estudio piloto cuyo objetivo es valorar la adecuación del instrumento desarrollado en relación con los objetivos planteados para replicarlo en un futuro a mayor escala.

Método

Participantes

En el estudio participaron un total de 23 personas, una de las cuáles no había recibido formación en EPOC por lo que fue excluida de los análisis. La muestra final está compuesta por 22 alumnos y alumnas de 3º a 6º de medicina del campus de San Juan de la UMH, 14 mujeres (63.63%) y 8 hombres (36.36%). El motivo por el cual se incluyó únicamente a alumnado de dichos cursos fue que era requisito indispensable que tuvieran los conocimientos necesarios para poder realizar una sospecha diagnóstica de EPOC. Es a partir de 3º cuando reciben formación sobre problemas respiratorios en la asignatura *Patología médico-quirúrgica del sistema respiratorio*. La media de edad de la muestra fue de 23 años ($DS = 1.65$). Cuatro personas se encontraban en el 3er curso del Grado en Medicina (18.18%), 4 personas en 4º (18.18%), 13 personas en 5º (59.09%) y 1 persona en 6º (4.54%). De la muestra, 4 hombres y 7 mujeres (50%) habían recibido formación en igualdad, género y/o violencia de género.

Variables e instrumentos

Se elaboraron dos casos prácticos idénticos en los que una persona acude a consulta con síntomas compatibles con una sospecha de EPOC. La única diferencia es el sexo de la persona paciente. Los síntomas en sus inicios son iguales en hombres y mujeres, esto es tos, disnea y/o producción de esputo (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017) (Anexo 1).

Sesgos de género en el diagnóstico. Se presentó al alumnado una pregunta semi-abierta en el que se les pidió que numerasen la(s) hipótesis diagnóstica(s) que se formularon (hasta un máximo de 2) tras la lectura del caso asignado. A este respecto, se

solicitó que las escribiesen en función del orden en el que dichas hipótesis les venían a la mente. Para que tuviera lugar un sesgo de género diagnóstico, se debía hallar una diferencia significativa en el diagnóstico de EPOC entre el grupo *paciente mujer* y *paciente hombre*, siendo mayor en este último.

Sesgos de género en el tratamiento. Se preguntó por los pasos que establecerían a partir de la información de la primera consulta (por ejemplo, derivación a especialistas o prescripción de tratamientos) (hasta un máximo de 2). Para que tuviera lugar un sesgo de género en el tratamiento, se debía hallar una diferencia significativa en la prueba o derivación al grupo *paciente mujer* y *paciente hombre*, realizando más pruebas de espirometría o derivaciones a neumología a favor de este último grupo.

Sexismo. Se empleó el Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI; Glick & Fiske, 1996), en la versión española realizada por Expósito, Moya y Glick (1998). Se trata de una escala que evalúa las actitudes sexistas ambivalentes hacia mujeres, compuesta por dos subescalas (sexismo hostil y sexismo benevolente) y 22 ítems totales. El formato de respuesta es una escala de tipo Likert, en las que las opciones de respuesta van 0 a 5, donde 0 es “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. Mayores puntuaciones totales en la escala indican mayor presencia de actitudes sexistas (Anexo 2).

Datos sociodemográficos. Se recogieron datos del alumnado relativos a la edad, sexo y curso.

Otros datos. Se preguntó al alumnado si habían recibido formación sobre EPOC, al ser una condición necesaria para considerar sus respuestas. Igualmente, se les preguntó acerca de su formación en género, violencia de género y/o igualdad.

Procedimiento

Los cuestionarios se elaboraron online mediante la aplicación google form de manera que el volcado de datos en la plantilla Excel fuese automática. Este formato elimina la probabilidad de errores existentes en la introducción de datos a mano. En cumplimiento con la Ley de Protección de Datos (2016/679), se contactó con las alumnas y los alumnos a través de los delegados y la delegada de cada clase mediante un mensaje de WhatsApp en el que se facilitaba el correo de la investigadora. Una vez que los y las participantes enviaban un email solicitando la participación en el estudio, se proporcionaron los cuestionarios que fueron asignados al alumnado de forma aleatoria, siendo que a 6 alumnos y 8 alumnas se les presentó el caso con el paciente hombre ($n = 14$) y a 3 alumnos y 5 alumnas ($n = 8$) se les presentó el caso de paciente mujer.

