

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT D'ODONTOLOGIA

INFLUÈNCIA DEL SEXE DE L'ODONTÒLEG EN L'ODONTOLOGIA.
DIFERÈNCIES GENÈRIQUES.

Carlos Muniz Roca

TREBALL DE FINAL DE LLICENCIATURA
Director: Prof. Joan Ramon Boj Quesada
1995



Joan R. Boj, Professor/a de
l'assignatura Odontopediàtric
del Departament Unitat funcional Odontobucalofacial
d'acord amb el punt 2.9 de la normativa per a l'obtenció del Títol de
Llicenciat en Odontologia,

FAIG CONSTAR: Que el treball de fi de llicenciatura de l'alumne/a

Carles Muriel Roca
de títol Influència del sexe de l'odontòleg en
l'odontològic diferències generiques
compleix els requisits per a ser presentat i qualificat davant del Tribunal que
oportunament es nomeni.



L'Hospitalet de Llobregat,

14 de Setembre de 1995

Joan R. Boj
Prof. Joan R. Boj

AGRAÏMENTS.

Han estat moltes hores davant de la pantalla de l'ordinador, moltes tardes traduint articles, cercant informació en biblioteques, redactant, modificant, i tornant a redactar. Però, i encara que soni a frase feta, ha valgut la pena. Molt especialment perquè, durant aquesta pacient tasca, hem trobat a bones persones, bona gent, que han estat disposades a perdre una mica del seu valuós temps en ajudar a algú que, sense cap mena de dubtes, no ho podria haver fet sol. És per això que, d'entre totes aquestes pàgines carregades d'autors, estudis, conclusions, i d'altres manifestacions de Ciència, considerem els agraïments com la part més important de tot aquest treball. Treball que, insistim un cop més, no hauria estat possible sense la col.laboració de totes aquestes persones. De tot cor, gràcies a tots.

Al Dr. Joan Ramón Boj Quesada, per la seva dedicació a la docència, i per l'orientació i recolzament en aquest treball.

A la Dra. Ana Martínez, per l'interès mostrat, i també per l'orientació prestada.

A la Dra. Anna Vila, que ens va proporcionar un valuós material bibliogràfic, imprescindible per a la realització

d'aquest treball.

A les secretàries del COEC, Eva Aguiló Garcia i Carmina Abad Herèdia, que ens van facilitar les dades que vam precisar.

A l'auxiliar administrativa de la Unitat Departamental d'Odontoestomatologia, Ana Romera Valentín, que ens va proporcionar les dades referents als programes de postgrau de la Facultat d'Odontologia de Barcelona.

Als alumnes d'Odontologia que han participat en el sondeig, la seva col.laboració ha estat imprescindible.

A en Carles Toribio Sanjaume, amic i company de pràctiques, de moments bons i menys bons, per la seva paciència.

A en Francesc Xavier Antón López, per la seva amistat i ajuda en la part gràfica d'aquest treball.

Al Dr. Ignacio Torres Candela, pel seu suport i, per sobre de tot, per la seva amistat.

D'una manera molt especial a la meva germanana, Dra. Isabel Muñiz Roca, objectivament una psicòloga brillant, que ens ha ajudat d'una manera impagable, abans i després de donar a llum al seu tercer fill, la petita Isabel.

Als meus pares, Josep i Isabel, i als meus germans i germanes, Isabel, Josep, Maria, Anna, Carme, Enric, i Jordi, als meus cunyats Martí, Pierre, Joan Manel, i Pep, als meus nebots Martí Pau, Enric, Isabel, Ricard, Marc, i Josep, i a la resta de la meva família. Sense vosaltres, la vida, fós llarga o venturosa, no tindria sentit. Mai us ho podré agrair prou.

A Aquell que ens guarda i il.lumina. Sí, Tú també has col.laborat.

Vull tenir una especial atenció amb Carme Vilà i Sanmiquel, que ha estat, i sempre serà, la meva professora de Piano durant els darrers anys. Gràcies a ella he pogut treure forces per compaginar dues carreres, i fruit amb l'esforç. Artista, persona d'incomparable humanitat, i molt estimada amiga, gràcies.

Finalment, prego disculpes a totes aquelles persones que, d'una manera o altra, han aportat el seu granet de sorra i, per alguna d'aquelles males passades que et juga el cap, no figuren en aquestes línies. Gràcies també.

A la petita Isabel.
Que creixis i et facis una dona
sense saber què és la guerra,
l'odi, l'enveja, la fam,
la por, la injustícia.

INDEX

0. INTRODUCCIO.....	1
I. Justificació.....	2
II. Objectius.....	4
III. Material i Mètode.....	6
IV. Estructura General.....	8
1. HOME I DONA. DIFERENCIES ENTRE ELS SEXES.....	11
1.1. SEXE I GÈNERE.....	12
1.2. DIFERENCIES BIOLÒGIQUES.....	14
1.2.1. Diferències genètiques.....	15
1.2.2. Diferències hormonals.....	19
1.2.3. Diferències cognitivo-encefàliques.....	22
1.3. DIFERENCIES SOCIALS.....	27
1.3.1. Rols genèrics.....	""
1.3.2. Estereotips genèrics.....	31
1.3.3. Androgínia.....	36

2. INFLUENCIA DEL GÈNERE EN L'ODONTOLOGIA.....41

2.1. CONSIDERACIONS PREVIES.....42

2.2. INFLUENCIA DEL GÈNERE EN L'ESTUDIANT D'ODONTOLOGIA.....44

2.2.1. *Influència del gènere en la personalitat.....47*

2.2.2. *Tipificació genèrica de les disciplines dentals.....49*

2.2.3. *Motivació i plans de futur dels estudiants.....53*

2.3. INFLUENCIA DEL GÈNERE EN L'ODONTOLÒG.....56

2.3.1. *Evolució a Catalunya del col·lectiu odontològic.....58*

2.3.1.1. *Evolució a Barcelona.....61*

2.3.1.2. *Evolució a Tarragona....."*

2.3.1.3. *Evolució a Lleida.....62*

2.3.1.4. *Evolució a Girona.....63*

2.3.1.5. *Comparació entre províncies....."*

2.3.2. *Diferències genèriques en la pràctica professional.....65*

2.3.3. *Diferències genèriques en l'elecció d'especialitat.....75*

2.3.3.1. *Màster de Cirurgia i Implantologia Bucal.....79*

2.3.3.2. *Màster d'Ortopèdia i Ortodòncia Infantil....."*

2.3.3.3. *Màster d'Odontopediatria.....81*

2.3.4. *Diferències genèriques en l'estrés laboral.....88*

CAPITOL 0

INTRODUCCIO.

0. INTRODUCCIO.

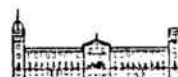
I. Justificació.

L'Odontologia ha estat tradicionalment considerada com una professió masculina. De fet, encara avui l'home té una presència majoritària, però la situació està canviant.

La dona entra amb força en la professió dental, fet que queda demostrat per l'alt percentatge de llicenciades enregistrat els darrers anys a Catalunya.

Ja des de la primera promoció d'odontòlegs de la Facultat d'Odontologia de la Universitat de Barcelona, que va sortir el juny de 1991, el nombre de llicenciades ha superat al de llicenciats.

La cinquena promoció, a la qual tenim l'honor de pertànyer, estarà formada per 70 nous llicenciats, 43 dones i 27 homes. És a dir, la dona representarà el 61,4% de la promoció 1991-95, un percentatge considerablement superior al de l'home.



En la resta del món s'està experimentant un fenomen similar, amb països on, fins i tot, els homes són la minoria en la professió dental.

Clàssicament, s'ha considerat l'home i la dona com "naturalment" diferents, assignant a cadascú unes qualitats i conductes distintives, considerades com més apropiades d'un o altre sexe.

Buscar en la literatura dental si, per a determinats tractaments o tècniques odontològiques, l'home i la dona presenten diferents tendències, veure la influència que pot exercir la dona en la professió o, en definitiva, si existeixen diferències de qualsevol altre caràcter en funció del sexe de l'odontòleg, ens ha semblat un tema prou interessant i atractiu com per a desenvolupar aquesta tasca de revisió bibliogràfica.

II. Objectius.

Hem establert els següents 10 objectius:

- 1 - Determinar si les diferències conductuals existents entre home i dona són degudes al sexe biològic o als rols genèrics adoptats (sexe social).
- 2 - Avaluar la influència dels estereotips genèrics femenins en la valoració de les capacitats i esforços de la dona en la professió dental.
- 3 - Establir quines qualitats conductuals són les ideals per a practicar l'Odontologia, i si aquestes es corresponen més a l'home o a la dona.
- 4 - Quantificar la presència de la dona en l'Odontologia, com a estudiant i com a professional, a Catalunya.
- 5 - Establir si es troben diferències entre els sexes, en la motivació dels estudiants a l'hora de triar l'Odontologia.

- 6 - Determinar si hi ha diferències entre els sexes, en els patrons de treball de l'odontòleg.
- 7 - Esbrinar si existeixen diferències entre els sexes, en l'elecció d'especialitat odontològica.
- 8 - Indicar la preferència dels pacients, si existeix, en ser tractats per un odontòleg d'un o altre sexe.
- 9 - Avaluar, en la literatura dental, la possible existència d'assetjament i discriminació sexual en l'Odontologia.
- 10- Determinar si, considerant de manera global els anteriors objectius, es poden trobar tendències diferencials, de diversa índole, en funció del sexe de l'odontòleg.

III. Material i Mètode.

Aquest treball de revisió s'ha fet a partir de la informació obtinguda en llibres, revistes, i premsa escrita. Els llibres consultats han estat de Psicologia General i de Psicologia de la Comunicació. S'han consultat revistes especialitzades de Psicologia, Medicina i Odontologia. De la premsa escrita hem obtingut articles d'opinió, entrevistes, i notícies que estan directament relacionades amb el tema. Mitjançant la base de dades MEDLINE hem fet la selecció de la majoria dels articles que constitueixen la revisió.

Per fer aquesta revisió bibliogràfica, hem fet la recerca del material en els següents fons documentals:

- Biblioteca de la Facultat d'Odontologia (UB)
- Biblioteca de la Facultat de Medicina-Bellvitge (UB)
- Biblioteca de la Facultat de Psicologia (UB)
- The British Library (Regne Unit)

Les cites bibliogràfiques s'han enumerat consecutivament, segons l'ordre d'aparició en el text, seguint els "Requisits d'uniformitat per a manuscrits presentats a revistes biomèdiques.

Comitè Internacional d'Editors de Revistes Mèdiques (Vancouver, gener 1978)", publicat a Medicina Clínica Vol.91, 1988.

També hem realitzat un sondeig previ, de caire orientatiu, en previsió de desenvolupar un estudi comparatiu. Aquest sondeig de prova es va fer sobre una mostra dels estudiants de tercer curs d'Odontologia de la Universitat de Barcelona.

Per a aquest propòsit, hem confeccionat un qüestionari amb dues preguntes: la primera fa referència a la motivació per triar aquests estudis. S'ofereixen cinc opcions i només es pot seleccionar una resposta; la segona, demana que elegeixin una especialitat odontològica d'entre les nou que s'ofereixen. Hi ha una pregunta prèvia, on es demana que l'enquestat indiqui si és home o dona.

No s'ha emprat cap mètode estadístic per processar les dades. Simplement s'ha fet un càlcul de percentatges de les opcions més triades.

A l'Annex 1 s'adjunta un qüestionari tipus.

IV. Estructura General.

Tota la informació que s'ha recollit ha estat triada, analitzada, i classificada, estructurant-la en temes autònoms però, alhora, íntimament relacionats. Hem fet una divisió en capítols, apartats, i sub-apartats. En el capítol 2 hi ha, com a excepció, dos sub-apartats dividits en altres punts més específics.

En el capítol 1, es parla de les diferències entre els gèneres. En primer lloc, definim els conceptes de sexe i gènere, per passar posteriorment a tractar, separatament, les diferències socials i les diferències biològiques, i com influeixen aquestes en la conducta i la personalitat.

La influència del gènere en l'Odontologia, és tractada en el capítol 2. En aquest, diferenciem la situació de l'estudiant de la del professional de l'Odontologia, comentant diversos aspectes relacionats amb uns i altres, com ara diferències existents en la personalitat, motivació, o en l'elecció d'especialitat, segons si el professional o l'estudiant és home o dona.

En aquest segon capítol, també avaluem l'evolució del col·lectiu professional odontoestomatològic de Catalunya, parant especial atenció en la presència de la dona.

Dediquem un apartat del capítol 2 a la influència del gènere de l'odontòleg en el pacient odontològic, buscant les possibles preferències del pacient envers un professional, en funció del sexe d'aquest.

Finalment, en el tercer capítol, tractem un tema poc considerat en la bibliografia, però d'interès i actualitat: la discriminació i l'assetjament sexual de la dona en l'Odontologia.

Tanquem aquesta revisió de la literatura amb la Discussió i les Conclusions obtingudes sobre el tema.

Volem destacar les dificultats que hem trobat en l'elaboració d'aquest treball de llicenciatura, concretament en relació a la disponibilitat de bibliografia específica. A més, gairebé la totalitat dels estudis i revisions que hem pogut aconseguir, analitzen la situació als Estats Units, i això fa que la informació presentada no tingui la pluralitat que desitjaríem.

Com a conseqüència d'aquesta circumstància, ens trobem amb la dificultat d'extrapolar les troballes de la literatura dental a la situació de Catalunya, Espanya, i la resta d'Europa. Naturalment, es presenten dificultats afegides si ens volem referir a altres cultures i societats.

Una puntualització: utilitzem les expressions "*diferències genèriques*" i "*influència del gènere*", en substitució de "*diferències sexuals*" i "*influència del sexe*", per la significació biològica del terme sexe.

CAPITOL 1

HOME I DONA.

DIFERENCIES ENTRE ELS SEXES.

1. HOME I DONA. DIFERÈNCIES ENTRE ELS SEXES.

1.1. SEXE I GÈNERE.

En què es diferencien home i dona? Aquesta qüestió pot semblar, a primer cop d'ull, d'una simplicitat extrema. Evidentment, no cal ser cap ment privil·legiada per poder concloure amb rotunditat que home i dona són diferents. Però cal fer distinció entre el que podríem anomenar "*diferències reals*" de les diferències socials. Les "*diferències reals*" es correspondrien a les diferències biològiques o sexuals entre home i dona. Efectivament, *sexe* és un terme biològic; una persona és classificada com a home o dona segons els seus gens i òrgans sexuals.

Per altra banda, *gènere* és un terme psicològic i cultural, referent als sentiments subjectius que cadascú té sobre la masculinitat o feminitat, i també és un terme social, en el moment en què certs comportaments i actituds són considerats com a conductes masculines o femenines (*rols sexuals o genèrics*) en base a unes idees preconcebudes per la societat, que poden ser

exagerades o no correspondre's a la realitat (*estereotips genèrics*).

Aquests rols i estereotips genèrics constitueixen les diferències socials, en contraposició a les biològiques. La importància a l'hora de distingir entre sexe i gènere resideix en el fet de la importància de distingir entre aspectes biològics i socials, que fan que hom esdevingui masculí o femení.¹

Donat que les diferències sexuals són evidents, si més no des del punt de vista anatòmic i de la funció reproductora, els trets diferencials que centren la nostra atenció són els genèrics, fruit de la influència de l'entorn social i cultural en l'ésser humà.

Tot i així, dedicarem un primer apartat a les diferències biològiques, degut a que el nostre gènere és un fet alhora biològic i social. Tal i com ho planteja Myers,² "...qui ordena les diferències genèriques: la biologia, la cultura, o un intrincat joc entre biologia i cultura?". Myers conclou: "el fet de les diferències genèriques planteja un dels enigmes més fonamentals i fascinants de l'existència humana...".

Un cop establerta la distinció entre sexe i gènere (natura i cultura), tractarem per separat les diferències biològiques i les diferències socials, sense deixar de tenir present que hi ha una interacció constant entre aquests factors biològics i socials.

1.2. DIFERENCIES BIOLOGIQUES.

Biològicament, home i dona presenten uns trets diferencials evidents. Ara bé, formulant l'enigma plantejat per Myers d'una altra manera, fem la següent pregunta: aquestes diferències biològiques comporten per se les diferències conductuals i els papers diferencials que existeixen en l'home i la dona? O, dit d'una altra manera, aquestes diferents maneres d'actuar, comportar-se, pensar... queden fixades ja en el moment de la concepció, pel fet de ser mascle o femella?

La gent assumeix, amb massa freqüència, que les diferències conductuals i psicològiques entre home i dona són degudes a diferències sexuals exclusivament, és a dir, biològiques. Efectivament, aquesta diferent conducta i personalitat existeix, però, en gran mesura, és a causa d'una forta influència social.¹

L'enorme plasticitat de la conducta humana i el fet que en l'ésser humà no poden ser completament separats els factors biològics dels ambientals i sòcio-culturals, fa que la pregunta que ens fem, sobre si les diferències biològiques entre els sexes suposen diferents psicologies i conductes en l'home i la dona, sigui irresoluble o, si més no, força difícil de treure'n l'entrellat.

Referint-nos estrictament al fet biològic, ens centrarem en tres camps diferenciats però, alhora, íntimament relacionats: la genètica, l'endocrinologia i la neurologia.

1.2.1. Diferències genètiques.

En el mateix moment de la concepció, apareixen diferències genètiques entre ambdós sexes. La determinació inicial del sexe és conseqüència de l'adopció d'una o altra parella de cromosomes sexuals. Aquests, també anomenats *gonosomes*, juntament amb la resta de cromosomes, els somàtics o *autosomes*, configuren el cariotipus humà. En els humans, així com en molts altres mamífers, els cromosomes sexuals s'anomenen X i Y. El cromosoma Y és el necessari i suficient per a la formació de testícles.

Les cèl.lules masculines tenen un cromosoma X i un Y (*patró XY*), mentre que les cèl.lules femenines tenen una parella de cromosomes X (*patró XX*).³ Aquesta diferència sembla ser que confereix a la dona un avantatge immediat i durador.

En diversos estudis,⁵ s'ha demostrat que els varons són físicament més vulnerables que les femelles. Un dels fets que ho confirma, per exemple, és que el nombre de varons nascuts vius no sobrepassa en gran mesura al de femelles, malgrat que el nombre de concepcions de varons respecte al de femelles sigui ostensiblement superior. Els mascles tenen una més gran provabilitat de néixer morts, de morir en el primer any de vida o ser víctimes d'un abortament involuntari.

Si consultem qualsevol tractat de Patologia Mèdica, més concretament els apartats referents a epidemiologia de la malaltia, veurem que les incidències de mortalitat i morbiditat acostumen a ser, en la majoria de patologies, superiors en homes que en dones. En totes les edats de la vida, l'índex de mortalitat dels varons és superior al de les dones (Lewis i Lewis, 1977).⁴

Quins arguments es presenten per explicar aquesta més gran vulnerabilitat de l'home? S'ofereixen diferents teories al respecte. Per exemple, es presenta el fet que el cromosoma X posseeix uns gens protectors; com que la dona presenta el patró XX, juga amb l'avantatge de doblar aquesta, podríem dir, "*protecció genètica*".

A aquesta circumstància, s'afegeix el fet que el cromosoma Y, exclusiu masculí, presenta uns gens nocius. A més, una més gran eficiència en els mecanismes d'immunitat de la dona explicaria l'avantatge femení en el combat de l'organisme en front de les infeccions (Purtilo i Sullivan, 1979).⁴

Seguint amb les teories que confereixen una superioritat biològica a la dona, se suggereix que les hormones femenines són protectores i que, per aquest motiu, són més resistents davant certes patologies. Per exemple, s'ha vist que el risc de patir afeccions cardiovasculars augmenta quan el nivell d'estrògens disminueix.

Hi ha un altre grup de teories, que expliquen aquesta menor vulnerabilitat basant-se en que les dones tenen un estil de vida més saludable que no pas els homes. Es considera que l'home està

més vinculat a l'estrés, a patir més accidents i a exposar-se a riscos. Harrison (1978) i altres autors (Jourard, 1971; M. Perry, 1982) van més enllà i afirmen que el rol genèric masculí té implicacions negatives per a la salut de l'home.⁵

El rol genèric masculí, del qual parlarem abastament en l'apartat de diferències socials, s'associa amb conductes agressives, competitives, o també anomenades *tipus A*. Les investigacions han demostrat que la personalitat de tipus A està correlacionada significativament amb el patró instrumental (estereotípicament masculí) de conducta (Grimm i Yarnold, 1985).⁵

Tenir un patró de conducta d'aquesta mena predisposa a desenvolupar certes conductes compensatòries, com per exemple fumar, abusar de l'alcohol i altres de nocives per a la salut.

Ja sigui per un motiu biològic, ja sigui per les influències dels estereotips genèrics, hem vist que està demostrat que l'home, malgrat la seva imatge tradicional de fortaleza i superioritat física envers la dona, és, paradoxalment, més vulnerable físicament.



Per tant, aquesta circumstància tira per terra un dels estereotips genèrics bàsics de la nostra societat: l'home és saludable i fort, i la dona delicada i vulnerable. Així doncs, quin és el "*sexe débile*"?

1.2.2. Diferències hormonals.

Prenatalment, les hormones juguen un paper d'extrema importància en la diferenciació sexual del fetus. Passades les primeres set setmanes de desenvolupament embrionari, es forma una gònada primitiva (ovaris o testicles) depenent de la presència o absència del *factor determinant testicular*, contingut al cromosoma Y.

En ambdós sexes, les gònades tenen una *doble funció*: la formació de cèl.lules germinals (gametogènesi) i la secreció d'hormones sexuals. Els andrògens són les hormones esteroides sexuals d'acció masculinitzant; els estrògens són feminitzants.

Tot i així, no és correcte dir que els andrògens són les hormones de l'home i els estrògens les de la dona. Ambdós sexes tenen hormones d'un i altre tipus. Hi ha estudis que demostren

que certes femelles poden tenir un nivell d'andrògens superior que alguns mascles, en determinats períodes (Gordon, 1983; Money i Ehrhardt, 1972).⁵

Així doncs, tenim els embrions amb uns genitals interns primitius; si durant el tercer mes de gestació se secreta testosterona (un androgen), es desenvolupen els genitals externs masculins. En cas de no secretar-se l'hormona sexual masculinitzant, el que es desenvolupa són els genitals externs femenins.

El que ens interessa saber és si l'efecte hormonal, a part de la diferenciació sexual, influeix en el desenvolupament encefàlic. En animals femelles d'experimentació, l'exposició a esteroides sexuals in utero o durant la primera part del desenvolupament postnatal, té com a conseqüència marcades anormalitats en la conducta sexual quan aquests animals arriben a adults.

En rates femelles tractades amb una dosi única i relativament petita d'andrògens abans del cinquè dia de vida, s'observa una "*masculinització*" dels seus encèfals. Per altra banda, les rates mascle castrades mostren una considerable

conducta femenina. Així doncs, sembla ser que el desenvolupament d'un "*encèfal femení*" depèn de la manca d'andrògens més que no pas de l'exposició a hormones femenines.⁶

Myers, en un to desenfadat, suggereix si "podem arribar a la conclusió que -com s'ha suggerit còmicament- el masclisme és fruit d'un enverinament per testosterona?".⁷

Com veurem més endavant, nombrosos estudis parlen d'una diferent organització encefàlica en homes i dones per a desenvolupar diferents tasques i funcions cognitives, i donen, entre altres, una explicació hormonal a aquest fet.

És evident, doncs, que les hormones tenen múltiples efectes en l'home i que juguen un paper important, no només en la diferenciació sexual inicial sinó que, a més, interactuen constantment amb factors socials i psicològics, ambientals i altres influències de l'entorn.

Per exemple, sembla ser que alts nivells de testosterona podrien estar relacionats amb conducta agressiva, i l'home posseeix nivells més alts que no pas la dona (Rubin et al, 1980).⁸ Per altra banda, aquesta relació no és clarament lineal, ja que

hi ha estudis que confirmen que, en alguns casos, són les conductes agressives qui fan augmentar el nivell de testosterona (Rose, Gordon i Bernstein, 1972).⁵

També, com hem assenyalat amb anterioritat, existeixen evidències que suggereixen un paper protector de les hormones feminitzants (Rodin i Ickovics, 1990).⁵ Queda manifest, doncs, que aquesta interacció hormones-organisme-entorn és complexa i les valoracions s'han de fer considerant totes les parts, per tal de no emetre conclusions errades a les quals s'arribaria (i, de fet, s'arriba) en el cas de focalitzar les investigacions en un únic sentit.

1.2.3. Diferències cognitivo-encefàliques.

Des de 1974, s'han aplegat moltes investigacions suggerint que el cervell masculí presenta una diferent organització respecte al femení per a certes tasques i activitats. El cervell humà està dividit en dos hemisferis: dret i esquerre. Malgrat que els avenços científics han permès desvetllar alguns dels misteris que amaga, el cervell continua essent un perfecte desconegut.

Hi ha consens en que cada meitat del cervell està especialitzada i té diferents funcions.⁷ El llenguatge i capacitats relacionades amb el llenguatge estan contingudes en l'hemisferi esquerre, mentre que les habilitats no verbals i espacials són localitzades en l'hemisferi dret. Segons diversos autors, el grau d'especialització hemisfèrica és diferent en homes i dones (Geschwind i Galaburda, 1985; Kimura, 1987).⁵

Per a individus dretans, més mascles que no pas femelles tenen les habilitats verbals localitzades primàriament en l'hemisferi esquerre, i les habilitats espacials a l'hemisferi dret. En canvi, més femelles que no pas mascles tenen les habilitats espacials i verbals en ambdós hemisferis.

Això no vol dir, en absolut, que la dona sigui menys especialitzada que l'home, i no es pot anar escampant la idea que *"s'ha demostrat científicament que la dona és inferior"*. Tot el contrari, el fet de que la dona presenti aquesta *"barreja de funcions"* en els hemisferis cerebrals li confereix una avantatjosa ambivalència.

Aquestes diferències en l'organització encefàlica, en la mesura que existeixen, poden ser genètiques però, més

possiblement, hormonals (Hines, 1982).⁵ Hi ha estudis assenyalant que un excès de testosterona, pot contribuir a la concepció de "genis" o nens superdotats (Geschwind i Behan, 1982).²

En aquest mateix sentit, recentment ha aparegut a la premsa un article comentant els resultats d'una investigació referent a les diferències intel·lectuals entre els sexes. Aquesta conclou que, si bé els homes no són més intel·ligents que les dones, l'eminència intel·lectual (superdotats) és més freqüent en homes.

La rèplica dels sectors feministes, lògicament, no s'ha fet esperar. Evidentment, aquesta afirmació pot tenir implicacions sexistes, donat que pot ser utilitzada per a fomentar desigualtats i justificar actituds sexistes.⁸

Així doncs, homes i dones mostren unes diferències i similituds cognitivo-encefàliques. Però, en contra de la idea que les diferències són grans quantitativament i qualitativa, les troballes de la investigació revelen que hi ha més similituds que no pas diferències.

Efectivament, en l'àrea cognitiva, les diferències per causa del gènere són inexistents en la intel·ligència global, memòria, capacitat analítica i creativitat. Per altra banda, les dones tenen un petit avantatge en les habilitats verbals mentre que els homes el tenen en la capacitat de resoldre problemes matemàtics. Els homes tenen, a més, un avantatge moderat en la percepció visual-espacial després dels 8 anys.⁵

Una gran varietat d'explicacions, tant biològiques com socials i de l'entorn, s'han aportat per tal d'argumentar aquestes tres diferències cognitives que hem assenyalat. Les hormones, en l'època prenatal, poder afectar l'organització del cervell; aquest fet indirectament estaria relacionat amb les habilitats cognitives.

Les explicacions que relacionen la influència social i de l'entorn sobre l'àrea cognitiva tenen bons fonaments (Kinball, 1985).⁵ Les diferents expectatives que es tenen dels nois i noies en la seva etapa de formació, condicionen el desenvolupament d'una o altra capacitat.

Per exemple, s'espera que els nois despuntin en les matemàtiques, la física, la química...en definitiva, en el camp

científic; de les noies s'espera que destaquin en les habilitats verbals, en el camp dels idiomes i la literatura i se les encoratja per triar aquesta opció. Aquestes expectatives són creades tant pels pares com pels educadors.⁵

Naturalment disposem del terme mig, és a dir, de les teories que agafen d'un i altre lloc. Són les *hipòtesi interaccionals*, que parlen d'una predisposició inicial biològica, possiblement deguda a les hormones, que interactua amb l'entorn. Aquesta interacció va caracteritzant les capacitats en un o altre sentit.

El fet que en la infantesa, especialment en els primers anys de vida, les diferències de gènere siguin inaparents i que aquestes emergeixin en la pubertat suggereix una explicació psicològica.

En definitiva, les diferències cognitivo-encefàliques entre l'home i la dona no són tan acusades com sovint es proclama. Cal destacar, a més, que l'entorn (societat, educació) té un paper, com a mínim, tan important com la Biologia en l'establiment d'aquestes diferències.

1.3. DIFERENCIES SOCIALS.

El gènere de les persones és un producte de la societat; són les persones qui "*fabriquen*" els patrons masculins i femenins. Cada cultura crea el seu propi concepte de masculinitat i feminitat, i el construeix a partir d'unes expectatives sotmeses a processos històrics, sòcio-culturals i psicològics.

Com veurem, en segons quines societats, aquestes expectatives poden ser diametralment oposades, agafant un caire absolutament distint els conceptes de masculinitat i feminitat; allò que per a certes cultures és símbol de masculinitat i virilitat, per a d'altres és ben bé el contrari.

1.3.1. Rols genèrics.

En gairebé totes les cultures, s'espera que homes i dones desenvolupin unes característiques distintives.⁹ Podem definir rol genèric com un conjunt de conductes assignades a una persona en funció del seu sexe. També són anomenats rols sexuals però, donat el significat biològic que hem atorgat al terme sexe, descartarem aquesta darrera nomenclatura.

El terme *rol* deriva del concepte de paper dramàtic en el teatre de la Antiga Grècia.¹⁰ En el vocabulari sociològic, agafa el sentit del paper "*interpretat*" pels individus membres d'una societat. Aquesta visió sociològica del terme *rol* fou concebuda en 1936 per Ralph Linton.¹¹

Podríem considerar, sota una visió calderoniana, a la societat com una gran companyia de teatre, en la qual tots i cadascun dels membres que hi pertanyen serien els actors, les diferents consideracions relatives a com ha d'actuar l'home i la dona esdevindrien el paper i, a partir d'aquí, cadascú construiria el seu propi personatge.

Els *rols genèrics* són cúmul d'expectatives socials que indiquen de quina manera, homes i dones, ens hem de manifestar. És a dir, marquen el guió de la nostra conducta, estableixen què és propi a l'home i a la dona. Tot això, naturalment, té una molt considerable càrrega de subjectivitat. Qui ho diu com ha de ser un i altre? Qui o què marca aquestes diferents expectatives?

Els sociobiòlegs Wilson (1978) i Barash (1979), van emetre la idea que la selecció natural podria ajudar a explicar les diferències genèriques.² Ells proposen que portem en l'herència

la divisió del treball, la qual va quedar establerta ja en les societats primitives. En els primers temps, l'home caçava i lluitava mentre que la dona recol·lectava fruits, guardava la llar i cuidava dels fills.

Com que aquest sistema era vàlid per a la supervivència, i la reproducció fou exitosa, se suposa que la selecció natural va dotar a l'home d'una major agressivitat i, a la dona, de la sensibilitat i de l'instint de protecció que atorga la maternitat.¹

Com és obvi, l'home ja no caça (ara ho fa per divertir-se) i la dona no s'encarrega de recollir fruits ni, lògicament, està destinada exclusivament a la procreació. Malgrat tot, aquesta divisió genèrica per tasques, tan primitiva, té reminiscències en la societat actual, i és un llast que anem arrossegant des d'aleshores.

No és d'extranyar, doncs, que en un estudi realitzat a més de 30 països, J.E. Williams i Best (1990)¹² trobessin que, a tot arreu, els mascles són caracteritzats com aventurers, forts i independents, i les femelles són descrites com sentimentals, submises i supersticioses. El sexe masculí és vist com el més

agressiu i dominant, i el femení com el més vulnerable i sotmès.

Lindgren i Byrne (1977),¹³ defensen que les diferències sexuals bàsiques estan determinades genèticament encara que, malgrat aquest fet, la gran majoria de les conductes associades a un o altre sexe vénen introduïdes per la cultura a la qual es pertany. És a dir, el factor cultural té un pes molt important en la conducta humana i, per tant, l'home i la dona estan sotmesos a diferents expectatives conductuals segons a quina cultura pertanyen.

Totes les referències condueixen a sentenciar que els rols genèrics s'aprenen. És una qüestió educacional, cultural. No és, ni molt menys, un fet determinat biològicament, si més no d'una manera absoluta i inamovible.

Tot sembla indicar que, assumir un cert rol genèric (interpretar un determinat paper), no és un fet immoldeable, rígid, una característica inherent al sexe de la persona des del seu naixement.

1.3.2. Estereotips genèrics.

Podem definir els *estereotips genèrics* com l'exageració de les expectatives referents a com ha de ser un i altre sexe, és a dir, els rols genèrics. Els estereotips són unes fortament arrelades generalitzacions sobre les persones que constitueixen un determinat grup. Aquestes generalitzacions, no només poden ser falses per al grup globalment sino que, a més, també ho poden ser per a qualsevol membre específic del grup.¹

Malgrat aquesta deficiència, present en qualsevol tipus de generalització o simplificació, els estereotips genèrics estan molt extesos i es mantenen amb força. Però el gènere no és l'única variable a considerar quan s'estereotipa a la gent.

Moltes altres variables, com ara la raça, la classe social, l'orientació sexual, l'ocupació, l'aspecte físic... ens situen en una o altre posició dins de la societat.

Els estereotips genèrics són, en definitiva, un conjunt d'idees preconcebudes relatives a allò que se suposa més propi a l'home o la dona, i que exerceixen una gran influència sobre la nostra manera de veure a la gent i la nostra manera d'actuar.

Thaler (1987),¹⁴ va fer un llistat dels estereotips genèrics més extesos. És considerat com a masculí ser actiu, agressiu, actuar com a líder, ser competitiu, independent, ocultar les emocions, ser dominant, lògic, actuar amb decisió...

Els valors femenins són exactament tot el contrari. Femení significa ésser passiu, amable, no tenir esperit de líder ni ser competitiu, ser dependent, mostrar les emocions, estar subordinat, ser il.lògic i indecís.¹⁴

Sovint s'assignen els termes instrumental i expressiu a un i altre tipus de conducta segons el gènere. Es diu que els varons duen a terme papers instrumentals, és a dir, orientats cap a tasques concretes, mentre que les dones desenvolupen un paper expressiu, de servei a les necessitats físiques i psicològiques de la família i que promouen l'harmonia (Parsons i Bales, 1955).⁹ Tot i així, les qualitats expressives i instrumentals s'haurien de considerar com independents del gènere.

Les diferències expressiu-instrumentals entre els sexes són contemplades en la majoria de cultures (Williams i Best, 1982). Malgrat que hi ha un evident canvi cap a actituds més equitatives en la nostra societat, les idees tradicionals referents a com han

de ser els homes i les dones, com ja hem apuntat, estan fortament arrelades (Deaux, 1985).⁹

Un cop definit què són els estereotips genèrics, cal trobar l'origen dels mateixos. Així doncs, quines són les bases d'aquests estereotips genèrics? Existeixen dues teories principals al respecte. La primera assumeix que aquesta mena d'estereotips tenen alguna validesa empírica, és a dir, que hi ha algunes diferències en la conducta, atribuïbles al sexe, que els estereotips simplement exageren.

La teoria del rol social (Eagly i Steffen, 1984),⁵ per altra banda, proposa que els estereotips sorgeixen dels diferents rols socials adoptats per l'home i la dona. No ens sorprèn veure els nens jugar a guerra mentre que les nenes juguen amb nines. Estem acostumats a la imatge de la dona cuinant mentre l'home descansa tot llegint el diari o mirant el futbol. La dona cuida de la llar i té fills mentre que l'home treballa i porta els diners a casa.

Aquests rols socials, en definitiva, s'esdevenen com a conseqüència de la divisió del treball i de la diferenciació de tasques entre home i dona.¹ La dona és infermera, mestra d'escola, dependent... L'home és camioner, mecànic, empresari,

polític. Afortunadament, cada vegada és menys exagerat però, malgrat tot, la figura d'una dona empresària, líder polític, amb igual o més poder que un home és, encara, lluny de ser un fet quotidià.

Tot i així, hi ha diferències sorprenents en determinats països i cultures. A Iran, per exemple, es dona per suposat que l'home és emocional i sensible; llegeix poesia i es comporta d'una manera intuitiva i il·lògica. Com hem vist, aquests són considerats com a qualitats expressives. De la dona, per altra banda, s'espera que sigui freda i pràctica (Hall, 1959).⁹

Seguint amb aquestes excepcions, comentarem un cas francament curiós. En certes regions d'Àfrica, són les dones qui fan els treballs pesats. "Tothom sap" -deia un entrevistat en un estudi- "que els varons no estan capacitats per a les feines feixugues i que les dones són més fortes i treballen millor" (Albert, 1963).⁹

Això ens demostra que la conducta humana és altament modelable i que, de fet, no haurien d'existir estereotips genèrics ja que tothom, home o dona, pot desenvolupar diferents qualitats expressives o instrumentals.

Aleshores, quin és el motiu pel qual els estereotips genèrics són tan resistents al canvi, a modificar-se, o desaparèixer? No és un, sinó molts, els motius i causes que solucionen aquesta qüestió. Nosaltres, però, posarem un exemple ben senzill que explica, tal com defineixen certs autors, l'anomenda *"auto-perpetuació dels estereotips genèrics"*.

Si nosaltres observem algú conforme l'estereotip, per exemple, una dona incapaç de canviar una roda, o d'aparcar el cotxe, ho recordarem i ho comentarem tot exclamant: *"dona havia de ser!!"*. En conseqüència, aquest estereotip és reforçat i revalidat.

Què passa si allò que observem és tot el contrari, és a dir, una dona ben capaç de canviar una roda, o amb gran habilitat maniobrant? Això debilita o invalida l'estereotip? No, desgraciadament no. En veure una dona sense problemes per canviar una roda, ho passarem per alt, o bé ho considerarem com l'excepció que confirma la regla : *"això si que és notícia!! Una dona canviant una roda!!"*.

Aquestes situacions, habituals mal que ens pesi, lluny de fer-nos canviar els prejudicis, els considerem com a rareses

infreqüents. Que una dona realitzi una tasca tradicionalment assignada a l'home és vist com un fet excepcional; això demostra la força dels estereotips genèrics.

Així doncs, els estereotips genèrics, que estan basats en unes mínimes diferències sexuals reals, són unes molt poderoses forces de control social. Un pot conformar-se i ésser socialment acceptat i, per tant, encasellat, o bé pot rebel·lar-se i, com a conseqüència, patir els efectes del rebuig social.¹²

1.3.3. Androgínia.

Des d'un punt de vista tant social com psicològic, els conceptes de masculinitat i feminitat s'han presentat com els extrems oposats d'un continu; d'acord amb això, una persona havia de ser masculina o femenina, però mai totes dues coses alhora.

Sandra L. Bem, l'any 1974, va definir el concepte d'*androgínia* o, més ben dit, el va redefinir. L'antiga accepció d'*androgínia* és la següent: "Pseudo-hermafroditisme parcial de l'home"¹⁵ ; és a dir, un concepte referent a patologia sexual. Segons la definició de Bem, una persona andrògina és aquella que

presenta alts nivells tant de trets *instrumentals* com d'*expressius*.¹⁶

Un individu andrògin pot ser tant masculí com femení, tant instrumental com expressiu, depenent d'allò que més s'escaigui en una determinada situació. Ésser andrògin no significa, en absolut, ser neutre ni té cap implicació sobre l'orientació sexual de la persona.¹

Per mesurar l'androgínia, Bem va crear el *Bem Sex Role Inventory* (BSRI), un qüestionari amb 20 qualitats estereotípicament masculines (p.e. agressivitat, dominància) i 20 d'estereotípicament femenines (p.e. empatia, tendresa).

Es demana a l'enquestat que valori en una escala del 1 al 7 la seva identificació amb aquestes qualitats. Segons la puntuació obtinguda, la persona és classificada com masculina o femenina, és a dir, *tipificada genèricament*, o bé *no tipificada genèricament*, és a dir andrògina.

El fet de participar d'unes i altres conductes confereix a la persona andrògina ambivalència i flexibilitat en la resolució dels problemes quotidians. Segons la valoració que hom faci d'una

situació concreta, aplicarà uns o altres caràcters, expressius o instrumentals (o una combinació de tots dos), en el moment de passar a l'acció.