Tipo de diseño

El diseño utilizado en el presente estudio fue experimental, con un muestreo aleatorizado y una única medida.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS vs 22. Para el tratamiento de los datos se procedió en primer lugar a codificar las hipótesis diagnósticas, de manera que se asignó el valor 1 a la respuesta de EPOC o patologías relacionadas (p. e., disnea o enfisema pulmonar) y 2 a cualquier otra hipótesis diagnóstica (p. e., enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón o problemas de salud mental). Se procedió del mismo modo con las prescripciones médicas establecidas, asignando el valor 1 a pruebas objetivas indicadas para el diagnóstico de EPOC (anamnesis, exploración física, espirometría y Rx de tórax) y 2 a otros procedimientos y pruebas (p. e., analíticas o electrocardiogramas).

Se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos de las diferentes variables. Descartada previamente la posibilidad de emplear la Chi-cuadrado, se empleó el test exacto de Fisher para conocer si existían diferencias significativas en las hipótesis diagnósticas y tratamientos prescritos en función del sexo de la persona paciente y de si el alumno o alumna puntuaba como sexista o no sexista.

Además, se efectuaron análisis complementarios. Se aplicó el test exacto de Fisher para conocer si existían diferencias significativas en las hipótesis diagnósticas realizadas en función de haber recibido formación en género, igualdad y violencia de género. Igualmente, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para conocer si había diferencias significativas en los niveles de sexismo en función del sexo del/de la participante.



Resultados

Objetivo 1: conocer si el alumnado presenta sesgos de género en el diagnóstico médico

La primera hipótesis diagnóstica que establecieron los y las estudiantes con una mayor frecuencia para ambos casos (*paciente hombre y mujer*) fue de EPOC y patologías relacionadas con la misma (59.09%), seguida de enfermedad cardiovascular (13.63%) y de Cáncer de pulmón o laringe (13.63%). La segunda hipótesis diagnóstica que establecieron con una mayor frecuencia en ambos casos fue ninguna (27.27%), seguida de EPOC y patologías relacionadas con la misma (22.72%) y, por último, problemas de salud mental (18.18%) (Tabla 1).

Si se comparan las clasificaciones realizadas en función del sexo del paciente, cuando se trató de un hombre, 7 de los y las 14 participantes (50%) consideraron la

EPOC como primera hipótesis diagnóstica, mientras que cuando la paciente era mujer 6 de los y las 8 participantes (75%) consideraron la EPOC como primera hipótesis diagnóstica. Como segunda hipótesis, para paciente hombre, 4 de los 14 participantes (28.57%) establecieron EPOC y otros 4 (28.57%) problemas de salud mental para el caso de paciente hombre. Para el caso de paciente mujer, 3 de los 8 (37.5%) participantes no realizaron ninguna hipótesis y otros 2 (25%) establecieron una enfermedad cardiovascular (Tabla 1).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ni en el establecimiento de la primera hipótesis diagnóstica ($p = .380$) ni de la segunda ($p = 1.000$) en función del sexo del/ de la paciente.

Tabla 1

Hipótesis diagnósticas establecidas en función del sexo del/ de la paciente

Diagnóstico	Hipótesis diagnóstica 1			Hipótesis diagnóstica 2		
	Hombre ^a (n / %)	Mujer ^a (n / %)	Total	Hombre (n / %)	Mujer (n / %)	Total
EPOC	7 (50%)	6 (75%)	13	4 (28.57%)	1 (12.5%)	5
ECV ^b	2 (14.28%)	1 (12.5%)	3	1 (7.14%)	2 (25%)	3
Otros problemas neumológicos	1 (7.14%)	0 (0%)	1	1 (7.14%)	0 (0%)	1
Cáncer de pulmón/laringe	3 (21.42%)	0 (0%)	3	1 (7.14%)	1 (12.5%)	2