Aquest nou concepte d'androgínia va significar, per a uns, el vaixell insígnia que obriria el camí cap a la igualtat sexual mentre que, per als altres suposava la fi de la diferenciació sexual i, gairebé, la fi del món.¹

Cap dels dos extrems està justificat. L'androgínia s'hauria de considerar com el patró a seguir però, per altra banda, té les seves limitacions. El fet de ser andrògin suposa tenir característiques masculines i femenines; això no fa altra cosa que perpetuar els estereotips genèrics, es continua etiquetant una acció com més pròpia d'un o altre sexe.

Per tant, s'ha d'avançar mitjançant una revisió dels conceptes de rol i estereotip genèric o, potser millor, canviar les actuals concepcions que es tenen. Aquest canvi ha de fer-se efectiu a nivell tant personal com social i institucional.

El concepte d'androgínia no s'ha de veure com un "còctel" d'actituds masculines i femenines, sinó com una integració de

qualitats expressives i instrumentals sense tipificar-les genèricament. L'androgínia, de fet, pot ser un pas important en el camí de la superació dels estereotips genèrics encara que, naturalment, no és necessàriament ni l'única ni la millor manera per a aconseguir-ho.

Eliminar els estereotips genèrics i redefinir el gènere en termes d'igualtat no s'ha de veure com una victòria exclusivament de la dona; suposaria no només l'alliberació de la dona sinó que, a més, també significaria la de l'home i la de la societat.

Així doncs, perquè no restringir el gènere i les distincions sexuals a l'anatomia i la reproducció? Perquè no deixar que home i dona es desenvolupin lliurement com a persones sense l'opressió que realitzen els estereotips genèrics?

És aquesta una tasca difícil, tenint en compte que mitjans de comunicació (televisió, premsa, ràdio...), publicitat, llibres, còmics, pel·lícules, professors, amics, família... estan constantment, de vegades d'una manera subliminal, bombardejant-nos amb imatges, idees, accions que reforcen i recolzen els estereotips genèrics.

Per tal d'aconseguir aquest canvi s'ha d'acabar amb la tipificació genèrica indiscriminada. Tipifiquem a nivell sexual un munt de situacions, objectes i accions com ara els colors (blau els nens i rosa les nenes), les joguines (no cal posar exemples), els vestits, el treball, la manera de parlar, la manera de moure's, els gustos i aficions... inclús els dissenyadors de cotxes fan models diferenciats (el cotxe gran i luxós per a l'home; el petit i pràctic per a la dona).

L'objectiu és, doncs, ambiciós i no precisament senzill, però no pas per això s'ha de deixar de lluitar. El desitjat canvi necessita de l'esforç de tothom: institucions, societat en general, i de tots i cadascun de nosaltres en particular.

Un món sense desigualtats no hauria de ser una utopia. I no ens referim només a les desigualtats per raó del sexe, sinó també a les que s'esdevenen per causa de la raça o la religió de la persona. Efectivament, serà un procés llarg i difícil però, sense cap mena de dubtes, és un camí que val la pena de recórrer.

CAPITOL 2

INFLUENCIA DEL GENERE EN

L'ODONTOLOGIA.

2. INFLUENCIA DEL GÈNERE EN L'ODONTOLOGIA.

2.1. CONSIDERACIONS PREVIES.

Fins ara hem vist que, ja sigui per la biologia, ja sigui per la pressió sòcio-cultural, home i dona presenten unes diferències conductuals evidents. Com hem assenyalat, els estereotips genèrics exerceixen una forta influència en totes les esferes i àmbits de la societat; en el món laboral, per tant, també és així.

Des dels orígens de la història, ha existit una clara divisió del treball en professions reservades a l'home i altres destinades a la dona. O, més ben dit, l'home era qui treballava i la dona qui es quedava a casa.

Les professions del camp de les Ciències de la Salut no han estat una excepció. Tradicionalment, la Medicina (i totes les seves especialitats) s'ha considerat com una disciplina d'homes; la Infermeria, de dones.

Les coses han canviat considerablement però, malgrat tot, avui encara hi ha especialitats de la Medicina més associades a la figura masculina que no pas altres.

L'Odontologia segueix unes tendències paral·leles. Si fem una divisió dels professionals de la Salut Bucodental en Odontòlegs i Higienistes Dentals, els primers són principalment homes, i els segons, majoritàriament dones.

Però, un cop més, trobem les excepcions que confirmen la regla. Si bé als Estats Units, com a la gran majoria dels països industrialitzats, l'Odontologia com la Medicina són professions predominantment masculines, a l'antiga Unió Soviètica, Polònia i Finlàndia, aquestes són de domini femení.¹⁷

Es planteja una qüestió lògica, si més no, després de tot el que hem estat considerant. Hi ha "*diferents odontologies*" depenent de si el professional és home o dona? Dit d'una altra manera, la pràctica dental està condicionada pel gènere de l'odontòleg?

En aquest capítol, doncs, comentarem la influència del gènere en la professió dental, tot fent distinció entre els

estudiants i els professionals de l'Odontologia, tenint en compte que, en el moment actual, encara són ben vigents els estereotips genèrics i que aquests influeixen en els estudiants, en els seus professors, en els pacients i en els mateixos professionals.

2.2. INFLUENCIA DEL GÈNERE EN L'ESTUDIANT D'ODONTOLOGIA.

L'Odontologia ha estat, com ja hem comentat, una professió tradicionalment dominada pels homes. El predomini del homes en aquest camp no ve donat per uns especials requeriments o unes determinades capacitats per a desenvolupar la feina. És més, ja hem dit que en alguns països europeus és un camp de domini femení.

Avui encara és una professió de predomini masculí, però la situació està canviant. Als Estats Units, per exemple, des del 1900 fins a mitjans de la dècada dels 60, la proporció de dones en l'Odontologia es mantenia en l'ordre d'un 1% a un 3%. No obstant això, des d'aquell moment fins al 1980, el nombre de dones matriculades al primer curs dels estudis dentals va augmentar en un 1.813%.¹⁸

En el període que va de 1984 a 1993, i continuem als Estats Units, les sol·licituds de dones als centres d'ensenyament dental van augmentar en un 37,1%. En aquest mateix període, però, la matriculació en el primer any només va augmentar un 9,8%, mentre que el nombre de llicenciades en Odontologia va incrementar-se un 25,4%. La inscripció global de la dona en l'educació dental va passar d'un 23,8% a un 36,9% en l'esmentat període.¹⁹

Aquest important augment pot estar relacionat amb el status canviant de la dona, que queda reflectit pel nombre creixent de dones en el món del treball i pel descens de les barreres tradicionals que s'oposaven a l'entrada de la dona dins de les ocupacions dominades per l'home.

A Catalunya, tot i que l'Odontologia és una llicenciatura de recent creació, l'augment en el nombre de dones cursant aquests estudis també s'ha experimentat. La primera promoció d'odontòlegs de la Facultat d'Odontologia de la Universitat de Barcelona, que va sortir en el mes de juny de 1991, estava integrada per 116 nous llicenciats. D'aquests, les dones representaven un 51,7% (60 de 116) mentre que els homes estaven, per tant, lleugerament per sota de la meitat (48,2%).

Entre el juny i el setembre del present any, sortirà la cinquena promoció d'odontòlegs. S'espera que sigui 70 el nombre de nous llicenciats. Les xifres tornen a confirmar la creixent presència de la dona en l'Odontologia: les dones representen el 61,4% (43 de 70) del total. Així doncs, en un període de 5 anys, ha augmentat un 10% la proporció de dones respecte a homes llicenciats en Odontologia per la Facultat d'Odontologia de la Universitat de Barcelona. És, per tant, un increment considerable en un període de temps relativament breu.

És més, aquesta tendència es mantindrà i, fins i tot, s'incrementarà en els propers anys, tal i com ho demostren les xifres de matriculació pel proper curs 95/96 d'aquest mateix centre: hi ingressarà un nombre total de 114 nous alumnes, dels quals gairebé un 67% (76 de 114) són dones i un 33% homes.

En definitiva, si es confirma aquesta tendència a l'alça que s'espera, la presència de la dona a l'Odontologia tindrà, cada vegada més, un pes més important en la comunitat de professionals de l'odontoestomatologia.

2.2.1. Influència del gènere en la personalitat.

Amb l'esmentat increment de la dona en els estudis d'Odontologia, és important pels educadors aprendre més sobre aquest grup d'estudiants, donat que, durant molts anys, han estat uns estudis enfocats, directament o indirecta, cap a un col·lectiu majoritàriament masculí.

Per tant, sembla bàsic qüestionar-se si aquests dos grups d'estudiants, el d'homes i el de dones, tenen diferents tipus de personalitat. En cas afirmatiu, aquest fet podria influenciar els mètodes d'ensenyament, la relació amb els pacients, companys i professors, l'èxit acadèmic o l'estil d'aprenentatge.

Westerman (1994),¹⁹ en un estudi realitzat a tots els estudiants de primer any de la School of Dentistry de la Creighton University, Omaha, en deu cursos acadèmics succesius (del 1983-84 al 1992-93), va posar a prova la hipòtesi que hi havia diferències significatives en la personalitat en funció del gènere.

En aquest estudi es va fer servir el *Myers-Briggs Type Indicator* (MBTI), un instrument d'avaluació de personalitat, per

valorar preferències normals de personalitat, estils d'aprenentatge i l'elecció dels estudis. En aquest cas, es va fer servir la forma G del qüestionari, que consisteix en 126 preguntes d'elecció forçada.

En el MBTI, forma G, queden definides unes actituds mentals (extroversió, introversió, discerniment i percepció) i unes funcions mentals (judici, intuïció, reflexió i sensibilitat). D'aquestes actituds i funcions mentals se'n deriven unes preferències; de la combinació d'aquestes esdevenen 16 possibles tipus de personalitat.

Hi ha estudis previs^{20,21} que demostren la validesa del MBTI per descriure les característiques dels estudiants d'Odontologia, quan estudiem una mostra que conté persones d'un i altre sexe.

Els resultats suggereixen que hi ha similitud entre els sexes en els 16 tipus de personalitat del MBTI. Es van trobar, però, diferències estadísticament significatives en dues de les classificades com a funcions mentals: la reflexió i la sensibilitat. La sensibilitat era preferida per les dones; la reflexió, pels homes.

Els individus sensitius/sensibles (el 56,7% són dones) necessiten harmonia, frueixen ajudant a la gent, estan influenciats per gustos i preferències personals, necessiten freqüentment que els altres els animin, i són compassius.

Els individus reflexius (57,4% són homes) s'estimen més l'anàlisi lògic, necessiten un tracte just, són de fermes conviccions, estan orientats professionalment i amaguen les reaccions emocionals.

El fet que la dona es mostri més sensible i emocional, i que l'home ho faci de manera reflexiva i lògica suposa, entre altres conseqüències, diferents tendències en el tracte amb el pacient. Com comentarem més endavant, aquesta circumstància també influeix en el moment de triar una especialitat o quan es fa l'elecció d'una sortida professional.

2.2.2. Tipificació genèrica en les disciplines dentals.

És prou evident que les disciplines dentals també experimenten la influència dels estereotips genèrics i, per tant, són tipificades genèricament. Així, si se'ns permet l'expressió,

l'Odontologia és masculina i la Higiene Dental femenina.

La proposició que els ensenyaments estereotípicament masculins impliquen característiques instrumentals i els estereotípicament femenins demanen característiques expressives, té el seu fonament. El fet que la dona participi en uns i altres ensenyaments suggereix que els trets expressius i instrumentals influeixen en l'elecció de la carrera.

Per exemple, moltes de les professions tradicionalment dominades per dones, com ara l'Infermeria o l'Ensenyament, estan orientades al servei dels altres. Ser sensible a les necessitats dels altres és una qualitat expressiva, però no vol dir que sigui exclusivament pròpia de les dones. Les professions d'ajuda als altres poden ser particularment atractives per les persones, tant dones com homes, que tinguin un alt grau d'expressivitat.

Per altra banda, l'ingrés de la dona en professions tradicionalment dominades per homes requereix que aquesta presenti un alt grau d'instrumentalitat. A la llum d'aquestes consideracions, quin és, doncs, el grau de tipificació genèrica de les estudiants de disciplines dentals?

Es pot especular que la dona que entra en una disciplina tradicionalment considerada femenina, la Higiene Dental, és esterotípicament femenina, i es diferencia de la que estudia Odontologia en les conductes i preferències derivades de la seva tipificació.

Aquesta hipòtesi, es va posar a prova per Carol L. Hamby,²² en un estudi realitzat a dones estudiants d'Odontologia i d'Higiene Dental al University of Oklahoma College of Dentistry. Va utilitzar el Bem Sex-Role Inventory (BSRI), un instrument per mesurar la tipificació genèrica de les persones (veure el subapartat 1.3.3.).

A diferència d'altres escales de mesura anàlogues, a on només es considera la masculinitat i la feminitat com a úniques variables, el BSRI introdueix una nova categoria, l'androgínia, la qual ha quedat definida en el capítol 1. Ser andrògin, recordem-ho, vol dir no estar tipificat genèricament, és a dir, no ser ni marcadament masculí ni marcadament femení. O bé, dit d'una altra manera, significa que una persona presenta, alhora, altes i similars proporcions de qualitats expressives i instrumentals.

Els resultats de l'estudi confirmen la hipòtesi: un 59% de les dones estudiants d'Odontologia van classificar-se com andrògines, en contrast amb el 21% de les estudiants d'Higiene Dental. Un 61% de les futures higienistes dentals es van classificar, segons la seva pròpia apreciació, com femenines. El contrast és evident amb les estudiants d'Odontologia, a on l'apreciació de feminitat és de només el 15%.

Els resultats d'aquest estudi coincideixen, per exemple, amb un de similar que es va fer en un grup d'estudiants d'Infermeria. Es va aplicar, com en el cas anterior, el BSRI sobre l'esmentat grup. Un 51% es va classificar en la categoria femenina, i només un 4% va referir característiques predominantment masculines.¹³

Així doncs, estudis d'aquestes característiques serveixen per suggerir, amb considerable fonament, que les dones tipificades com femenines tenen més predisposició de triar una carrera de domini femení. Això no vol dir, en absolut, que una persona tipificada genèricament en aspectes com l'elecció d'estudis, en l'orientació professional o el tracte amb els companys de feina, no pugui ser andrògina (és a dir, no tipificada genèricament) en la relació de parella o en altres circumstàncies, i viceversa.

2.2.3. Motivació i plans de futur dels estudiants.

En base a la bibliografia consultada, no hi ha gaire publicacions que facin referència a la motivació i plans de futur en els estudiants d'Odontologia. A més, en la majoria d'aquests no es fa una comparació entre els gèneres; estan centrats en les perspectives de futur de la dona estudiant.

Per aquest motiu, nosaltres vam considerar interessant realitzar un sondeig de prova que servís d'orientació per a desenvolupar, en un futur, un estudi comparatiu entre els gèneres. Aquest podria ser d'àmbit nacional i es tractarien, a més de la motivació, altres temes com l'elecció d'especialitat, els plans de futur, la discriminació i l'assetjament sexual.

En el nostre sondeig, vam preguntar a un total de 80 alumnes de tercer curs d'Odontologia, 52 dones i 28 homes, quin era el motiu principal pel qual van triar aquests estudis. La mostra és representativa del col·lectiu d'estudiants d'Odontologia d'Espanya.²⁴

Un 48% de les dones van respondre que la tasca social i l'ajuda al malalt eren la principal motivació, en comparació al

22% dels homes. Un 35,5% dels homes van indicar que l'incentiu econòmic i el prestigi social eren els principals motius de la seva elecció, igual que el 17,3% de les dones enquestades.

Com veiem, els resultats suggereixen que la dona tria l'Odontologia per uns motius més, podríem dir, altruístics o d'ajuda a la gent, mentre que l'home, en canvi, ho fa més per motius econòmics i de prestigi social.

Aquests resultats estan d'acord amb els de l'estudi de Westerman (1994), anteriorment esmentat, que assenyala que la dona presenta un component més elevat de sensibilitat en la seva personalitat, fet que es tradueix en un més gran interès i realització en l'ajuda als altres.¹⁹

En aquest mateix sentit, en un estudi anterior, a on es van enquestar a 2.777 dones estudiants d'Odontologia d'Estats Units i Canadà, Austin i Tenzer (1978),¹⁸ van reportar que un 35,4% considerava com a incentiu primordial l'ajuda a altra gent. Aquesta era la motivació amb un percentatge més alt i la seguien, a distància, altres com la motivació econòmica o considerar l'Odontologia com un treball segur amb un 18,5% i un 19,8% respectivament.



Naturalment, cal tenir-ho ben present, els nostres resultats s'han de considerar com el fruit d'un sondeig de prova, i el seu valor és merament orientatiu, tot i que aquests són compatibles amb els d'investigacions prèvies.

Pel que fa a plans de futur i orientació professional, cal destacar un estudi comparatiu home/dona sobre les aspiracions professionals i les experiències educacionals dels estudiants d'Odontologia. Aquesta investigació, conduïda per Solomon i Kleinman l'any 1984,²⁵ consistia en l'enquesta de tots els estudiants d'últim curs d'Odontologia (N=5.450) mitjançant un qüestionari de 58 preguntes. Va respondre un 70,4% de tot el grup (3.884), dels quals 3.042 eren homes (79,1%) i 804 eren dones (20,9%).

Es van trobar diferències significatives entre els gèneres en la categoria de plans de futur, més específicament en les perspectives professionals a llarg termini i en la selecció d'especialitat. Per exemple, les dones estan predisposades el doble a desenvolupar altres sortides professionals en el camp de l'Odontologia, com ara la docència o la investigació.

Aquest resultat també seria compatible amb el de l'estudi de

Westerman; la dona està més predisposada a dur a terme tasques de servei i ajuda a la gent o, dit d'una altra manera, més expressives i menys instrumentals.

2.3. INFLUENCIA DEL GENERE EN L'ODONTOLEG.

La composició del col·lectiu professional d'odontòlegs, que tradicionalment ha estat format per homes en una majoria abassegadora, està canviant d'una manera sensible. La presència de la dona en l'Odontologia ha augmentat ostensiblement, i aquest és un fet que s'ha donat en un gran nombre de països d'arreu del món.

Als Estats Units, per exemple, a on la dona només representava un 3,5% dels odontòlegs l'any 1975, s'espera que, l'any 2000, un de cada sis odontòlegs sigui dona, és a dir, un 16% del total; l'any 1992, era només d'un 8%.^{26,27}

Com ja hem esmentat amb anterioritat, una presència nombrosa, fins i tot majoritària, de la dona en l'Odontologia, no és un fet extraordinari. A països d'Europa com Polònia, Finlàndia o bé a l'antiga Unió Soviètica, el 80% dels dentistes són dones;

a Dinamarca i Suècia, les dones representen al voltant d'un 40% de tots els odontòlegs, mentre que a França, el 25% són dones.¹⁷

Rubin-Rabson,²⁸ va observar que els factors històrics i socio-econòmics eren els responsables d'aquesta situació a Europa, i no pas una qüestió d'igualtat entre els gèneres. A l'antiga Rússia, per exemple, l'Odontologia i la Medicina són considerades professions de baix prestigi; els nois amb talent i capacitat pels estudis, lluny de ser motivats per ser dentistes o metges, es dediquen a disciplines que, com ara la Física, tenen un gran prestigi.

A banda d'aquestes excepcions, la tendència general és la d'una presència minoritària, encara, de la dona en l'Odontologia però que, progressivament, el nombre d'odontòlogues augmentarà, com a mínim, al mateix ritme que en les darreres dècades.

D'aquesta circumstància s'ha fet ressò en nombroses publicacions, i han estat diversos els estudis i estadístiques que s'han realitzat, en els darrers anys, en relació a la presència de la dona en l'Odontologia. L'expectació aixecada ha estat considerable i, fins i tot, certs autors han titllat de dramàtic l'increment de la dona en la professió dental.^{26,29-31}

La literatura que tenim respecte a la presència de la dona en l'Odontologia prové, fonamentalment, dels Estats Units. Aquesta es pot classificar en tres categories: articles descriptius i revisions bibliogràfiques sobre la dona dentista, articles d'opinió i editorials sobre el mateix tema, i dues categories d'estudis: uns que estan dedicats exclusivament a la dona i altres que comparen les diferents tendències de l'home i la dona en la professió dental.

2.3.1. Evolució a Catalunya del col·lectiu odontològic.

S'ha experimentat a Catalunya aquest augment de la dona en el col·lectiu odontològic? Aquesta és una qüestió francament interessant de formular, especialment si es té en compte que no existeix cap referència al respecte en la bibliografia. És per aquest motiu que hem considerat molt escaient analitzar la situació al Principat.

Per a aquest propòsit, hem consultat les dades que ens ha proporcionat el Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya (COEC). S'ha demanat la relació de tots els col·legiats de Catalunya que, amb data 1 d'Agost de 1995, estan donats d'alta.

Hi ha, en aquest punt, 2.199 altes al COEC, de les quals 1.533 corresponen a homes, i 666 són dones. Això representa un 69,7% i un 30,3% d'homes i dones, respectivament. És a dir, un terç dels col·legiats són dones.

No totes les altes col·legials coincideixen amb professionals en actiu. Dels 1.533 col·legiats-homes, hi ha en actiu 1.458; de les 666 col·legiades, 659 estan en actiu. Els percentatges de població activa són 69% (1.458) homes i 31% (659) dones, representant la tercera part dels professionals en actiu.

Hem volgut saber l'evolució succeïda en els darrers 10 anys, és a dir, en el període comprès entre 1985 (un any abans de constituir-se la Llicenciatura d'Odontologia) i el moment actual. A partir d'ara, totes les consideracions estaran referides a població col·legiada en actiu (2.117).

L'any 1985, Catalunya contava amb 767 col·legiats en actiu, dels quals un 83% (636) eren homes, i només un 17% (131) eren dones. Com veiem, el percentatge de dones respecte d'homes ha passat d'un 17% al 31% de l'any 1995, és a dir, gairebé el doble. Per tant, el percentatge d'homes ha disminuït: s'ha passat del 83% al 69% del present any.

Quin ha estat l'increment global de la dona en la professió des de l'any 1985? En aquell moment ha havia 131 odontòlogues arreu del Principat en comparació amb les 659 amb que comptem actualment, la qual cosa representa un increment del 403% des d'aleshores. És un augment certament considerable, sobretot si el comparem amb el de l'home, que ha estat d'un 129% (s'ha passat de 636 a 1458 odontòlegs).

Cal també destacar l'augment que, en aquest període 1985-1995, ha experimentat el nombre total de col·legiats del COEC, és a dir, considerant tant homes com dones.

Dels 767 col·legiats amb que es comptava l'any 1985, s'ha passat a una xifra de 2.117, és a dir, hi ha 1.350 nous membres. L'increment és, per tant, d'un 176%. D'aquest percentatge, el 61% pertany als col·legiats (homes) i el 39% a les col·legiades.

Fins aquí, hem vist l'evolució del col·lectiu odontològic a Catalunya en una visió global, de conjunt. Ara és el moment d'analitzar la situació especificant els canvis que s'han experimentat en cada província. Parlarem d'odontòlegs i col·legiats indistintament, tot i que se suposa que no tots els que exerceixen l'Odontologia a Catalunya pertanyen al COEC.

2.3.1.1. Evolució a la província de Barcelona.

L'any 1985, a la província de Barcelona, hi havia un total de 623 col·legiats en actiu, dels quals un 17,6% (110) eren dones i el 82,4% (513) eren homes. Deu anys després, les dones arriben al 32,4% (559) i els homes representen el 65,6% (1.165).

La població total és de 1.724 col·legiats, que representa el 81,4% del total. Barcelona és, per tant, la província que aplega més col·legiats de tot el Principat, seguida de Girona (165), Tarragona (126) i Lleida (102).

S'ha passat de 110 a 559 dones exercint la professió, que representa un augment de 449 odontòlogues, és a dir, del 408% des del 1985. Pel que fa als homes, l'increment ha estat del 127% (652 odontòlegs més). L'augment global en la província de Barcelona és del 176,7%, és a dir, s'ha passat de 623 a 1724 col·legiats (1.101 membres més) en deu anys.

2.3.1.2. Evolució a la província de Tarragona.

Tarragona comptava, l'any 1985, amb només 46 col·legiats en

actiu, dels quals un 91,3% (42) eren homes, i únicament el 8,7% (4) eren dones. La situació ha canviat considerablement i actualment, el 78,6% (99) són homes i el 21,4% (27) són dones. El nombre total de col·legiats és, doncs, 126; aquesta xifra suposa el 6% del total a Catalunya.

L'increment de la dona exercint l'Odontologia a Tarragona ha estat del 575% o, dit en nombre de col·legiades, n'hi ha 23 més respecte el 1985. L'increment dels homes ha estat del 136,7%, és a dir, 57 col·legiats més. Com ja hem esmentat, hi ha un total de 126 col·legiats a la província de Tarragona, la qual cosa representa un augment del 174% - és a dir, 80 membres més - en el període 1985-1995.

2.3.1.3. Evolució a la província de Lleida.

Lleida, amb 102 col·legiats, representa el 4,8% de la xifra total. El 26,4% (27) de col·legiats a Lleida són dones, i el 73,6% són homes (75), en comparació amb el 17% (7) i el 83% (34), respectivament, de l'any 1985.

L'increment de la dona en el col·lectiu odontològic a la província de Lleida és del 285,7%, ja que s'ha passat de 7 a 27 col·legiades. En el cas dels odontòlegs és del 120,5%, passant de 34 a 75 col·legiats. L'increment global és del 148,7%.

2.3.1.4. Evolució a la província de Girona.

Girona, actualment, compta amb 165 col·legiats en actiu, que són el 7,8% de tot Catalunya. D'aquests, 46 (27,8%) són dones i 119 (72,2%) són homes. Deu anys enrera, el 82,4% (47) eren homes i les 10 dones col·legiades representaven el 17,6% restant, fins a completar el nombre total de 57 odontòlegs.

Haver passat de 10 a 46 col·legiades significa un augment del 360% i, en el cas dels homes, l'increment és del 153% (72). El percentatge d'augment total dels col·legiats a Girona és del 189,4% (108 membres més) en el període 1985-1995.

2.3.1.5. Comparació entre les províncies.

Lleida és la província de Catalunya que té els percentatges

més baixos, en termes relatius, d'increment col·legial, tant de dones i homes per separat com en conjunt.

L'increment més elevat de la presència de la dona, també parlant en termes relatius, és el de Tarragona, amb un 575%, seguit per Barcelona (408%), Girona (360%) i Lleida (285,7%).

A Girona trobem els percentatges més elevats d'increment d'odontòlegs (homes) i del total de col·legiats per províncies, amb un 153% i un 189% respectivament.

En resum, la província que presenta el percentatge més elevat d'increment en el col·lectiu de professionals de l'Odontologia en tot el Principat és Barcelona, a més de ser la que té més col·legiats. De l'increment total, Barcelona acumula el 143,5%, seguida per Girona (14%), Tarragona (10,5%) i Lleida (8%).

Pel que fa a l'increment total de les dones (403%), Barcelona aplega el 342,7%, seguida per Girona (27,5%), Tarragona (17,6%) i Lleida (15,2%). Parlant en termes absoluts, Barcelona té el nombre més elevat de dones col·legiades, 559 en total.

De tots els col·legiats, les dones són el 31%; d'aquest, el 26,4% correspon a Barcelona, el 2,2% a Girona, el 1,2% a Lleida, i el mateix percentatge a Tarragona. Amb un 32,4%, Barcelona té el percentatge de dones més elevat i la segueixen Girona (27,8%), Lleida (26,4%) i Tarragona (21,4%).

L'increment total dels homes és del 129%, del qual el 102,5% correspon a Barcelona, el 11,3% a Girona, el 6,4% a Lleida i el 8,8% a Tarragona. Barcelona té, a més, el nombre més elevat d'homes col·legiats, 1.165 en total.

Els homes són el 69% de tot el col·lectiu professional odontològic català, del qual més de la meitat (55%) correspon a Barcelona, seguit per Girona (5,7%), Tarragona (4,7%) i Lleida (3,6%).

Per províncies, Tarragona és la que té un percentatge més elevat d'homes (78,6%) i la segueixen Lleida amb un 73,6%, Girona amb un 72,2% i, finalment, Barcelona amb un 65,6%.

Totes les dades presentades es poden consultar a les taules i gràfiques que adjuntem a l'Annex 2.

2.3.2. Diferències genèriques en la pràctica professional.

Que la dona entra amb força en l'Odontologia ja ha quedat prou documentat; ara bé, quin impacte té i tindrà aquest fet en una professió dominada pels homes? La pràctica odontològica presenta diferències depenent del sexe (gènere) del professional? Presentarem a continuació les idees que recull la bibliografia, per intentar respondre, en la mesura que sigui possible, aquestes i d'altres qüestions.

Als Estats Units, una gran majoria de dentistes es dediquen a la pràctica privada, clarament preferida pels homes.³² Les dones, per la seva banda, s'estimen més treballar com a empleades d'altres dentistes o bé trien la docència, el treball en equips hospitalaris, o en institucions privades.³³

Waldman,³⁴ suggereix que la dona practica l'Odontologia més per raons de satisfacció personal que no pas pel guany econòmic, i que tria amb més freqüència ocupacions assalariades o en institucions per poder compaginar les demandes de la família i criar els fills.

Austin i Tenzer,¹⁸ conclouen que la figura de l'odontòloga es correspon amb la d'una dona independent que intenta combinar professió amb família, que tria aquesta ocupació per realitzar-se personalment i per motius altruístics. El fet d'estar més predisposada que l'home a elegir altres sortides diferents a la pràctica privada, pot ser causat per la intenció de compaginar tasques per una més gran realització en l'ajuda als altres.

En un editorial sobre l'entrada de la dona en la professió mèdica, Relman³⁵ comenta estudis que mostren a la metgessa com un professional més sensible i més receptiu als problemes socials que no pas els seus col·legues. Proposa, a més, que la dona pot tenir un paper molt positiu i una influència constructiva en l'actitud de la Medicina respecte a factors socials i econòmics.

Aquest fet també s'experimenta en l'Odontologia. Les dones estan més predisposades a tractar un major percentatge de pacients amb discapacitats (físiques o psíquiques), que pertanyin a minories o estiguin marginats o, fins i tot, que tinguin un baix nivell d'ingressos i dificultats per pagar.²⁹ Això confirma el major interès per l'ajut a la gent i la major sensibilitat cap als problemes socials.

Niessen, Kleinman i Wilson (1986),³¹ es pregunten si els estereotips genèrics de la dona poden influir sobre la Salut Bucodental. La dona és considerada més sensible, educada, afectiva, amb habilitat manual, detallista... això pot ser l'esquer que faci picar a la població reticent d'anar al dentista. Si l'odontòloga aconsegueix convertir la necessitat d'atenció dental en demanda, la dona influirà, sense cap mena de dubtes, en la Salut Bucodental d'una manera molt positiva.

Els estereotips genèrics tenen, com és de suposar, la seva influència negativa. Un dels arguments que més freqüentment s'ha utilitzat contra les odontòlogues és que la dona té una activitat professional inferior i que és menys productiva que els homes.^{17,26,32,36}

Aquest estereotip ha estat vigent durant molts anys i, a més, reforçat per estudis com el de Linn (1970), fets 25 anys enrera, quan les expectatives socials i professionals de la dona dentista eren força diferents.³⁷

Un estudi realitzat a Minnessota per Martens (1985),³⁸ entre homes i dones dentistes, demostra que no hi ha diferències significatives respecte al nombre d'hores treballades per

setmana, però si que les hi ha en els ingressos. A la mateixa conclusió arriben Wilson, Niessen i Branch.²⁹ La dona cobra una quantitat significativament més baixa que l'home, però no s'aporten causes concretes per explicar aquest fet.

Segons dades procedents d'un informe del Bureau of Economic and Behavioral Research, organisme de suport de l'American Dental Association (ADA), els ingressos de les odontòlogues més joves de 45 anys representen el 61% dels guanys dels seus col·legues; de qualsevol manera, el fet que la dona treballi menys hores no sembla motiu suficient per justificar unes diferències tant importants.³⁰

Tampoc s'han trobat diferències significatives en la selecció de pacients tot i que, com ja hem esmentat, la dona assenyala que tracta més pacients discapacitats, pertanyents a minories o discriminats, o bé amb un baix nivell d'ingressos. A més, també dedica més temps per pacient. En l'informe de l'ADA, abans esmentat, els odontòlegs inverteixen uns 40 minuts per pacient en comparació dels 45 que utilitza la dona. Si aquesta diferència és fruit d'una major dedicació al pacient o degut a que treballi més lent, són especulacions que no s'especifiquen.

En l'aspecte referent a baixes professionals, temporals o definitives, l'opinió general és que la dona, fruit de les pressions del matrimoni, els fills, la llar, i altres conflictes, tendeix a desenvolupar carreres professionals més curtes.¹⁷

Evidentment, l'embaràs suposa deixar de treballar temporalment, i aquest fet és patrimoni exclusiu de la dona, però l'educació dels fills i les feines de la llar "*no tenen sexe*"; és per aquest motiu que, segons la nostra opinió, no s'han de fer servir excuses d'aquesta mena com a explicació d'una activitat professional més curta en la dona.

Malgrat aquesta consideració, les dones són les que cuiden els fills i la llar. Tornem a fer servir l'informe de l'ADA per justificar aquesta afirmació. Les causes més importants de baixa entre els odontòlegs són dues: per malaltia pròpia i per cuidar els fills. Segons aquest informe, els *odontòlegs-pares* només dediquen 0,1 setmanes en comparació a les 5,8 setmanes de les *odontòlogues-mares*.

Les dones, a més, gasten un temps significativament superior en les tasques de la llar (8,6 hores per setmana) en comparació amb els homes (3,5 hores per setmana). En l'atenció als fills,

les *odontòlogues-mares* dediquen unes 22 hores per setmana en comparació a les 7,5 dels *odontòlegs-pares*.³⁹

Horowitz i Tillman,³³ diuen que "la vida professional és un nou i difícil rol per a la dona, perquè les normes socials canvien lentament". Efectivament, la imatge de la dona frustrada professionalment per les obligacions de la llar no canviarà fins que l'estereotip "*dona = esposa i mare*" (entès de manera exclusiva, evidentment) no desaparegui. És per aquest motiu que canvia lentament; però, al capdevall, canvia, que és allò que es busca.

Aquest canvi del qual parlem, s'esdevé de dues maneres fonamentals: per una banda, les dones estan menys disposades a contraure matrimoni i es mostren favorables a tenir menys fills i, en cas de casar-se i tenir fills, ho fan més tard.

L'altra manera de rebel·lar-se contra l'opressió de l'estereotip és el propòsit de combinar carrera i família servint-se d'ajudes com ara el servei de neteja, la guarderia o un cangur, un cuiner... i intentar no interrompre la pràctica professional durant períodes massa llargs malgrat que es tinguin fills.^{32,33}

Passem a comentar les consideracions que recull la literatura sobre el nivell de satisfacció professional. Price,³⁰ en un estudi que va realitzar sobre una població de 2.000 odontòlogues americanes elegides l'atzar, va establir quatre categories per qualificar el nivell de satisfacció i realització en la professió dental.

Els nivells de satisfacció proposats per Price eren els que segueixen: molt satisfactori, bastant satisfactori, bastant insatisfactori, i molt insatisfactori. Un 49% de les odontòlogues el van considerar com molt satisfactori, mentre que un 12% referia insatisfacció moderada o elevada.

En aquest estudi s'han trobat dues variables que estan significativament relacionades amb el nivell de satisfacció. Per una banda, el nivell d'ingressos, tot i que una quarta part de les dones enquestades reporten el més alt nivell de satisfacció i estan en el grup del menor guany anual. Aquest fet recolza la visió més altruïsta i menys materialista de l'odontòloga.

L'altre fet que està relacionat d'una manera significativa és que el marit de la dentista sigui alhora el company professional. El 62% de les dones que treballen amb el seu marit

consideren com molt satisfactòria la seva professió, i un 28% la consideren bastant satisfactòria. Només el 10% reporta un cert grau d'insatisfacció.

En l'estudi de Martens,³⁸ citat anteriorment, també es va mesurar el nivell de satisfacció dels odontòlegs. En aquest cas es va comparar l'opinió dels homes amb la de les dones, per discernir si existien diferències genèriques. Els resultats revelen que en aspectes com la satisfacció amb la seva comunitat, el nivell d'ingressos i les oportunitats per avançar, les respostes són molt similars i que, per tant, no hi ha diferències genèriques. En canvi, pel que fa a qüestions com la posició actual i el lloc de treball les dones manifesten un nivell de satisfacció significativament més alt que els seus col·legues.

Treballa més a gust un odontòleg amb un equip auxiliar del seu mateix gènere, o bé s'estima més que sigui del gènere oposat? Si ho contemplem des d'una perspectiva històrica, els odontòlegs sempre han estat homes i l'equip auxiliar sempre ha estat format per dones. Per tant, amb aquests precedents, hom pot lligar caps i fàcilment arribar a la conclusió que els homes treballen més a gust o s'estimen més col·laborar amb personal auxiliar femení. Plantejar aquest judici, és emetre una simple especulació.



I si ho mirem des del punt de vista de la dona? Fent una deducció certament simple, podríem suposar que les odontòlogues s'estimen més un equip auxiliar format per homes. L'estudi de Price,³⁰ al qual ens hem referit amb anterioritat, demana al grup d'odontòlogues analitzades que qualifiqui les relacions amb l'equip d'excel.lents, bones, regulars, o dolentes. D'entrada, un 98% del grup refereix tenir un equip auxiliar amb dones, i un 36% reporta tenir un equip auxiliar amb homes. És a dir, el 64% té un equip exclusiu femení, el 34% mixte i el 2% exclusiu masculí.

Per tant, la deducció no és vàlida. De qualsevol manera, això no significa que les relacions amb l'equip format per homes siguin dolentes. La gran majoria són qualificades com bones o excel.lents, tot i que hi ha un percentatge més elevat de relacions excel.lents entre l'odontòloga i l'equip femení que no pas entre l'odontòloga i l'equip masculí.

Pel que fa referència a com es treballa en equip i amb l'equip, s'ha suggerit que homes i dones tenen diferents estils de direcció i liderat. Es considera que les dones tenen un estil més interactiu-participatiu, és a dir, els membres de l'equip són escoltats i considerats, i les decisions es prenen d'una manera democràtica. Els homes, per la seva banda, són considerats com

poseïdors d'un estil radicalment oposat al de la dona: el de comandament i control.³²

En l'elecció d'especialitat, es troben diferències genèriques? Hem deixat aquesta qüestió pel final ja que la tractarem per separat en el proper punt. Podem avançar que, efectivament, existeixen diferències genèriques en la pràctica odontològica especialitzada.

En resum, existeixen diferències genèriques en certs aspectes de la pràctica professional, però no es descriuen diferències en les maneres de treballar.

2.3.3. Diferències genèriques en l'elecció d'especialitat.

Tal i com hem avançat en l'anterior punt, existeixen diferències genèriques en l'elecció d'especialitat. Les dues especialitats més populars entre les dentistes són l'Odontopediatria i l'Ortodòncia, mentre que les més triades pels homes són la Cirurgia Oral i Màxil.lofacial i l'Ortodòncia.^{27,30,31,33,40-47}

En el sondeig que nosaltres hem realitzat entre estudiants de tercer curs d'Odontologia, també hem demanat que ens indiquessin l'especialitat odontològica que pensen realitzar o, simplement, que els atrau més. Recordem que la mostra era de 80 estudiants, 28 homes i 52 dones.

En el qüestionari que se'ls va facilitar, s'oferien nou especialitats (Cirurgia Oral i Màxil.lofacial, Endodòncia, Estètica, Gerodontologia, Implantologia, Ortodòncia, Odontopediatria, Periodòncia i Pròtesi Bucal) i s'especificava que només podien triar una de les nou opcions.

Pel que fa a les dones, l'Ortodòncia, amb un 36,5% (19 de les 52), és l'especialitat amb més acceptació. La segueixen la Cirurgia Oral i Màxil.lofacial amb un 19,2% (10) i l'Odontopediatria amb un 11,5% (6).

Entre els homes, l'especialitat amb més acceptació és la Pròtesi Bucal amb un 28,5% (8 dels 28), seguida per la Cirurgia Oral amb un 21,5% (6) i l'Ortodòncia amb un 17,8% (5). Una altra especialitat quirúrgica, l'Implantologia, aplega un percentatge del 10,7% (3).