Problemas de salud mental	1 (7.14%)	1 (12.5%)	2	4 (28.57%)	0 (0%)	4
Hipotensión	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	1 (12.5%)	1
Ninguno	0 (0%)	0 (0%)	0	3 (21.42%)	3 (37.5%)	6

^a Sexo del paciente; ^b Enfermedad cardiovascular

Objetivo 2: conocer si el alumnado presenta sesgos de género en la prescripción de tratamientos

La primera prescripción médica que estableció el estudiantado con una mayor frecuencia en ambos casos fue la realización de pruebas objetivas indicadas para el diagnóstico de EPOC y patologías relacionadas (54.54%), seguida de la indagación sobre la situación personal, familiar y laboral del/de la paciente (13.63) y terminando con la realización de analíticas y otras pruebas (9.09%). La segunda prescripción médica que establecieron los y las estudiantes con una mayor frecuencia en ambos casos fue la realización de pruebas objetivas indicadas para el diagnóstico de EPOC y patologías relacionadas (45.45%), seguida de otras pruebas (18.18%) (Tabla 2).

Si se comparan las prescripciones realizadas en función del sexo del paciente, cuando se trató de un hombre, 9 de los y las 14 participantes (64.28%) aconsejaron pruebas objetivas indicadas para EPOC como primera opción, mientras que cuando la paciente era mujer la seleccionaron como prescripción más indicada 3 de las 8 personas participantes (37.5%). Como segunda prescripción médica, para paciente hombre 9 de los 14 participantes (64.28%) establecieron la realización de pruebas objetivas indicadas para el diagnóstico de EPOC y patologías relacionadas. Para el caso de paciente mujer 2 de los 8 participantes (25%) establecieron un tratamiento farmacológico y otros 2 de los 8 participantes (25%) la realización de otras pruebas (Tabla 2).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el establecimiento de las primeras prescripciones médicas ($p = .356$) ni de las segundas ($p = .101$) en función del sexo del paciente.

Tabla 2

Prescripciones médicas establecidas en función del sexo del/ de la paciente

Prescripción	Prescripción médica 1			Prescripción médica 2		
	Hombre ^a	Mujer ^a	Total	Hombre	Mujer	Total
	(n / %)	(n / %)		(n / %)	(n / %)	
Pruebas objetivas indicadas para EPOC	9 (64.28%)	3 (37.5%)	12	9 (64.28%)	1 (12.5%)	10
Analíticas	1 (7.14%)	1 (12.5%)	2	0 (0%)	0 (0%)	0
Indagar sobre situación personal, familiar y laboral	3 (21.42%)	0 (0%)	3	1 (7.14%)	0 (0%)	1
Otras pruebas	0 (0%)	2 (25%)	2	2 (14.28%)	2 (25%)	4
Pautas para dejar de fumar	0 (0%)	1 (12.5%)	1	0 (0%)	1 (12.5%)	1
Tratamiento farmacológico	0 (0%)	1 (12.5%)	1	0 (0%)	2 (25%)	2
Recomendaciones conductuales	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	1 (12.5%)	1

Ninguna/Nn	1 (7.14%)	0 (0%)	1	2 (14.28%)	1 (12.5%)	3
------------	--------------	--------	---	------------	-----------	---

^a Sexo del paciente

Objetivo 3: conocer si existe relación entre la presencia de sesgos de género y actitudes sexistas

Dado que no se produjeron sesgos de género ni en el diagnóstico ni tratamiento, no se efectuó ningún análisis al respecto.

Las puntuaciones obtenidas en las medias tanto del sexismo total, como de las subescalas de sexismo benevolente y hostil son bastantes similares, aunque se presenta ligeramente más alta en la última de ellas. La puntuación total en la escala puede variar de 0 a 110, siendo 55 puntos la máxima puntuación alcanzable en cada una de las subescalas. La puntuación media en la escala total es de 22.09 ($DS = 16.22$), en la subescala sexismo hostil 11.31 ($DS = 10.00$) y en la subescala sexismo benevolente 10.77 ($DS = 8.58$). El ítem 19 (Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral.) destaca por tener la media de puntuaciones más elevada, siendo esta de un valor de 2.72 ($DS = 1.517$), estando entre *levemente en desacuerdo* y *levemente de acuerdo* con la afirmación.