Si apleguem les especialitats quirúrgiques (Cirurgia Oral i Implantologia) i les disciplines infantils (Ortodòncia Infantil i Odontopediatria), els nostres resultats coincideixen amb els dels estudis precedents. L'Ortodòncia i l'Odontopediatria apleguen el 48% i són, per tant, les especialitats de més acceptació entre les dones. En els homes, la Implantologia i la Cirurgia Bucal representen el 32,2% i, juntament amb la Pròtesi Bucal i l'Ortodòncia, són les especialitats preferides.

Cal destacar un detall: la Gerodontologia no ha estat triada per cap dels 28 homes, mentre que suposa una preferència del 4% de les dones. Aquest fet està d'acord amb els resultats de l'estudi de Wilson, Branch i Niessen,²⁹ que hem citat anteriorment, en què la dona tracta a més pacients discapacitats, marginats socials, o pertanyents a minories. Malhauradament, el pacient ancià és massa sovint rebutjat socialment i, també amb freqüència, és marginat o s'automargina. Es demostra el fet que la dona fa una Odontologia que podríem qualificar com més compromesa socialment i més humanitària.

Tornem a destacar que aquests resultats són el fruit d'un sondeig de prova, fet en una mostra de 80 estudiants, i que el seu valor és merament orientatiu.

Malgrat tot, considerem prou interessant contrastar aquests resultats i destacar les coincidències que existeixen amb estudis previs.

A més d'aquest sondeig fet entre estudiants, hem volgut analitzar la composició dels alumnes dels programes de postgrau de la Facultat d'Odontologia de la Universitat de Barcelona.

La Facultat d'Odontologia imparteix disciplines de postgrau des del 1989, any en què va començar a funcionar el Màster de Cirurgia i Implantologia Bucal. A partir de 1991, l'oferta ha anat augmentant i actualment són 12, entre títols de Màster i Diplomatures de postgrau, els programes de postgrau que es poden realitzar.

De tota aquesta àmplia oferta, ens centrarem en el Màster de Cirurgia i Implantologia Bucal, en el Màster d'Ortopèdia i Ortodòncia Infantil i en Adults, i en el Màster d'Odontopediatria, donat que són les especialitats que la literatura refereix com les més practicades. Els tractarem per separat, parant atenció en els percentatges d'homes i dones, i en l'evolució que han experimentat durant els anys que porten impartint-se en la nostra Facultat.

2.3.3.1. Màster de Cirurgia i Implantologia Bucal.

Té una durada de 3 cursos acadèmics, que equivalen a 2.400 hores, i va començar a funcionar l'any 1989. Per tant, ja han sortit quatre promocions del Màster de Cirurgia i dues encara estan en període de formació.

De la primera promoció van sortir quatre postgraduats, tres homes i una dona, que representen el 75% i el 25% respectivament. La segona i tercera promocions estan formades exclusivament per homes, quatre i cinc respectivament, cosa que representa el 100%. En la quarta promoció, compresa entre els anys 1992 i 1995 (per tant, recent graduada), hi ha una inversió dels papers. La dona representa el 66,7% i l'home el 33,3%, és a dir, hi ha dues dones i un home.

Les dues promocions que encara estan en període de formació segueixen una tendència similar a la quarta. Totes dues tenen un nombre de set postgraduats, quatre dones i tres homes. La presència de la dona, en conseqüència, és lleugerament superior, amb un 57,2% respecte el 42,8% d'homes.

Si calculem la mitja de les sis promocions, ens trobem amb que un 65,6% són homes i el 34,4% són dones. Aquests resultats estan d'acord amb les observacions dels estudis que hem comentat.

2.3.3.2. Màster d'Ortopèdia i Ortodòncia Infantil i en Adults.

Amb una durada de 3 cursos acadèmics (2.890 hores), l'especialitat ortodòncica va començar a impartir-se l'any 1991 en la Facultat d'Odontologia. Així doncs, ja han sortit dues promocions (una d'elles recentment) i, actualment, hi ha dues en període de formació.

De la primera promoció van sortir deu graduats: vuit dones, que representen el 80%, i dos homes, que suposen el 20% restant. Les mateixes xifres s'han donat a la segona promoció, que s'ha graduat aquest mateix any. Fins el moment, el domini de la dona en l'especialitat és absolutament abassegador.

En les promocions que estan pendents de graduar-se, la tònica general és la mateixa. Els alumnes dels cicle acadèmic 1993-96 són vuit dones (80%) i dos homes (20%), i els del cicle 1994-97 són cinc dones (83,4%) i un home (16,6%).

La mitja dels percentatges de les quatre promocions del Màster parla per si mateixa: les dones representen el 80,8% i els homes el 19,2%. L'Ortodòncia, doncs, és una disciplina amb un clar predomini de la dona. No sabem si aquestes xifres són extrapolables al col·lectiu odontològic de Catalunya. Seria convenient fer un estudi dels professionals per especialitats.

Hem de destacar, a més, que entre els anys 1993 i el present 1995 s'ha impartit una Diplomatura d'Ortodòncia Infantil i en Adults, amb una durada de dos cursos acadèmics.

El nombre d'homes i dones, en aquest cas, és molt similar: 17 i 18 respectivament. La proporció és de 0,9 homes per cada dona o, el que significa el mateix, el 51,4% són dones i el 48,6% són homes. De qualsevol manera, la presència de la dona en el Màster d'Ortodòncia de la Facultat d'Odontologia és majoritària, clarament superior a la de l'home.

2.3.3.3. Màster d'Odontopediatria.

No sempre ha ostentat la categoria de Màster. Quan va començar a impartir-se l'especialitat pediàtrica, l'any 1991, es

tractava d'una diplomatura de postgrau. Actualment, i des de l'any 1993, té una durada de dos cursos acadèmics, equivalents a 1.600 hores de formació.

Ja es tracti del Postgrau o del Màster d'Odontopediatria, la presència de la dona és rotundament majoritària en aquests programes de postgrau de l'especialitat. Han sortit dues promocions del Postgrau i una, aquest mateix any, del Màster d'Odontopediatria.

De la primera promoció, van sortir quatre especialistes, tres dones i un home, que representen el 75% i el 25% respectivament. En la segona promoció, la dona representa el 100% dels graduats, que van ser cinc, encara que, inicialment, hi havia un home matriculat, que no va completar el període de formació.

La tercera promoció (primera en qualitat de Màster) està formada per cinc dones i un home, que es tradueix en un 83,4% i un 16,6% respectivament. La segona promoció del Màster, encara en període de formació, segueix la mateixa tònica: són cinc els alumnes i el 100% són dones.

D'igual manera que en les altres especialitats, fem la mitja dels percentatges de totes les promocions. El resultat és, lògicament, l'esperat: el 89,5% de tots els alumnes que han participat o participen en un programa de postgrau d'Odontopediatria són dones.

Per tant, la situació de l'especialitat d'Odontopediatria en la Universitat de Barcelona és consistent amb les que es descriuen en la literaturarefs.

Quin és el motiu pel qual la dona predomina en aquestes disciplines? Les explicacions que s'ofereixen estan en íntima relació amb els rols genèrics que s'adopten. Estereotípicament la dona és sensible, afectiva, poseeix l'anomenat instint maternal, li agraden els nens per naturalesa... Evidentment, la influència que exerceix aquesta imatge és considerable, i les persones acostumen a imitar o copiar models de conducta.

El fet de veure que, des de sempre, les dones esculleixen l'Odontopediatria com a especialitat, pot impulsar a triar aquesta mateixa opció professional a les futures generacions d'estudiants.

Amb aquesta consideració no volem dir, en absolut, que les dones decideixin fer una o altra especialitat per simple imitació o únicament per la influència dels estereotips.

En la dona, com ja hem explicat, predominen les qualitats expressives (que poden combinar-se amb uns alts nivells d'instrumentalitat) com ara la tendresa, l'afecte, la sensibilitat a les necessitats dels altres, l'amor pels nens, la paciència... que, en definitiva, són molt escaients en una disciplina com l'Odontopediatria. Aquestes qualitats expressives podrien ser el motor que impulsa a la dona a triar aquesta especialitat.

És el mateix efecte, però a l'inrevès, allò que mou a l'home a fer més Cirurgia i menys Odontopediatria? Podria ser una explicació molt raonable. Efectivament, existeix el model marcat tradicionalment, l'estereotip que dicta que un odontòleg ha de fer Cirurgia, Pròtesi, o qualsevol altra especialitat abans que Odontopediatria, què és vista com una disciplina més pròpia de dones, pot exercir una influència subliminal en l'home.

L'estereotip diu que l'Odontopediatria és femenina; el fet que un home s'hi dediqui pot ser considerat com una "*pèrdua de la*

masculinitat". Aquest plantejament no és pas exagerat. En la literatura es parla de la por a perdre la identitat genèrica si es realitza una professió tradicionalment assignada a l'altre gènere.¹⁷

Per altra banda, cal considerar l'instrumentalitat. En l'home predominen les qualitats instrumentals com ara l'agressivitat, la independència, ser impulsiu i enèrgic, no mostrar les emocions... que no semblen gaire indicades per una disciplina a on es tracta amb infants.

L'androgínia, tractada en el capítol 1, s'encarrega d'introduir el dubte raonable en els anteriors plantejaments. Com sabem, l'androgínia proposa que una persona, home o dona, pot tenir alts nivells de qualitats instrumentals (estereotípicament masculines) i expressives (estereotípicament femenines) alhora. Per tant, un home andrògin pot ser tant afectiu, pacient, tendre, o sensible, com agressiu, emprenedor, impulsiu i enèrgic. Això és igualment aplicable a la dona. Sota aquest concepte d'androgínia, home i dona reuneixen totes les qualitats necessàries per a dedicar-se a qualsevol especialitat. En definitiva, tornem de nou a la interacció entre ésser humà i societat, entre natura i cultura, entre sexe i gènere.

El fet que la dona sigui el component majoritari en els programes de formació d'odontopediatres, ha despertat un interès considerable i la literatura aplega nombrosos estudis i revisions de la bibliografia sobre el tema.^{27,40-47}

Als Estats Units, d'on procedeix la pràctica totalitat d'aquests documents, la situació no es troba tan marcadament decantada cap al costat de les dones, però ha experimentat un important canvi en pocs anys. Mentre que el nombre d'odontopediatres s'ha mantingut relativament constant els darrers 25 anys, el nombre de dones que han entrat en l'especialitat ha augmentat ostensiblement.⁴⁶

De tots els estudis realitzats, volem destacar un que ens interessa especialment ja que analitza les diferències genèriques entre els odontopediatres en relació a la seva pràctica professional.

Aquest estudi, dirigit per McKnight, Myers, Dushku et al,²⁷ analitza les diferències genèriques en qüestions com ara l'utilització de tècniques de maneig de conducta, tipus de serveis oferts, canvis en les tècniques emprades o l'edat de la població que es visita, entre d'altres. La població estudiada és

una mostra de 2.000 odontòlegs generals i 1.000 odontopediatres, elegits a l'atzar.

Pel que fa a l'edat dels pacients, les dades processades indiquen que els odontopediatres tenen un percentatge més alt de pacients menors de 4 anys que els odontòlegs generals, però que les dones, ja sigui odontopediatres com generalistes, tenen un percentatge superior als homes de pacients d'aquest grup d'edat.

En l'avaluació de les característiques del tractament ofert, una de les diferències més destacables entre home i dona és la de l'ús d'immobilitzadors físics (Pedi-wrap^f o Papoose Board^f). La utilització d'elements restrictius és més freqüent en les dones que en els homes.

De qualsevol manera, hi ha més similituds que no pas diferències en l'ús de tècniques específiques de maneig de conducta en base al gènere. La sedació farmacològica per via oral és utilitzada per un 48% de les dones i un 42% dels homes. Un terç dels enquestats va indicar l'ús de la tècnica *mà-sobre-boca*, i són els *odontopediatres-homes* els qui l'empren amb més freqüència.

La majoria d'ambdós grups assenyalen una utilització similar dels segelladors de fisures. Els compòsits són utilitzats per la majoria d'homes i dones pel tractament de càries incipients. En canvi, per càries moderades, més homes que dones utilitzen resines compostes.

En resum, hi ha diferències genèriques en la pràctica odontopediàtrica, de la mateixa manera que en l'Odontologia general. El que cal remarcar és que les dones mostren tendències similars en la majoria de característiques de la pràctica odontològica.

2.3.4. Diferències genèriques en l'estrés de l'odontòleg.

La majoria d'estudis sobre l'estrés en la professió dental estan centrats en l'home. Per aquest motiu, Rankin i Harris,⁴⁸ van realitzar un estudi comparatiu de l'estrés entre l'home i la dona odontòlegs.

Que la dona dentista sigui minoria en una professió dominada pels homes, predisposa a la discriminació i a les actituds sexistes per part de pacients i col·legues. Aquest fet junt amb

la dificultat de combinar família amb carrera, i la falta de suport de la societat a la dona que adopta rols no tradicionals, suposa un cúmul de situacions estressants.

Així doncs, sobre aquestes bases van formular la hipòtesi que la dona en l'Odontologia experimenta uns nivells d'estrés superiors als de l'home, tant en l'aspecte personal com en el professional.

La mostra estudiada estava formada per 238 odontòlegs, el 48% dels quals eren homes i el 52% restant eren dones, els quals van rebre un qüestionari format per 26 enunciats considerats com estressants laborals i 5 enunciats amb la categoria d'estressants personals/domèstics. Havien de puntuar cada enunciat en una escala del 0 al 5, segons la seva valoració subjectiva de quina situació enunciada els suposava menys o més estrés.

Tant homes com dones dentistes indiquen que les situacions més freqüentment estressants són les relacionades amb la interacció odontòleg-pacient. El grau d'estrés relacionat amb la pràctica odontològica és molt similar entre homes i dones; per tant, que la dona tingui uns nivells d'estrés laboral superior a l'home no ha rebut el suport dels resultats de l'estudi.

En canvi, els resultats recolzen la predicció que les odontòlogues tenen més estrés personal que els odontòlegs. Els dos elements més estressants són el conflicte entre família i carrera, i no tenir prou temps per un mateix. També s'ha trobat una relació positiva entre l'estrés al treball amb l'estrés fora del treball, tant en homes com en dones.

Tot i que el fet de causar al pacient dolor o incomoditats és l'estressant més freqüentment mencionat per tots els odontòlegs, és considerat com més angoixant per les dones.

Això pot ser causat perquè, tal i com alguns estudis suggereixen,⁴⁹ les dones estudiants d'Odontologia, com les dones en general, presenten uns nivells superiors d'empatia respecte als seus companys de carrera.

L'*empatia*, facultat de comprendre al altres pel procés d'identificació amb els seus problemes, emocions i sentiments, és una qualitat expressiva. Però recordem que, malgrat que les qualitats expressives estan estereotipades com típicament femenines, els homes també poden tenir alts nivells d'expressivitat i, per tant, d'empatia.

Resumint aquest punt, l'Odontologia és una professió que, per les seves característiques, comporta certs nivells d'estrés. El factor estressant més destacat, tant per dones com per homes, és el derivat de la interacció amb el pacient, que s'ha reportat més angoixant per la dona.

L'aspecte més important que cal ressenyar és que, segons els estudis realitzats fins aquest moment, no s'observen diferències genèriques en l'estrés lligat a la professió dental.

2.4. INFLUENCIA DEL GÈNERE EN EL PACIENT.

Les publicacions periòdiques odontològiques, així com també les mèdiques, sovint recullen articles de revisió o estudis sobre la relació pacient-professional, les preferències del pacient en relació a les actituds de l'odontòleg (o el metge), i d'altres circumstàncies relacionades.⁵⁰⁻⁶⁶

L'important increment en el nombre de dones que practiquen tant Odontologia com Medicina, ha despertat la curiositat sobre la influència que pot tenir en el pacient el fet que el metge o l'odontòleg no sigui, com sempre havia estat així, un home.

Aquesta curiositat es tradueix en nombroses publicacions sobre aquesta particular vessant de la relació facultatiu-pacient. Nosaltres ens centrarem en els estudis que analitzen la situació en l'Odontologia però, donat l'estret parentiu, també pararem atenció en la recerca realitzada en el camp de la Medicina.

Com veuen els pacients a les dones que exerceixen l'Odontologia? Influeixen els estereotips genèrics en la seva apreciació? Hi ha, en definitiva, diferents percepcions i actituds del pacient respecte a l'odontòleg depenent de si aquest és home o dona?

2.4.1. Percepcions del pacient sobre la dona en l'Odontologia.

Quan una persona té un problema dental, o bé s'aguanta o, per fi, fa ús del seny i sol·licita els serveis d'un odontòleg. En aquest moment es converteix en pacient però, òbviament, no deixa de ser una persona. El pacient odontològic, en conseqüència, també està sota la influència dels prejudicis, idees preconcebudes i estereotips genèrics que imperen en la societat, de la qual n'és membre i part integrant.

Qualitats com la destresa, la confiança en un mateix, la independència, o la competència, han estat (i són encara) considerades com pròpiament masculines. Per altra banda, expressar les emocions, l'afectivitat, la tendresa, o la sensibilitat, són característiques estereotípicament femenines.

Les qualitats que configuren l'estereotip masculí s'han considerat com imprescindibles per aconseguir l'èxit en el món professional. Aquesta circumstància fa que la dona sigui vista com menys competent que l'home o, fins i tot, que es consideri que només està capacitada per realitzar certes "professions menors" o treballs de poca importància. Això és així des de fa segles; s'ha encasellat la dona en un paper molt concret: el de casar-se i tenir fills. Per tant, gairebé podríem dir que la dona lliura un combat contra la Història.

La dona en l'Odontologia no es lliura d'aquest ancestral llast; aquest prejudici social, certament negatiu, pot tenir serioses implicacions a l'hora de demostrar la seva competència davant els ulls dels pacients, que poden mostrar la seva reticència o recel·lar de les capacitats d'una dona en una professió considerada tradicionalment com masculina.

Així doncs, quina és la visió que tenen els pacients dentals de les dones dentistes? White, Betz i Beck,⁶⁶ van realitzar un estudi amb el propòsit de respondre aquesta qüestió i examinar si aquests estereotips realment influeixen en la professió dental. La mostra analitzada consistia en 188 pacients odontològics, 93 dones i 95 homes. Aquests van omplir un qüestionari consistent en una modificació del Bem Sex Rol Inventory (BSRI), les característiques del qual hem comentat en l'apartat 1.3.3., dedicat a l'androgínia.

En aquest cas, l'objectiu del BSRI no era establir la tipificació genèrica de l'enquestat, sino de l'odontòleg de l'enquestat. Com en el BSRI convencional, s'havia de valorar en una escala del 1 al 7 el grau d'identificació amb les qualitats expressives i instrumentals enumerades en l'inventari; ara, però, es tractava de la percepció subjectiva del pacient respecte al seu dentista.

Els resultats revelen que els pacients consideren a l'odontòloga com poseïdora de nivells significativament més elevats que els odontòlegs dels tractes i qualitats típicament associats al rol femení. Tot i així, en aquest estudi, les dones no han estat qualificades com menys competents que els homes.

L'assignació de característiques estereotípicament masculines és, en la majoria dels casos, equivalent en l'home i la dona i, curiosament, quan hi ha diferències genèriques significatives, la dona és qui té la puntuació més alta.

Per exemple, les odontòlogues són descrites com igualment autosuficients, competents, i enèrgiques en comparació als odontòlegs. Per altra banda, les dones són vistes com més predisposades a defensar els seus ideals, com poseïdores de personalitats més fortes, i com més competitives i individualistes que els homes.

Arran dels resultats obtinguts, podem concloure que les percepcions que té el pacient dental de la dona en l'Odontologia són molt favorables, ja que a més de no veure-la menys competent o menys capacitada, consideren que és més afectuosa, comprensiva, i agradable.

Un professional de l'Odontologia competent i que, a més, sigui comprensiu i agradable, és sens dubte el que desitja tot pacient. L'odontòleg ideal és una dona? La resposta, a les

Conclusions.

2.4.2. Influència del gènere en l'elecció de l'odontòleg.

Quan hom ha de comprar-se un cotxe, per posar un exemple, té molt clar com ha de ser: esportiu, familiar, vermell, segur, econòmic... I en el cas d'anar a l'odontòleg (tota comparació és odiosa), es té tan ben definida la imatge de com ha de ser?

Que treballi bé, que no faci mal, que tingui un preu raonable, que estigui a prop de casa... són algunes de les qualitats que hom vol trobar en el seu odontòleg. Ara bé, que sigui home o dona, influeix d'alguna manera en la selecció del dentista? És a dir, el gènere és una de les condicions que s'han de complir per acceptar i sotmetre's al tractament?