La consistencia interna obtenida en la escala completa y las subescalas sexismo hostil y benevolente son elevadas ($\alpha = .90$, $\alpha = .91$ y $\alpha = .80$, respectivamente). La eliminación de alguno de sus ítems no mejora la consistencia interna de la escala (Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticas de fiabilidad

	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>r I-T</i>	<i>α</i>
Sexismo	22.09	16.22		.90
Sexismo Hostil	11.31	10.00		.91
Item 2	1.68	1.80	.89	
Item 4	1.81	1.53	.88	
Item 5	1.00	1.19	.90	
Item 7	.95	1.36	.90	
Item 10	.86	1.16	.90	
Item 11	.63	1.09	.89	
Item 14	.63	1.00	.89	
Item 15	.68	1.04	.90	
Item 16	1.00	1.11	.90	
Item 18	1.22	1.41	.89	
Item 21	.81	.90	.89	
Sexismo	10.77	8.58		.80
benevolente				
Item 1	.81	1.18	.77	
Item 3	1.18	1.43	.76	
Item 6	.13	.46	.82	
Item 8	1.00	1.51	.80	
Item 9	1.40	1.89	.79	

Item 12	.13	.35	.80
Item 13	.45	.96	.80
Item 17	1.18	1.73	.76
Item 19	2.72	1.51	.77
Item 20	.50	1.18	.80
Item 22	1.22	1.47	.79

En relación con los análisis complementarios efectuados, no se hallaron diferencias significativas ni en las medias de las puntuaciones de la escala total ($p = .431$), ni en las medias de las puntuaciones de las subescalas Sexismo Benevolente total ($p = .512$) y Hostil total ($p = .235$) en función del sexo. Tampoco se hallaron diferencias significativas en las hipótesis diagnósticas en función de la formación en género, violencia de género e igualdad del alumnado ni para el caso de paciente hombre ($p=1.000$), ni en el caso de paciente mujer ($p=.464$).

Discusión

El presente estudio pretendía conocer si el alumnado de Grado en Medicina presenta sesgos de género en el diagnóstico médico y en el establecimiento de un tratamiento para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y si el sexismo está relacionado. Los hallazgos encontrados no permiten sostener ninguna de las hipótesis planteadas, no habiéndose hallado diferencias significativas en el diagnóstico y tratamiento del EPOC ni en función del sexismo. Tampoco parece que la formación en género, igualdad y violencia de género o el sexo del alumnado de medicina ejerza diferencias en el diagnóstico y tratamiento del EPOC.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren de aquellos encontrados en anteriores trabajos sobre sesgos de género en la atención sanitaria (Laheras, Pires y Lozano, 2004; Miró et al., 2012; Mora, Pujal i Llombart y Albertín, 2017; Ruiz y Verdú, 2004; Tasa, Mora y Raich, 2015; Valls, 2011) y más concretamente de las investigaciones realizadas en EPOC, las que se constató que hay más diagnósticos favorables en hombres que en mujeres, pese a que estas tienen una mayor vulnerabilidad ante dicha patología (Ruiz, 2009). El motivo aparente para dicho sesgo es la creencia de que los hombres fuman más que las mujeres, dado que históricamente ha sido así (Dempster, 2011; Gough, 2007; Nath, 2011; Joseph, 2012; Pla, Adam y Bernabeu, 2013; Peralta, 2007). En este estudio, podría ser que el alumnado participante, al ser joven, no presentan dicha creencia puesto que entre los y las jóvenes de 15 a 24 años el porcentaje de fumadores hombres (20%) y mujeres (15.1%) se acerca (MSSSI, 2017).

Los resultados respecto de las prescripciones médicas tampoco concuerdan con estudios previos en los que se encontró que a las mujeres se les proporcionaba mayormente pautas conductuales relacionadas con dejar de fumar, no barajándose la posibilidad de aplicarles pruebas diagnósticas objetivas como la espirometría (Chapman, Tashkin, y Pye 2001; Ruíz y Verdú, 2004; Watson y cols, 2004). Sin embargo, aunque en el presente estudio no se han hallado diferencias significativas en las prescripciones médicas en función del sexo de la persona paciente, sí que se aprecia que el porcentaje de prescripciones de pruebas objetivas indicadas para EPOC es mayor en hombres que en mujeres.

El tamaño muestral reducido es un factor que puede haber afectado a los resultados obtenidos. No obstante, otro de los posibles motivos por los que no se han apreciado sesgos de género podría ser el método elegido para la presentación de los casos. La redacción digital en la que se describían los mismos, es un escrito objetivo en

el que se representan los signos y síntomas asociados a la EPOC. Son casos descontextualizados, en el que el alumnado no tiene presente a un paciente hombre o mujer que expresa las quejas y sintomatología de diferente forma. Esto quizás dificulte la activación de estereotipos de género como que las mujeres expresan más quejas, aunque su estado de salud no sea de gravedad, mientras que los hombres presentan signos y síntomas más urgentes, ya que se conoce que frecuentan con mayor asiduidad las urgencias o servicios hospitalarios (Pla, Adam y Bernabeu, 2013). Es sabido que la forma en que los y las pacientes comunican su situación y relatan los signos y síntomas, está mediado por factores como los comportamientos tanto verbales como no verbales que empleen, así como por la manera en la que esta información es recibida por el personal sanitario (Schäfer, Prkachin, Kaseweter y Williams, 2016). Además, parece que la credibilidad que se le otorga a la persona paciente está influida por el género de esta. En investigaciones sobre dolor crónico, el estudiantado de medicina consideró en mayor medida que las mujeres exageraban el dolor en mayor medida que los hombres y se consideró menos probable que lo minimizasen o escondieran (Schäfer, Prkachin, Kaseweter y Williams, 2016). Por ello, al otorgarle mayor credibilidad a los hombres, se les recetó en mayor medida opioides y analgésicos (Schäfer et al., 2016). Este juicio se realiza de manera automática y de manera casi instantánea. Por todo ello, en futuras investigaciones con muestras más amplias podría resultar interesante utilizar otros métodos para la presentación de los casos que se ajusten más a las situaciones reales como vídeos o viñetas.

En cuanto a la Escala de Sexismo Ambivalente utilizada para la medición de las actitudes sexistas, sus buenas propiedades psicométricas parecen indicar que es apta para la población de estudio. Sin embargo, el alumnado no ha obtenido puntuaciones elevadas tal y como ha ocurrido en otras investigaciones llevadas a cabo en España con

estudiantes de Medicina (Tasa, Mora y Raich, 2015). Un motivo por el cual puede haber ocurrido esto es por la presentación de manera explícita de muchas de las actitudes sexistas que pretendían evaluarse. Algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo sobre actitudes explícitas recogen que, en ciertas situaciones resulta complicado para las personas ser conscientes de sus opiniones al respecto o, por el contrario, estas opiniones están influenciadas por el entorno y por la deseabilidad social (Briñol, Horcajo, Becerra, Falces y Sierra, 2002). Por todo ello, surge el estudio sobre la evaluación de actitudes implícitas en el que se emplean instrumentos como el Implicit Association Test (IAT) que recogen de manera más objetiva las creencias de las personas sometidas a estudio, evitando la falta de accesibilidad a las mismas y el sesgo de la deseabilidad social (Briñol et al., 2002; Lane, Banaji, Nosek, y Greenwald, 2007). Consisten en la medición de la fuerza de asociación entre dos conceptos a través del registro de los tiempos de reacción en un ejercicio de clasificación (Cárdenas, Gonzáles, Calderón y Lay, 2009). Por tanto, podría resultar de interés para investigaciones futuras, implementar modelos de registro que sean capaces de actitudes sexistas o estereotipos de género.