No és una pregunta fora de lloc. De fet, si féssim aquesta mateixa pregunta a les dones, però en lloc de l'odontòleg parlessim del ginecòleg, trobaríem que el gènere del facultatiu hi té molt a veure. Efectivament, la dona s'estima més un ginecòleg del seu gènere. Recents estudis demostren que, en les patologies pròpies de la dona, la influència del sexe en la selecció del facultatiu és significativa, i encara més en dones joves. A més, veuen a la metgessa més comunicativa, explica més detingudament els detalls de la malaltia i les consultes són més

llargues que les dels seus col·legues.⁵²

Aquesta visió és reforçada per altres investigacions sobre el tema, que demostren que les visites realitzades per metgesses són més llargues i comunicatives, a on s'utilitza un llenguatge més amigable (menys fred), i es pregunta més per la malaltia i per factors psicosocials. Això crea en el pacient una sensació de veritable interès i preocupació per part de la metgessa cap a la seva situació.

Les metgesses creen un clima interpersonal positiu i saben escoltar, cosa que el malalt valora molt.⁵⁷ Les dones, independentment del tipus de patologia, s'estimen més una metgessa que no pas un metge, segons conclou un estudi realitzat a Dinamarca per van der Brink Muinen, de Bakker i Bensing.⁵⁴ També es va constatar que les metgesses inverteixen un temps superior en les visites, i que tenien una tendència més forta a proporcionar una atenció continuada, un seguiment més acurat del malalt.

Tot i així, hi ha troballes contradictòries en la literatura mèdica en aquest sentit. Per una banda, un estudi dirigit per Delgado, López-Fernández i Luna (1993),⁵³ on es mesurava la influència del gènere del metge en el grau de satisfacció del

pacient, descriu que els usuaris d'un centre d'atenció primària, tant homes com dones, que van ser atesos per metgesses, referien un grau de satisfacció més elevat que no pas els atesos per metges.

En l'altre costat de la balança, una recent investigació realitzada als Estats Units, on també s'analitzava la relació del gènere del facultatiu amb el nivell de satisfacció del pacient, reporta exactament el contrari. Hall, Irish, Roter, Ehrlich i Miller (1994),⁵⁰ van trobar que els pacients examinats en l'estudi per joves metges, en especial metgesses, referien nivells més baixos de satisfacció. Aquests resultats es van donar en pacients d'un i altre gènere. Cal destacar que, els nivells més baixos de satisfacció en termes absoluts es van donar entre pacients mascles examinats per joves metgesses.

Malgrat tot, la literatura consultada no recull cap evidència d'inclinació o predilecció del pacient dental cap a un odontòleg pel fet de ser d'un o altre sexe. Evidentment, els problemes dentals no tenen les connotacions i especials característiques dels ginecològics o els andrològics, què hom podria anomenar com "*malalties íntimes*".

En un estudi realitzat per Gale, Carlsson, Eriksson i Jontell,⁶⁴ s'analitzava l'efecte de certes característiques de l'odontòleg en les actituds del pacient, entre les quals estava el gènere. Segons els resultats obtinguts, no existeixen diferències significatives basades en el gènere de l'odontòleg en la valoració de les seves qualitats personals per part del pacient.

Un altre estudi relacionat amb aquest aspecte és el que van realitzar Kelly, Lange, Underhill i Dunning.⁶² En aquest cas, el que es pretenia era mesurar les preferències del pacient a l'hora de seleccionar l'odontòleg.

Un total de 178 pacients, 39% homes i 69% dones, van omplir un qüestionari amb 10 seccions, cadascuna centrant-se en una característica concreta de l'odontòleg o de la pràctica dental, que s'havien de valorar en una escala del 1 al 6. Una de les seccions, concretament la tercera, pregunta com ha de ser el dentista: home, dona, menys de 35 anys, més de 35 anys, sobre els 50 anys, amigable, atent. Cadascun d'aquests parametres s'havia de puntuar com hem indicat.



Un cop processades les enquestes, en l'avaluació de la importància de les característiques de l'odontòleg, només el 3% dels pacients van trobar que l'edat i el gènere del professional eren factors de consideració en el moment de seleccionar un dentista.

En resum, les dades recollides en la bibliografia consultada indiquen que el gènere de l'odontòleg no és considerat pel pacient com un factor determinant en el moment de realitzar la selecció.

CAPITOL 3

DISCRIMINACIO

I

ASSETJAMENT SEXUAL.

3. DISCRIMINACIO I ASSETJAMENT SEXUAL.

3.1. SITUACIO ACTUAL.

Discriminar és infravalorar a una persona, o grup de persones, per part d'un altre. Discriminar sexualment és marginalitzar, segregar, infravalorar, a les persones per raó del seu sexe. El blanc d'aquesta discriminació és la dona, aïllada dels privilegis reservats a l'home, considerada inferior; la dona, tan sovint titllada amb el típic tòpic de "*sexe débile*", que no és altra cosa que l'apologia del masclisme concentrada en l'estereotip genèric per excel·lència.

Segons manifesta l'Informe sobre el desenvolupament humà de l'Organització de les Nacions Unides (ONU) del present any, Espanya està en la posició 34ena del rànking de desenvolupament de la dona.⁶⁷ El salari de les dones espanyoles és un 30% inferior al dels homes, i la presència de la dona en llocs de treball d'alta responsabilitat és de només un 9,5%.

L'informe de l'ONU d'aquest any dedica especial atenció a la

desigualtat de la dona en tot el món, a les portes de la IV Conferència Internacional de la Dona, que se celebrarà a partir del proper 4 de setembre a Pekín.

Joaquima Alemany, vice-presidenta de l'Institut Català de la Dona, manifesta en una entrevista a *La Vanguardia*⁶⁸: "encara estem en una societat molt masclista". Blanca Cruzado, membre de la Federació Catalana de la Dona, considera que el camí de la igualtat és molt llarg i que només es pot dur a terme mitjançant l'educació, per poder canviar la mentalitat de la societat.⁶⁷

A continuació, transcrivim íntegrament un paràgraf de l'article d'opinió "Sexo, poder y dinero", publicat a *El Periódico de Catalunya*,⁶⁷ ja que considerem que sintetitza d'una manera punyent l'evolució de la discriminació sexual des dels seus orígens. Signa l'article l'escriptora Roser Roser:

"...En la Prehistòria detentaba el poder quien esgrimía el garrote; luego, durante siglos y hasta hace un rato, aquellos que tenían a gala lucir cataplines. Hoy apenas quedan Evas que se amedrenten con el lema "esto es así por bemoles", pero sí las muy distraídas que se olvidan algo fundamental: en una sociedad mercantilista, poder y dinero son equivalentes. La forma de machismo más eficaz y civilizada persiste en lo laboral..."

3.2. DISCRIMINACIO SEXUAL EN ODONTOLOGIA.

L'Odontologia, en qualitat de professió tradicionalment dominada pels homes, també experimenta els efectes de la discriminació sexual. És prou habitual trobar testimonis de discriminació en els estudis sobre la dona en la professió dental. Les dones tenen problemes a l'hora de guanyar-se l'acceptació entre els col·legues masculins, dificultats per atraure certs pacients i, fins i tot, a l'hora d'aconseguir prèstecs per la seva clínica.¹⁷

Hi ha, encara avui, massa prejudicis envers la dona que decideix adoptar el rol professional. L'any 1971, ja fa més de vint anys, Ramey descrivia que una metgessa era vista com un ésser "...amb cara de cavall, presumpta femella sense pit que sublima la seva apetència sexual en un apassionat idil·li amb el New England Journal of Medicine...".³³ Una descripció, certament mordaç i pejorativa, feta no fa gaire ja que, segons com es miri, vint anys no són pas tant de temps.

Un exemple més recent. Linda C. Niessen, en el seu article de revisió "Dones dentistes: 1992 i enllà", comenta una vivència personal: "...Vaig perdre un dia de 1983 en la Sessió Anual de

l'ADA només per sentir a un dentista dir que li encantava contractar dones ja que aquestes poden treballar per menys...".³²

La discriminació sexual de la dona en l'Odontologia s'experimenta a nivell laboral i acadèmic, principalment. Randi S. Tillman,⁶⁹ reporta casos de dones que sol·licitaven un treball d'odontòleg i ràpidament se'ls oferia la feina... però d'higienista dental. També denuncia l'existència de contractes laborals a on s'especifica que la dona ha de cobrar menys que l'home.

Casos com aquests són clares mostres de marginació i sexisme explícit que, a les portes del segle XXI, es troben amb certa freqüència. El fet que a un país tan desenvolopat com els Estats Units una odontòloga guanyi, segons dades de 1992, un 39% menys del que cobra un odontòleg és una discriminació certament manifesta.³²

La discriminació sexual en l'Odontologia també es dona a nivell acadèmic, com hem assenyalat anteriorment. És una discriminació tant de la dona estudiant com de la docent.

Linn, l'any 1971, va entrevistar a diverses dones que

estudiaven Odontologia, de tres facultats diferents, i van conversar sobre els problemes que representa el fet de pertànyer a una minoria.

Les estudiants van comentar que, els seus companys, sovint les acusaven de rebre un tracte de preferència per part dels professors. Elles creien, en canvi, que aquest tracte era discriminatori, ja que de vegades els professors insinuaven que es dediquessin a estudis pròpiament femenins, en una clara intenció dissuasòria. També van assegurar que, freqüentment, eren desplaçades de les trobades i reunions informals d'estudiants.¹⁷

Això passava l'any 1971. Se suposa que la situació ha canviat, però nosaltres hem sentit, l'any 1995, el següent comentari: "...quan una carrera té moltes dones, és un clar senyal que està perdent prestigi, que es devalua...". No és, afortunadament, la opinió general, però sembla que les coses no avancen tan ràpidament com seria desitjable.

Tillman,⁶⁹ suggereix que la manca d'un model exitós de dona en l'Odontologia, una dona que ostenti una visible posició de lideratge i realització tant professionalment com acadèmica, és un factor que pot contribuir a l'estanqueïtat de la situació.

Aquests models d'èxit i consecució, ajuden la dona tot inspirant confiança i augmentant l'autoestima, col.laborant, en definitiva, a eliminar prejudicis i altres barreres que frenen la progressió natural de la dona en el món professional.

La discriminació sexual és una barrera al progrés i, com hem vist, no hi ha progrés perquè no hi ha models. Però és que, de fet, no hi ha models perquè hi ha discriminació...

Per tant, ens trobem dins d'un cercle viciós. Per sortir-ne i disposar d'aquests models, cal aconseguir que càrrecs com la presidència d'una organització professional, d'un deganat, o un rectorat, no es relacionin automàticament amb un home. El fet que una dona sigui la presidenta d'un col·lectiu d'odontòlegs, la degana o la rectora d'una institució universitària, o qualsevol alt càrrec en el món professional odontològic, no hauria d'ésser considerat com excepcional. Aquests són els models que necessita la dona, i l'Odontologia, per avançar, i contribuir així al progrés i la igualtat social.

En realitat, però, la distribució i nombre de dones en alts càrrecs acadèmics i organitzacionals no és gens equitable.²⁶ Solomon,⁷⁰ recentment, va fer un anàlisi dels nomenaments i

promocions en les facultats d'Odontologia. Els caps de departament i els directors de programació són els què eligiran el professorat i composició del deganat. Doncs bé, en 1990, les dones només ocupaven 20 de les 300 (com a mínim) posicions de cap de departament en les facultats d'Odontologia dels Estats Units.

Aquest estudi també mostrava que, d'entre els professors sense càrrecs administratius, els homes tenien més possibilitats de ser nomenats al càrrec de degà o a la presidència de departament que no pas la dona. És, per tant, un altre exemple de desigualtat, de marginació, de discriminació.

Hills,⁷¹ considera que aquest baix nombre de dones en les posicions de direcció pot tenir conseqüències negatives. D'una banda, la manca dels models de consecució que hem esmentat; per altra banda, la docent dental pot percebre una sensació d'aïllament i marginació, inclús de considerar-se fútil.

Pel que fa a la participació de la dona en organitzacions i col·lectius, associacions d'especialistes, i d'altres agrupacions de professionals de l'Odontologia, la situació és similar. Si les societats odontològiques especialitzades segueixen la tendència de les seves homòlogues en Medicina, la dona estarà clarament

infrarrepresentada.

Aquest fet va en detriment de les mateixes societats d'especialistes, ja que l'absència de la dona suposa perdre's uns valuosos recursos en quant a participació, lideratge i suport financer. Però, el que és més important, perden la credibilitat, ja que no són veritablement representatives de la realitat.⁷¹

Vista la situació dels Estats Units, país considerat com l'exemple a on emmirallar-se, quina és la situació a Catalunya? No hi ha dades al respecte, la bibliografia no recull cap estudi referent a la discriminació sexual en l'Odontologia en els Països Catalans. És per això que considerem molt necessari que es dugui a terme una investigació sobre el tema, tant a la Facultat d'Odontologia de Barcelona com entre els professionals.

També s'hauria d'estudiar la composició i estatuts de les societats odontològiques especialitzades de Catalunya. Molt més ambiciós, però potser més necessari i de més transcendència, seria fer aquesta anàlisi a nivell de tota Espanya, a on s'inclourien totes les facultats i totes les associacions d'especialistes.

Com a detall, que pot quedar en l'anècdota, assenyalar que el Col·legi d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya (COEC) mai, en tota la seva existència, ha estat presidit per una dona, la qual ni tan sols ha estat membre de la seva Junta de Govern. Casualitat?

Així doncs, la discriminació sexual en l'Odontologia és un fet documentat. Evidentment, mentre la societat no canviï, el sexisme farà acte de presència en el món del treball, de l'esport, de la política... però no s'ha de veure com una missió impossible, ja que la casa no es comença per la teulada. Per poder canviar el tot, s'han de canviar les seves parts.

L'Odontologia, en definitiva, és una part més del complex entramat social. S'ha d'acabar amb les velles creences, els prejudicis que consideraven la dona com físicament incapaç, acadèmicament inferior i tècnicament inepta. Per tal d'aconseguir-ho, res més senzill que oferir igual reconeixement a igual esforç.

Les diferències genèriques entre odontòleg i odontòloga, tot i que existeixen, no s'han de fer més aparents del que són. Això seria distorsionar la realitat.

Roger H. Scholle,⁷³ en el seu editorial "Dones, mites i odontologia", diu que tots aquells que consideren l'entrada de la dona en l'Odontologia com el cop d'aire fresc que necessitava la professió, aportant al tractament dels pacients un caire més social, sensitiu i humanitari, han de ser desqualificats. Afirmar que les dones no tenen pas el monopoli dels atributs altruístics, que els homes també poden aportar aquestes qualitats renovadores. Scholle sentència: "...Considerar que les odontòlogues són en certs aspectes inherentment superiors, és tan sexista com creure en els vells mites sobre la seva inferioritat...".

Un cop més, el concepte d'androgínia surt a escena. Recordem-ho, una persona andrògina és aquella que té alts nivells de qualitats expressives i instrumentals alhora, sigui home o dona. Per tant, sota aquesta premisa, no hi ha possible monopolització d'unes o altres virtuts.

Efectivament, cantar les excel·lències de la dona en quant a la seva sensibilitat, humanitat, delicadesa... no serveix per acabar amb la discriminació sexual. Només s'aconseguirà eliminar quan, d'una vegada i per sempre, es valori les persones pels seus fets, deixant de banda qualsevol altra consideració o prejudici.

3.3. ASSETJAMENT SEXUAL EN ODONTOLOGIA.

L'assetjament sexual és un veritable problema, amb el qual moltes dones s'han trobat, o poden trobar-se, en el decurs de la seva vida professional. Les odontòlogues no han tingut pas més sort i també l'han hagut de patir. L'assetjament sexual en les professions de les Ciències de la Salut està descrit, augmentant considerablement el nombre d'investigacions i revisions en els darrers anys.¹⁴⁻¹⁷ Cal destacar que, abans de l'any 1992, existien pocs estudis sobre el tema, i cap específic en relació amb l'Odontologia.

L'American Psychological Association (AMA), defineix assetjament sexual com *"els comentaris, insinuacions, o contactes físics, reiteratius i deliberats, de naturalesa sexual que, a més, no són desitjats per la persona que és objecte d'aquestes actuacions"*. És habitual que, per tal de donar-se aquesta mena d'interacció, s'esdevingui entre dues persones, un home i una dona, en absència de testimonis.

La dona és, gairebé amb exclusivitat, qui pateix aquest atac sexual. També està documentat l'assetjament sexual a homes, però aquests són fets d'excepció.

En el camp de les Ciències de la Salut, l'assetjament sexual es pot donar entre dona i home col·legues, entre facultativa i pacient (home), i entre dones estudiants i els professors.⁷⁵

3.3.1. Assetjament sexual en dones estudiants d'Odontologia.

Com ja hem esmentat, fins fa molt poc temps no existia cap estudi d'assetjament sexual específicament relacionat amb l'Odontologia. Pel que fa a la Medicina, sí que se'n troben i cal fer-ne esment.^{78,79} En recents investigacions sobre estudiants de tercer curs de Medicina, dels Estats Units, analitzant la seva percepció de maltractament o abús durant la seva formació, l'assetjament sexual va ser una de les conductes mencionades.

Un estudi en concret, revela que d'una classe de 93 estudiants (60 homes, 33 dones), el 81% de les 31 dones que van respondre, havien estat objecte de comentaris sexistes, i el 55% havien sofert insinuacions sexuals per part de professors, col·legues, i pacients. Com a exemples de conducta sexista explícita, van reportar frases de l'estil de "nena maca" o actituds com "tocaments a les estudiants" i "acariciar les infermeres dins el quiròfan a la vista de tothom".⁷⁸

Malgrat que hi ha evidències d'assetjament sexual en les professions de les Ciències de la Salut, la denúncia formal d'aquests incidents per part de les professionals és infreqüent.⁷⁵ Aquest fet pot ser atribuïble a diferents factors, d'entre els quals destaca la por de la dona a les possibles represàlies que es puguin desprendre de l'assetjador.

Telles-Irvin i Schwartz,⁷⁵ van ser de les pioneres en la recerca de l'assetjament sexual en Odontologia, omplint d'aquesta manera el buit existent en la literatura. Les investigadores, arran d'unes denúncies d'assetjament realitzades per sis dones, alumnes de la seva facultat, van decidir iniciar un estudi per analitzar les causes, conseqüències, i d'altres factors associats amb aquest problema.

En aquest estudi, es va definir assetjament sexual com les insinuacions sexuals no desitjades, les peticions de favors sexuals, i/o la conducta verbal o física de contingut sexual. El gener de 1991, es va passar un qüestionari a 438 dones dentistes i 183 dones estudiants d'Odontologia, a Texas. Nosaltres ens podem centrar exclusivament en els resultats de les estudiants, ja que estan considerats per separat.

De les 183 estudiants, 62 (33,8%) van respondre. Un 48% d'aquestes, va reportar que *"de vegades"* algun pacient l'havia assetjat. Quan es tractava de l'assetjament per part d'un company de carrera, un 42% assenyalava que *"de vegades"* l'havia patit.

Els tipus d'assetjament descrits són força variats. La forma més freqüentment emprada per part dels pacients amb les estudiants dentals (67%) era la *"insistent petició d'interacció social fora de l'ambient universitari"*, seguit per *"ser obligada a sentir bromes i comentaris sexuals"*, i *"ser tocada sense consentiment"*. També reporten els comentaris i insinuacions dels quals són objecte, per exemple, *"Tens unes cames molt boniques, per què no et poses faldilla curta la propera vegada que vingui?"*, o bé *"Què tal estàs amb bikini?"*. Una enquestada va explicar que un pacient *"constantment passava amunt i avall la mà per la meva cama i extenia els braços intencionadament per fregar-me el pit"*. Una altra participant comentava que un pacient jugava amb la seva llengua mentre ella li prenia impressions.

Pel 72% de les estudiants, el tipus més freqüent d'assetjament sexual per part de col·legues era ser forçada a sentir bromes i comentaris sexuals, seguit per insinuacions d'intimar físicament (44%), i ésser tocadetes sense consentiment

(47%). El mètode més utilitzat en l'assetjament sexual fet per un company és *"ignorar les seves insinuacions"* o bé *"evitar de trobar-se'l"*.

L'argument més emprat per tolerar l'assetjament fet pel pacient va ser *"l'esperança que el pacient canviï o s'aturi"* (63%), seguit per *"l'obligació d'aguantar per aconseguir la llicenciatura"* (53%), i per *"creure que és necessari tolerar qualsevol conducta del pacient"* (33%). El mètode més emprat per combatre'l era ignorar la conducta (97%), o bé acabar la relació, ja sigui categòricament o amb explicacions formals (30%).