Finalmente, el sexismo tampoco resultó ser mayor en función del sexo del alumnado, a pesar de los numerosos estudios que señalan mayores niveles de sexismo en hombres que en mujeres (Lameiras y Rodríguez, 2003; Tasa, Mora y Raich, 2015; Zubieta, Beramendi, Sosa, 2011). Del mismo modo, la formación en género igualdad, y violencia de género tampoco parece influir en el establecimiento de hipótesis diagnósticas o tratamientos. Una posible explicación tras consultar a una alumna de medicina de la UMH es que la formación recibida al respecto consiste en el abordaje de la violencia de género en la asignatura medicina legal. No reciben formación sobre la

relación género-salud. En próximos estudios sería conveniente preguntar por la formación en género igualdad y violencia de género por separado.

En general las limitaciones de este estudio son, en primer lugar, el tamaño de la muestra. El número pequeño de personas participantes no permite alcanzar resultados consistentes y menos generalizables. No obstante, el objetivo final era realizar un estudio piloto para conocer la adecuación de las preguntas efectuadas al efecto y poder realizarlo a mayor escala. Igualmente, sería necesario incluir un número más paritario de hombres y mujeres en el futuro estudio y que contestaran de forma más equitativa a casos pacientes y hombres. Para ello es necesario controlar el proceso de asignación de los casos *paciente hombre* y *paciente mujer*. Asimismo, futuras aportaciones a tener en cuenta también podrían ser la valoración sobre la existencia de diferencias en el proceso diagnóstico de EPOC en función del sexo del profesional o en función de si ha recibido o no formación en género y salud. También resultaría interesante desarrollar un IAT relacionado con estereotipos de género. Por último, la presentación de casos reales en video o formato viñetas podría resultar idóneo para conocer si se activan o no los sesgos de género en nuestra población estudiantil de medicina.

Referencias

- Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C. y Sierra, B. (2002). Cambio de actitudes implícitas. *Psicothema*, 14(4), 771–775. Recuperado de <https://www.redalyc.org>
- Cárdenas, M., González, C., Calderón, C. y Lay, S. L. (2009). Medidas explícitas e implícitas de las actitudes hacia las mujeres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(3), 541–546. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org>
- Chapman, K. R., Tashkin, D. P. y Pye, D. J. (2001). Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest*, 119(6), 1691-1695. doi: <https://doi.org/10.1378/chest.119.6.1691>
- Craciun, C. y Montgomery, A. (2016). Men's health: Exploring vulnerabilities and maximizing opportunities. *European Health Psychologist*, 18(1), 3-6.
Recuperado de ehps.net/ehp
- Grupo de Trabajo GesPOC (2012). Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Archivos de Bronconeumología*, 48, 2-58. doi: 10.1016/S0300-2896(12)70035-2
- Delgado, A. y López-Fernández, L. A. (2004). Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 112-117. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
- Dempster, S. (2011). I drink, therefore I'm man: Gender discourses, alcohol and the construction of British undergraduate masculinities. *Gender and Education*, 23(5), 635-653. doi: 10.1080/09540253.2010.527824
- de Visser, R. y Smith, J. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology & Health*, 22, 595-614. doi: 10.1080/14768320600941772

- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C. y Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Internacional Journal of Cancer*, 127, 2893-2917. doi: 10.1002/ijc.25516
- Flood, M. y Pease, B. (2009). Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma, violence, & abuse*, 10(2), 125-142. doi: 10.1177/1524838009334131
- Gough, B. (2007). 'Real men don't diet': An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social science & medicine*, 64(2), 326-337. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.09.011
- Jeffries, M. y Grogan, S. (2012). 'Oh, I'm just, you know, a little bit weak because I'm going to the doctor's': Young men's talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychology & Health*, 27(8), 898-915. doi: 10.1080/08870446.2011.631542
- Joseph, J. (2012). Around the boundary: Alcohol and older Caribbean-Canadian men. *Leisure Studies*, 31(2), 147-163. doi: 10.1080/02614367.2011.570776
- Kesten, S. y Chapman, K. R. (1993). Physician perceptions and management of COPD. *Chest*, 104(1), 254-258. doi: 10.1378/chest.104.1.254
- Krieger, N., Rowley, D. L., Herman, A. A., Avery, B. y Phillips, M. T. (1993). Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *American journal of preventive medicine*, 9(6), 82-122. doi: 10.1016/S0749-3797(18)30666-4