D'aquest estudi podem treure la conclusió que les estudiants d'Odontologia són, en potència, objectes d'assetjament sexual per part de pacients, professors i col·legues. Aquestes dones sovint es veuen obligades a tolerar aquesta mena d'actituds perquè se senten indefenses i sense el recolzament necessari per part d'organismes i institucions.

Cal que les facultats redactin estatuts específics al respecte, i que es constitueixi un comitè de greuges per assegurar la protecció i defensa de les assetjades. A més, professors i estudiants necessiten de programes especials

d'educació i informació sobre l'assetjament sexual, així com del coneixement dels seus drets. Cal encoratjar les dones a que denunciïn qualsevol situació o actuació assetjadora que atempti contra la seva dignitat com a persona.

Un cop més, destacar la inexistència d'estudis similars a Catalunya, fet pel qual iniciar una línia d'investigació d'aquest caire seria especialment interessant, i més si es realitzès a nivell de totes les facultats d'Odontologia d'Espanya.

3.3.2. Assetjament sexual en les professionals.

L'assetjament sexual en el món laboral tradicionalment s'esdevé entre empresari i treballadora. El mecanisme és molt senzill: l'amo té el poder i n'abusa amb els subordinats. En aquests casos s'acostuma a fer un xantatge sexual, és a dir, si la dona no cedeix a les peticions sexuals del seu cap, perd la feina.

Tot i que la llei ampara els drets de la dona i que accions d'aquesta mena són punibles, hi ha encara massa desconeixement i por al respecte.

Com hem vist, hi ha mostres d'assetjament sexual en les estudiants d'Odontologia. Per tant, les professionals d'aquesta disciplina són igualment candidates a patir aquestes conductes en el gabinet dental. De la mateixa manera que en l'assetjament a les estudiants, hi ha molt pocs estudis relacionats específicament amb el tema, i no se'n troba cap abans de 1992.

Donada la poca disponibilitat de material bibliogràfic, basarem aquest apartat, gairebé en la seva totalitat, en un dels estudis pioners en la matèria, el realitzat per Chiodo, Tolle i Labby⁷⁶ l'any 1992. En aquest estudi s'investiguen les insinuacions sexuals dels pacients dentals a odontòlegs (homes i dones) i higienistes dentals, i les seves implicacions en l'Odontologia i la Higiene Dental.

En aquest estudi la mostra analitzada estava formada per 248 odontòlegs i 235 higienistes dentals de l'estat americà d'Oregon. El 91% dels odontòlegs eren homes, i gairebé el 100% dels higienistes dentals eren dones. Aquest estudi és especialment interessant donat l'alt percentatge d'homes en la mostra. Com veurem, l'home també és assetjat, i la dona, per tant, interpreta un rol infreqüent, el d'assetjadora, tot i que en un baix percentatge.

Els resultats d'aquest estudi suggereixen que tant els odontòlegs com les higienistes dentals experimenten insinuacions sexuals provinents dels seus pacients, insinuacions que poden ser tant verbals com físiques. Aproximadament la meitat de les higienistes dentals i una quarta part dels odontòlegs poden rebre una o més insinuacions verbals de caire sexual en un període de cinc anys. En quant a les insinuacions físiques, gairebé la meitat d'aquests professionals estan exposats a patir-les.

Les higienistes dentals, experimenten insinuacions sexuals amb el doble de freqüència que els dentistes. En aquest estudi, s'ha trobat que l'assetjament sexual realitzat per *pacients-homes* a dones higienistes o dentistes és molt més freqüent que el realitzat per *pacients-dones* als odontòlegs; és a dir, que el professional sigui assetjat per la pacient, tot i que s'ha trobat algun cas, no és una situació freqüent.

L'assetjament sexual, en general, és molt més freqüent que l'iniciï l'home i la dona en sigui la víctima, que no pas a l'inrevés. Potser per aquest motiu les higienistes dentals, que en aquest estudi són dones gairebé amb exclusivitat, reben amb més freqüència manifestacions d'aquesta mena. També, com suggereixen els investigadors, es podria explicar pel fet que la

higienista dental treballa sola, i l'odontòleg ho fa acompanyat per l'assistent. El pacient que vol iniciar l'apropament, té més seguretat si es troba sol amb el professional que si hi ha una tercera persona.

En aquest estudi també s'han descrit casos d'assetjament per part de pacients del mateix gènere que el del professional, però no són gaire freqüents, com les situacions en què l'assetjador és la dona.

Nosaltres considerem que aquesta anàlisi té una limitació o mancament: només se centra en les insinuacions realitzades pels pacients, descuidant-se de les que s'esdevenen entre els mateixos professionals. L'estudi de Telles-Irvin i Schwartz,⁷⁵ del qual hem parlat amb anterioritat, sí que fa referència a l'assetjament de les odontòlogues per part dels seus col·legues. Un 35% de les 164 dentistes enquestades, va reportar que "*de vegades*" havia estat assetjada per un company de feina, i un 46% per un pacient.

De la mateixa manera que en les estudiants, la conducta assetjant més freqüent dels pacients era sol·licitar trobades fora de l'ambient de treball, seguida per les bromes i comentaris sexuals, i els tocaments sense consentiment.

Amb més freqüència que les estudiants d'Odontologia (72%), un 77% de les odontòlogues van indicar que patien les burles i comentaris sexuals fetes pels seus col·legues. La segona conducta assetjant en freqüència (53%) són les insinuacions d'intimar físicament, també més freqüent en les odontòlogues que en les estudiants dentals (44%). En canvi, el 40% de les professionals reportaren ser tocadetes contra la seva voluntat, percentatge inferior al 47% de les estudiants.

La resposta més freqüent respecte al fet de tolerar aquestes conductes, també va ser *"l'esperança que el pacient canviï o s'aturi"*. La segona resposta en freqüència va ser *"la necessitat dels diners del tractament"*, amb un 23%.

El mètode més emprat pel control d'aquestes situacions, és ignorar la situació (85%). El 43% de les odontòlogues van indicar amb que *"explicar amb fermesa la inadequació d'aquestes conductes i sol·licitar que les deixi"* així com *"allunyar-se del pacient"*, són mètodes que elles utilitzen.

Tornant a l'estudi de Chiodo, Tolle i Labby,⁷⁶ destacar la sol·lució que suggereixen per combatre i prevenir l'assetjament sexual. Cal mantenir, en tot moment, una conducta impecable,

seriosa, i professional. Si es combina equilibradament amb una actitud cordial i amigable, el pacient no hi trobarà un grau de confiança tan elevat com per encoratjar una indesitjable conducta d'assetjament. També fa referència a que cal diferenciar la tranquil·litat del pacient tocant el seu braç o espatlla, i d'altres apropaments o contactes (sense cap mena d'intenció), que el pacient pot malinterpretar, donant una significació sexual.

Una interessant aportació que fa aquest estudi, és la suggerència d'incloure en el pla d'estudis de la carrera un programa de seminaris pràctics sobre l'assetjament sexual. En aquests, es presentarien vídeos, es comentarien i debatrien estratègies per fer-hi front, entre d'altres activitats.

Fins aquí arriba la revisió que hem realitzat de la bibliografia sobre assetjament sexual en les odontòlogues. Una bibliografia que, insistim, és reduïda i amb certes limitacions, que ja hem esmentat amb anterioritat.

Tampoc trobem cap estudi o revisió bibliogràfica de similars característiques ni a Catalunya ni a Espanya, fet pel qual encoratgem a obrir aquesta línia d'investigació, sens dubte d'un alt interès per a la professió.

No hem trobat en la bibliografia consultada cap estudi que es refereixi a l'odontòleg com l'assetjador del pacient; aquest no és, en absolut, un fet infreqüent.

L'any 1993, a Espanya, un cas d'aquestes característiques sortia a la llum pública. Se'n va fer ressó a la premsa escrita, ràdio i televisió. Va ser a Santander, on un odontòleg d'aquesta localitat fou denunciat per una professora de 29 anys, la qual l'acusava de "*tocaments obscens*".

La denunciant assegurava que l'odontòleg va diagnosticar-li una important infecció; per arribar a aquest diagnòstic, va inspeccionar els ganglis del coll i, posteriorment, va sol·licitar a la pacient que es despullés per realitzar un examen. La cosa no acaba aquí, ja que la va tornar a citar, aconsellant-li que portés una anàlisi de sang. En aquesta ocasió, la conducta va ser encara més explícita: va actuar com si d'un veritable tocòleg es tractés. I la va tornar a citar. La dona, després de comentar-ho amb uns amics, va decidir posar una denúncia al Col·legio de Odontólogos y Estomatólogos de Santander: ja hi havia registrada una denúncia contra el mateix odontòleg per una conducta semblant, succeïda l'any anterior.⁸⁰

Casos com aquest són excepcionals, però es donen, i hi ha la possibilitat que es repeteixin. Esperem que no sigui així, i que es recordin com a excepcions i tristes anècdotes.

En definitiva, i com a resum de tot aquest capítol dedicat a discriminació i assetjament sexual en l'Odontologia, remarcar que aquestes conductes discriminatòries, de marginació, i d'abús, són una realitat, tant en aquesta professió com en moltes altres. L'Odontologia no és l'excepció en una societat on, encara avui i a cinc anys del 2000, es margina i discrimina la dona, hi ha mostres explícites de sexisme... no hi ha, en definitiva, equitat social.

Cal insistir en el fet educacional. És imprescindible formar les noves generacions sense l'opressió dels prejudicis i els estereotips genèrics, que són responsables, en gran mesura, d'aquestes desigualtats socials. Encara estem una mica a les fosques, potser en la penombra. Hem d'obrir les nostres ments perquè pugui entrar, finalment, la llum.

CAPITOL 4
DISCUSSIO.

4. DISCUSSIO.

L'home i la dona, presenten uns trets diferencials en la seva personalitat i en la seva conducta. Cadascú adopta un determinat rol genèric, dit d'una altra manera, un conjunt de qualitats, expectatives, i conductes, assignades a una persona en funció del seu sexe. Aquests característiques poden no ser certes, o ser exagerades. Quan aquestes expectatives s'utilitzen d'una manera indiscriminada, i generalitzen, es converteixen en estereotips genèrics. La gent, en general, coincideix en afirmar que l'home és fort, agressiu, competent, dominant, i de la dona es diu que és sensible, amb instint maternal, afectiva, submissa. Considerar que totes les persones, pel fet de ser d'un determinat sexe, reuneixen unes o altres característiques, és estereotipar genèricament.

Ara bé, en la mesura que aquests trets diferencials són certs, a què són atribuïbles: a la natura, a la societat? Segons la bibliografia consultada, si bé existeixen certes diferències biològiques entre els sexes, que podrien explicar els diferents rols interpretats, tothom coincideix a dir que són, en gran mesura, fruit de la influència de la societat, de la força que tenen els factors culturals i educacionals.^{1,2,4,9,14}

Queden establertes les anomenades **qualitats instrumentals**, considerades com masculines, en contraposició a les **qualitats expressives**, tipificades com femenines. Ara bé, fins a quin punt són exclusives de l'home o la dona, aquestes qualitats? Hi ha estudis, com el de Westerman,¹⁹ que troben, en la personalitat de les estudiants d'Odontologia, un component de sensibilitat més elevat que en els homes.

Tot i així, com comenta Scholle en el seu editorial "Dones, mites, i Odontologia",⁷³ la sensibilitat, la preocupació pels altres, l'afectivitat, i altres qualitats expressives, no són monopoli ni patrimoni exclusiu de les dones. Efectivament, així és, i molt especialment si considerem el concepte d'androgínia, introduït per Sandra L. Bem l'any 1976.¹⁶ Ser andrògin, significa reunir un alt nivell de qualitats, instrumentals i expressives, alhora. És a dir, una persona, independentment del seu sexe biològic, presenta trets masculins i femenins.

A la llum d'aquestes consideracions, hom pot especular que el sexe d'un odontòleg (la seva tipificació genèrica), pot generar diferències en les maneres de treballar, en la elecció d'especialitat, en la satisfacció amb la professió, en l'estrés laboral..., en diferents àmbits de l'Odontologia, en general.

Aquest interrogant, si influeix el sexe de l'odontòleg en l'Odontologia, agafa especial relevància en un moment en el què la presència de la dona en l'Odontologia, com a estudiant o com a professional, està augmentant de manera sensible.

La bibliografia consultada, que prové bàsicament dels Estats Units, remarca amb especial èmfasi aquest increment del nombre de dones que estudien i practiquen l'Odontologia.^{26,29-31}

Nosltres, per aquest motiu, vam decidir avaluar la situació de la dona en l'Odontologia als Països Catalans. El percentatge d'odontòlogues a Catalunya, ha passat, en el període de temps comprès entre els anys 1985 i 1995, d'un 17% a un 31%. Coincidim, doncs, en aquest aspecte.

Per tant, el percentatge d'odontòlogues a Catalunya supera amb escreix el dels Estats Units, on les previsions més optimistes calculen que, l'any 2000, la dona representarà el 16% de tots el odontòlegs americans. Segons dades de 1992, el percentatge d'odontòlogues és de només un 8%.^{26,27}

Ara bé, si ho comparem amb certs països europeus, es pot considerar que, un 31%, és un baix percentatge. A Polònia,

Finlàndia, i a l'antiga URSS, el 80% de dentistes són dones. Catalunya està més a prop de Dinamarca o Suècia, on les odontòlogues representen el 40% del total. Superem, en canvi, a França, on el 25% dels odontòlegs són dones.¹⁷

Si analitzem la composició del col·lectiu d'estudiants d'Odontologia, Catalunya també supera, en termes relatius, als EEUU. El present any, 1995, dels alumnes matriculats al primer curs d'Odontologia, segons dades provinents de la Secretaria de la Facultat d'Odontologia de Barcelona, el 67% són dones; als Estats Units, l'any 1992, les estudiants representaven un 30% del total.

Coincidim amb l'estudi de McKnight, Myers, Dushku, i Davis,²⁷ on s'afirma que les especialitats més elegides per la dona són l'Odontopediatria i l'Ortodòncia. Ens basem en el sondeig realitzat en una mostra de 80 estudiants de tercer curs d'Odontologia de la Universitat de Barcelona, representativa del col·lectiu d'estudiants de Catalunya.

Altres estudis coincideixen en aquesta afirmació.⁴⁰⁻⁴⁷ Els homes, per altra banda, elegeixen amb més freqüència la Cirurgia, la Pròtesi, i l'Ortodòncia.

En aquest mateix sondeig, vam preguntar als alumnes quin era el motiu pel qual van triar l'Odontologia. Els resultats ens suggereixen que la dona ho fa més per motius altruístics i/o humanitaris, i l'home ho fa més per prestigi i per l'incentiu econòmic. Coincidim amb l'estudi d'Austin i Tenzer,¹⁸ en el qual es va trobar que la motivació primordial per a la dona és l'ajuda a altra gent.

Seguint amb les diferències que recull la literatura, s'ha vist que l'odontòloga té un nivell de satisfacció amb la professió superior al de l'home, i que està més predisposada a triar altres sortides professionals que no siguin la pràctica privada, com ara la docència, o bé treballar a sou fixe en institucions de diversa índole.^{25,30,38} En el nivell d'ingressos, també existeix una diferència remarcable entre home i dona, que podria ser considerat com una forma de discriminació sexual.^{32,39}

Efectivament, la discriminació i l'assetjament sexual són una realitat en l'Odontologia. Ja sigui en el sou, en la participació en les societats especialitzades, o en l'accès a alts càrrecs docents o directius, la dona es troba en condicions d'inferioritat.⁷⁴⁻⁷⁷

Pel que fa a l'assetjament sexual, aquest s'estableix entre un professional i un pacient, entre col·legues, i/o entre professors i estudiants. La dona és, gairebé amb exclusivitat, l'objecte d'aquesta mena de conductes, que van des d'insinuacions verbals a insinuacions físiques. Caldria investigar l'assetjament sexual que pot esdevenir-se entre un odontòleg, en el paper d'assetjador, amb una pacient. De moment, a Espanya, ja existeix un cas de similars característiques, denunciat al Colegio de Odontólogos i Estomatólogos de Santander, l'any 1993.⁸⁰

En resum, els estudis comparatius realitzats fins el moment coincideixen a dir que, en l'Odontologia, home i dona segueixen unes tendències i patrons pràctics molt més similars que no pas diferents, i que aquestes diferències existents no s'haurien d'exagerar.²⁷

Tot i així, segons els resultats obtinguts i la bibliografia consultada, hi ha suggerències que, en funció del sexe de l'odontòleg, es donen diferents tendències, existeixen trets diferencials. En definitiva, el sexe (gènere) exerceix una certa influència en determinats aspectes de l'Odontologia com, per exemple, en la motivació i en l'elecció d'especialitat.

Calen més estudis comparatius home-dona, tant d'estudiants com de professionals de l'Odontologia. El ventall de paràmetres a analitzar és ampli, i donat que el nombre d'odontòlogues va en augment, és una línia d'investigació d'especial interès.

CAPITOL 5
CONCLUSIONS.

5. CONCLUSIONS.

Hem arribat a les següents conclusions:

- 1 - Les diferències conductuals entre els sexes són degudes principalment a factors socioculturals i educacionals, que interactuen amb els factors biològics.
- 2 - Certs estereotips genèrics femenins ténen un efecte molt negatiu sobre la dona, infravalorant-la.
- 3 - L'odontòleg ideal "*té sexe però no té gènere*": és andrògin. Poseeix alts nivells d'expressivitat i instrumentalitat alhora, independentment que aquest sigui home o dona.
- 4 - El 31% dels odontòlegs col·legiats a Catalunya són dones; més del 65% dels estudiants d'Odontologia són dones.
- 5 - Sembla ser que la dona tria l'Odontologia per motius altruístics, i l'home o fa més per motius econòmics i de prestigi social.

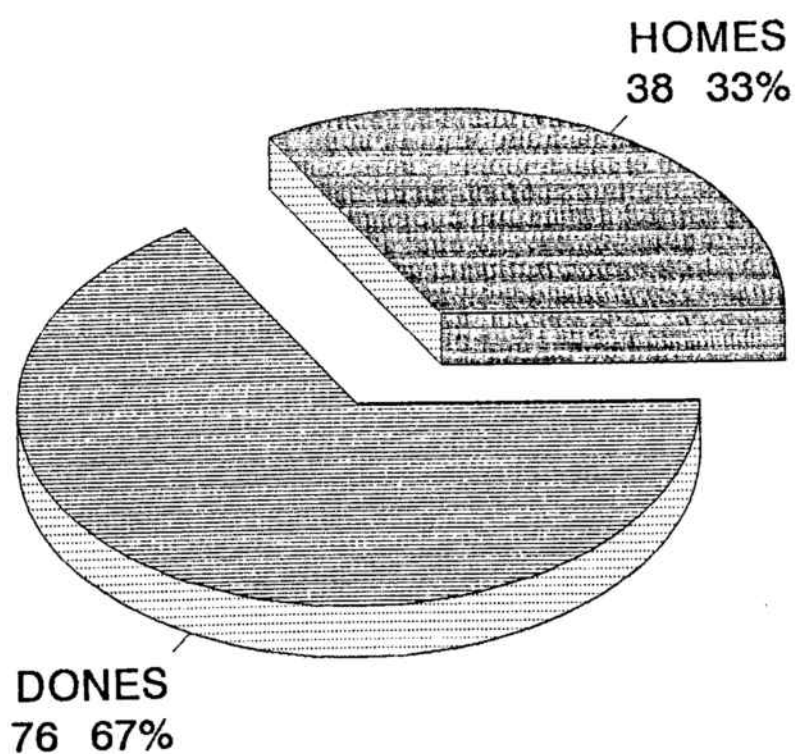
-
- 6 - La literatura dental consultada, revela que no existeixen diferències significatives, atribuïbles al sexe, en la manera de treballar dels odontòlegs.
 - 7 - La dona tria més sovint Ortodòncia i Odontopediatria com a especialitat, mentre que l'home elegeix Cirurgia Bucal i Pròtesi amb més freqüència.
 - 8 - El pacient no elegeix l'odontòleg en funció del sexe d'aquest, segons la literatura consultada referent a aquest aspecte.
 - 9 - Segons els indicis que s'extreuen de la bibliografia consultada en relació amb aquest tema, sembla ser que la dona en l'Odontologia, estudiant o professional, pot ser objecte de discriminació i assetjament sexual, en determinades situacions.
 - 10- Si contemplem d'una manera global les nou anteriors conclusions, podem considerar que és possible trobar certes tendències diferencials en l'Odontologia en funció del sexe de l'odontòleg.