- Lameiras Fernández, M. y Rodríguez Castro, Y. (2003). Evaluación del sexismo ambivalente en estudiantes gallegos/as [Assessment of ambivalent sexism in Galician students]. *Acción psicológica*, 2(2), 131-136. doi: 10.5944/ap.2.2.526
- Lane, K. A., Banaji, M. R., Nosek, B. A. y Greenwald, A. G. (2007). Understanding and using the implicit association test: IV. *Implicit measures of attitudes*, 59-102. Recuperado de <https://books.google.es>
- Lasheras Lozano, M. L., Pires Alcaide, M. y Rodríguez Gimena, M. D. M. (2004). Género y salud. *Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer*, 74, 10-27384. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es>
- Lipsky, M. S., Cannon, M. y Lutfiyya, M. N. (2014). Gender and health disparities: The case of male gender. *Disease-a-Month*, 60, 138-144. doi: 10.1016/j.disamonth.2014.02.001
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es>
- Miró, E., Diener, F. N., Martínez, M., Sánchez, A. I. y Valenza, M. C. (2014). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Repositorio Iberoamericano sobre Discapacidad*, 24(1), 10-15. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net>
- Mora, E., Pujal i Llombart, M. P. y Albertin, P. (2017). Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor crónico. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 058. doi: 10.3989/ris.2017.75.2.15.60

- Nath, J. (2011). Gendered fare? A qualitative investigation of alternative food and masculinities. *Journal of Sociology*, 47(3), 261-278. doi: 10.1177/1440783310386828
- O'brien, R., Hunt, K. y Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social science & medicine*, 61(3), 503-516. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.008
- Panisello, M. L. y Pastor, I. (2015). Salud con igualdad: una propuesta para la incorporación de la perspectiva de género en los sistemas sanitarios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5). doi: 10.1590/1413-81232015205.10942014
- Peralta, R. L. (2007). College alcohol use and the embodiment of hegemonic masculinity among European American men. *Sex roles*, 56(11-12), 741-756. Recuperado de <https://link.springer.com>
- Ruiz, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <https://www.easp.es>
- Ruiz, M. T. y Verdú, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18, 118-125. Recuperado de <https://www.scielosp.org>
- Schäfer, G., Prkachin, K. M., Kaseweter, K. A. y Williams, A. C. (2016). Health care providers' judgments in chronic pain: the influence of gender and trustworthiness. *Pain*, 157(8), 1618-1625. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000536
- Tasa, E., Mora, M. y Raich, R. M. (2015). Actitudes y creencias sexistas en futur@s médic@s: análisis descriptivo y comparativo con datos de futur@s clínic@s

no médic@s. *Jornada d'Atenció Primària al Món Rural, Berga (Cataluña).*

Recuperado de <https://ddd.uab.cat>

Tasa, E., Mora, M. y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>

Valls, C. (2011). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s 18*, 281-290. Recuperado de <https://rua.ua.es>

Varkey, A. B. (2004). Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. *Current opinion in pulmonary medicine*, 10(2), 98-103. Recuperado de <https://journals.lww.com>

Watson, L., Vestbo, J., Postma, D. S., Decramer, M., Rennard, S., Kiri, V. A., Vermeire, P. A. y Soriano, J. B. (2004). Gender differences in the management and experience of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 98(12), 1207-1213. doi: 10.1016/j.rmed.2004.05.004

White, A. y Cash, K. (2004). The estate of men's health in Western Europe. *The Journal of Men's Health & Gender*, 1, 60-66. doi: 10.1016/j.jmhg.2004.03.001

World Health Organization (2009). *Resumen analítico: las mujeres y la salud: los datos de hoy la agenda de mañana* (No. WHO/IER/MHI/STM. 09.1). Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int>

World Health Organization (2018). Género y Salud (fact-sheets). Recuperado de <https://www.who.int>

Zubieta, E., Beramendi, M., Sosa, F. y Torres, J. A. (2011). Sexismo ambivalente, estereotipos y valores en el ámbito militar. *Revista de Psicología (PUCP)*, 29(1), 101-130. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe>



Apéndices

Anexo 1. Casos prácticos.

Alberto, 55 años

Vive con su pareja y sus dos hijas, de 23 y 18 años, en Alicante. Trabaja desde hace 25 años como cajero y reponedor en un supermercado que está a 15 minutos de distancia de su casa. A pesar de que fume unos 17 cigarrillos diarios desde los 22 años, aprovecha para ir caminando y hacer algo de ejercicio. Acude a su médico de cabecera porque lleva unos 3 meses en los que se nota cansado, siente presión en el pecho, dificultad para respirar y tos. En el trabajo, en ocasiones se tiene que sentar a reposar para poder recuperar el aliento. Alberto vive con sensación de agobio y se encuentra con un estado de ánimo algo bajo, ansioso y preocupado.

A continuación, anota cuál sería tu hipótesis diagnóstica. Si tienes más de una, anótala en función del orden en el que te aparecen en mente:

- 1-
- 2-

Subraya en el texto los síntomas o criterios en los que te has basado para tu primera hipótesis diagnóstica.

¿Cuáles serían los pasos que seguirías con Alberto? (anota cuantos consideres necesarios):

- 1-
- 2-

Edad:

Sexo:

Curso:

¿Has recibido formación en igualdad, género o violencia de género?

Sí

No

¿Has recibido formación sobre EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)?

Sí

No



Celia, 55 años

Vive con su pareja y sus dos hijas, de 23 y 18 años, en Alicante. Trabaja desde hace 25 años como cajera y reponedora en un supermercado que está a 15 minutos de distancia de su casa. A pesar de que fume unos 17 cigarrillos diarios desde los 22 años, aprovecha para ir caminando y hacer algo de ejercicio. Acude a su médico de cabecera porque lleva unos 3 meses en los que se nota cansada, siente presión en el pecho, dificultad para respirar y tos. En el trabajo, en ocasiones se tiene que sentar a reposar para poder recuperar el aliento. Celia vive con sensación de agobio y se encuentra con un estado de ánimo algo bajo, ansiosa y preocupada.

A continuación, anota cuál sería tu hipótesis diagnóstica. Si tienes más de una, anótala en función del orden en el que te aparecen en mente:

- 1-
- 2-

Subraya los síntomas o criterios en los que te has basado para tu primera hipótesis diagnóstica.

¿Cuáles serían los pasos seguirías con Celia? (anota cuantos consideres necesarios):

- 1-
- 2-

Edad:

Sexo:

Curso:

¿Has recibido formación en igualdad, género o violencia de género?

Sí

No

¿Has recibido formación sobre EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)?

Sí

No



Anexo 2. Versión en castellano del Ambivalent Sexism Inventory*.

A continuación, se presentan una serie de frases sobre los hombres y las mujeres y sobre su relación mutua en nuestra sociedad contemporánea. Por favor, indique el grado en que Vd. está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases usando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Ahora, sobre la línea que antecede a cada frase, escriba el número de la escala que mejor representa su opinión sobre esa frase.

1. ____ Aun cuando un hombre logre muchas cosas en su vida, nunca podrá sentirse verdaderamente completo 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 a ellas sobre los hombres.
3. ____ En caso de una catástrofe, las mujeres deben ser rescatadas antes que los hombres.
4. ____ La mayoría de las mujeres interpreta comentarios o conductas inocentes como sexistas, es decir, como expresiones de prejuicio o discriminación en contra de ellas.
5. ____ Las mujeres se ofenden muy fácilmente.
6. ____ Las personas no pueden ser verdaderamente felices en sus vidas a menos que tengan pareja del otro sexo.
7. ____ En el fondo, las mujeres feministas pretenden 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 aprecia 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 tienen 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 competencia justa, generalmente ellas se quejan de haber sido discriminadas.
17. ____ Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre.
18. ____ Existen muchas mujeres que, para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de éstos.
19. ____ Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral.
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 completamente irracionales a los hombres.
22. ____ Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener un sentido más refinado de la cultura y el buen gusto.