6. ANNEXOS.

6.1. ANNEX 1.

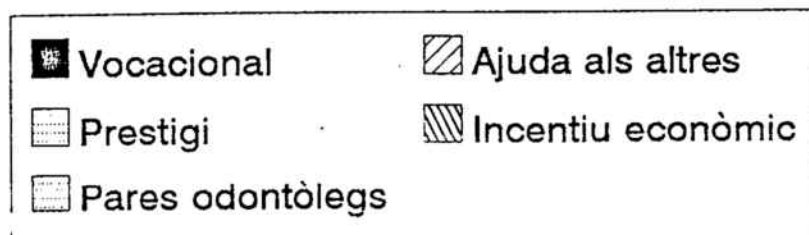
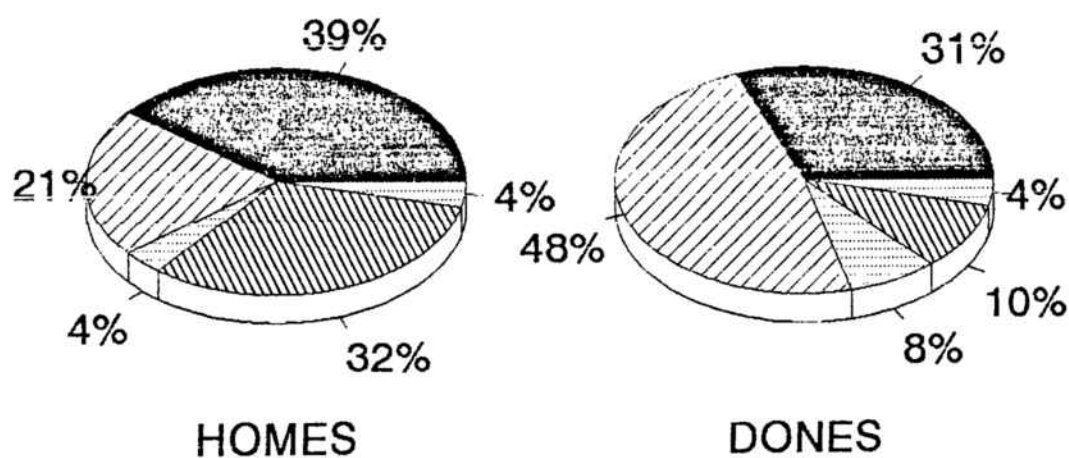
COMPOSICIÓ DEL COL·LECTIU D'ESTUDIANTS D'ODONTOLOGIA
Universitat de Barcelona - 1er curs 1995-96



ENQUESTA

- | | H | D |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. SEXE..... | ☐ | ☐ |
2. Quin és el motiu pel qual ha triat l'Odontologia com a professió? (Marqueu només una resposta):
- | | |
|---|--------------------------|
| a) Pel seu prestigi social..... | ☐ |
| b) Per l'incentiu econòmic..... | ☐ |
| c) M'agrada la tasca social i l'atenció al malalt.... | ☐ |
| d) El meu pare/mare és dentista..... | ☐ |
| e) És absolutament vocacional..... | ☐ |
3. Quina especialitat desitjaria realitzar? (Marqueu només una resposta):
- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| a) Cirurgia..... | ☐ |
| b) Conservadora/Endodòncia..... | ☐ |
| c) Estètica..... | ☐ |
| d) Gerodontologia..... | ☐ |
| e) Implantologia..... | ☐ |
| f) Ortodòncia..... | ☐ |
| g) Odontopediatria..... | ☐ |
| h) Periodòncia..... | ☐ |
| i) Pròtesi..... | ☐ |

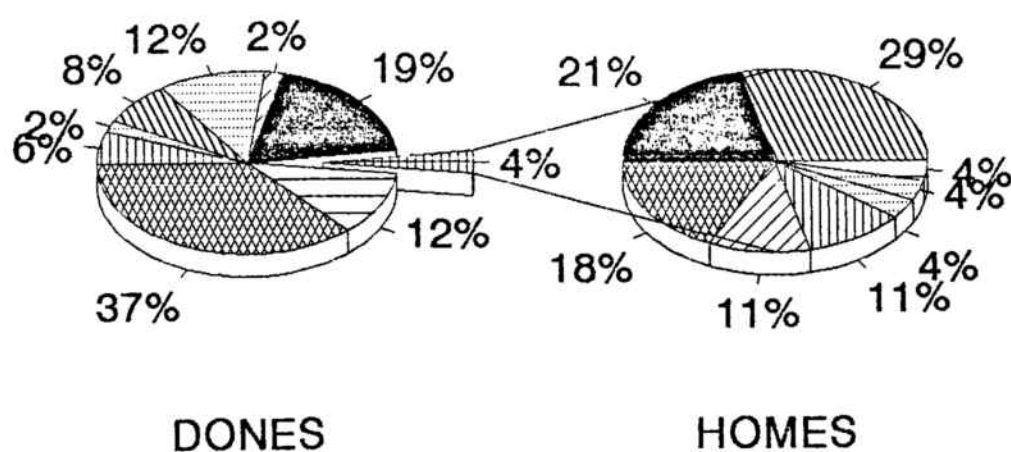
ENQUESTA ALS ESTUDIANTS DE 3er D'ODONTOLOGIA (UB) MOTIVACIÓ EN L'ELECCIÓ DE CARRERA



ANNEX 1
Gràfica 2

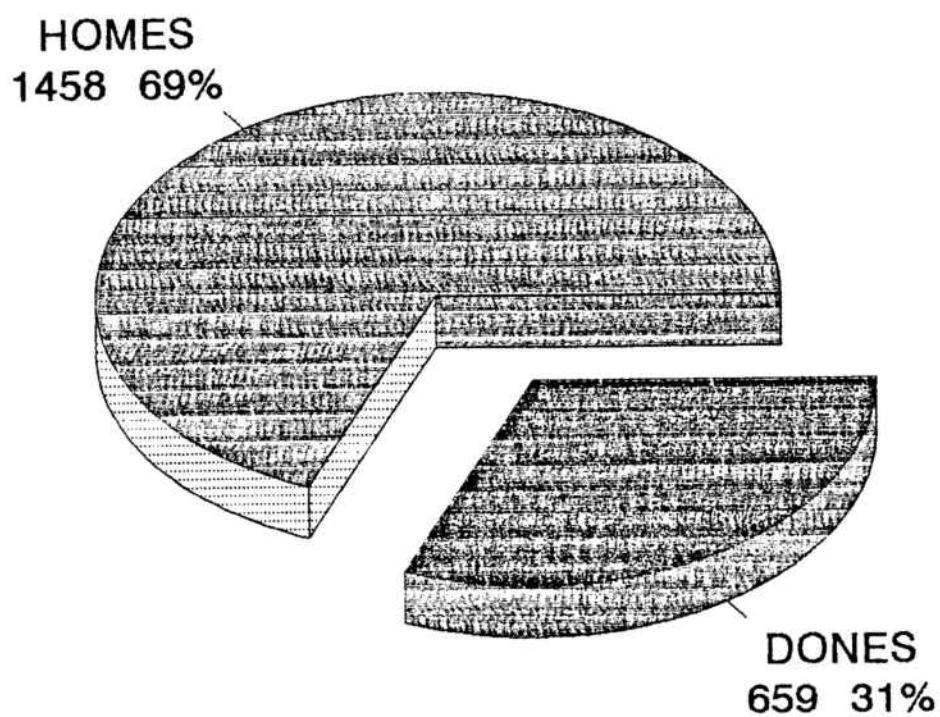
ENQUESTA ALS ESTUDIANTS DE 3er D'ODONTOLOGIA (UB)

PREFERÈNCIA EN L'ELECCIÓ D'ESPECIALITAT



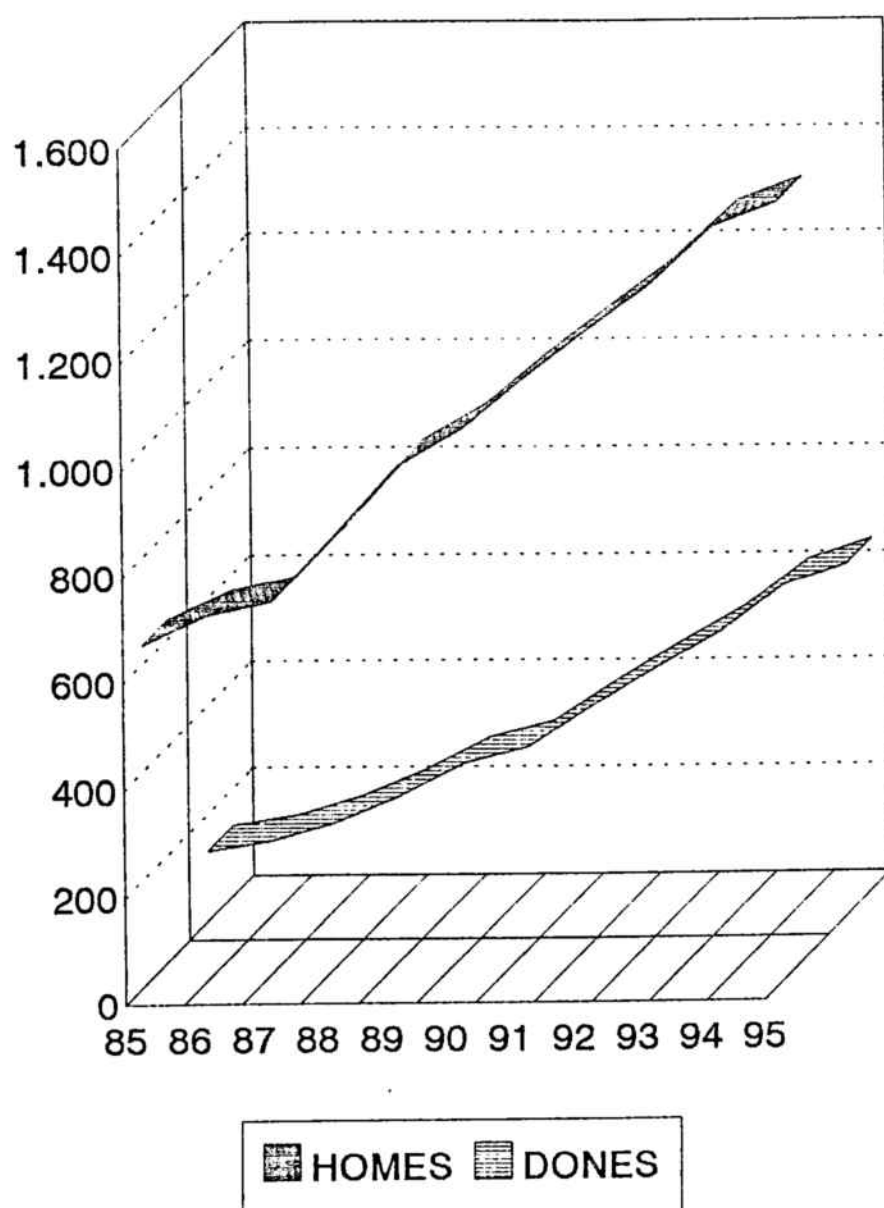
6.2. ANNEX 2.

COMPOSICIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA
Amb data 1 d'agost de 1995

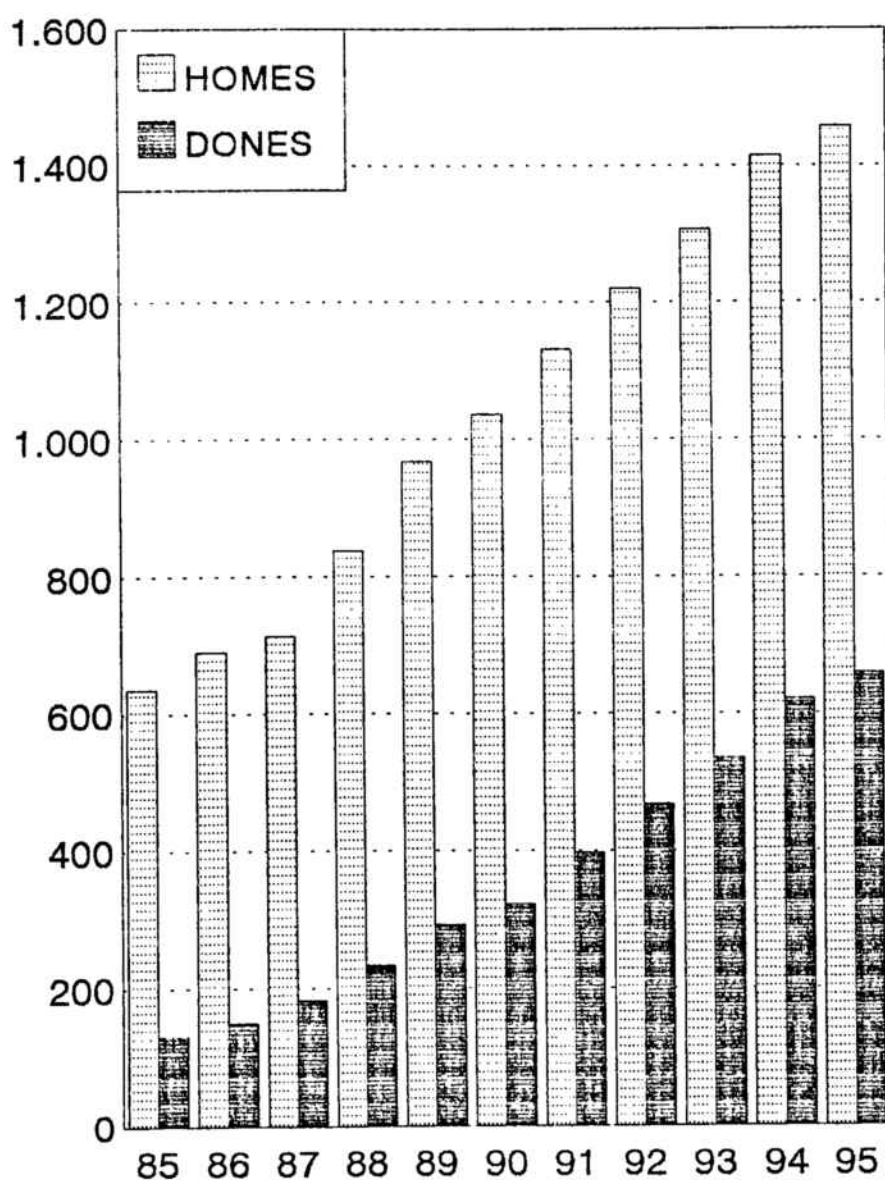


EVOLUCIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA

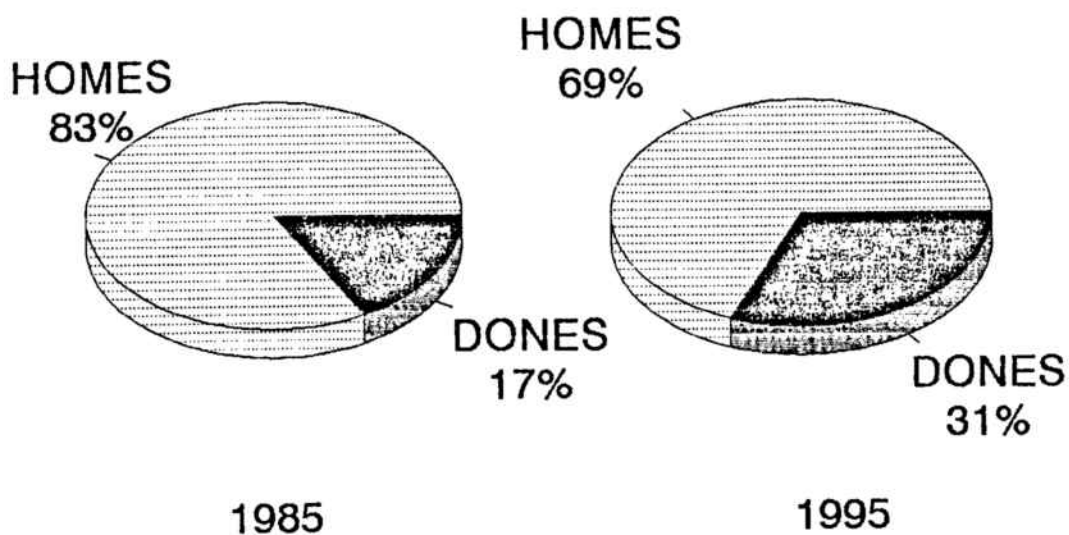
Període 1985 - 1995



EVOLUCIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA

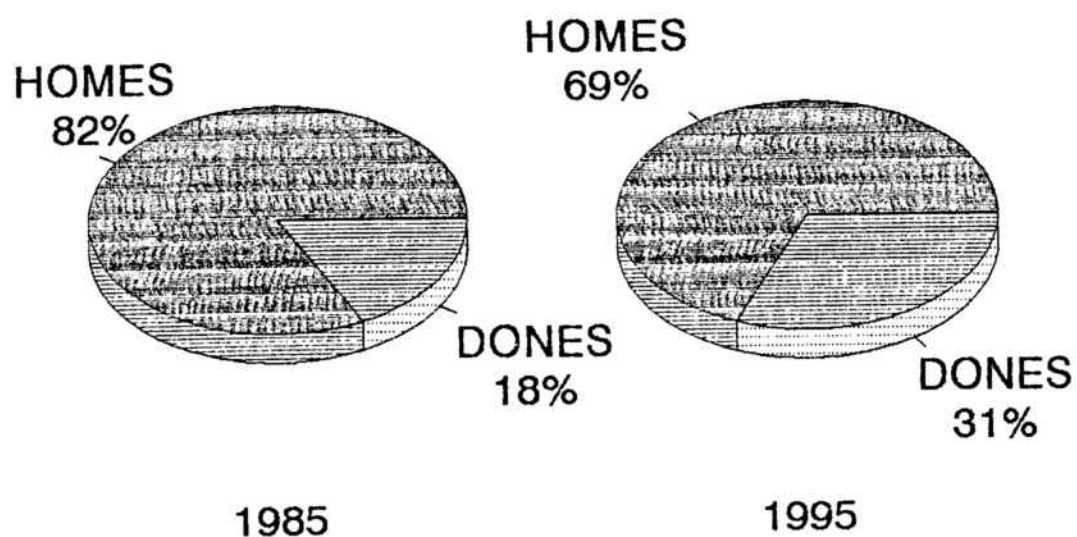


COMPOSICIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA
COMPARACIÓ ENTRE ELS ANYS 1985 - 1995



EVOLUCIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA

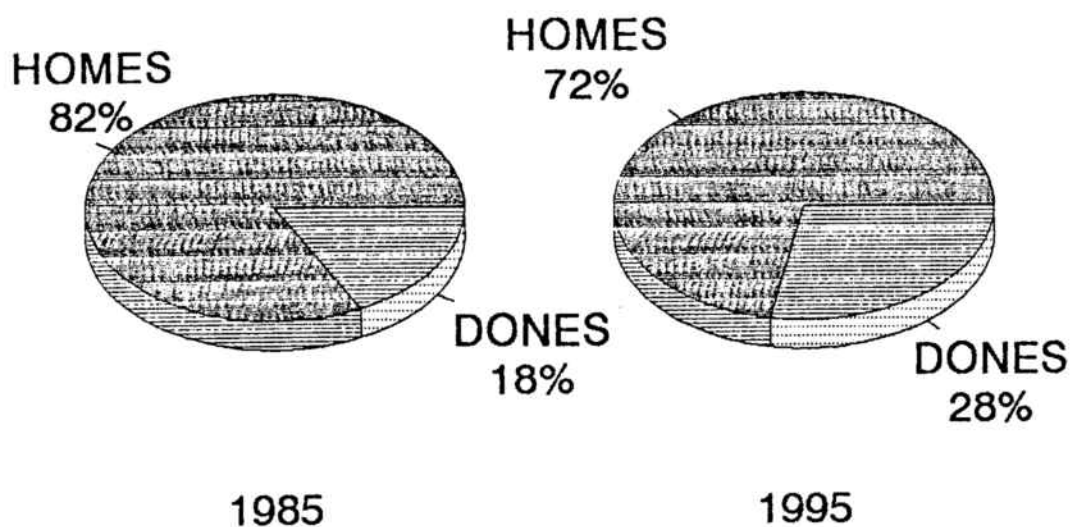
EVOLUCIÓ PER PROVÍNCIES



PROVÍNCIA DE BARCELONA

EVOLUCIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA

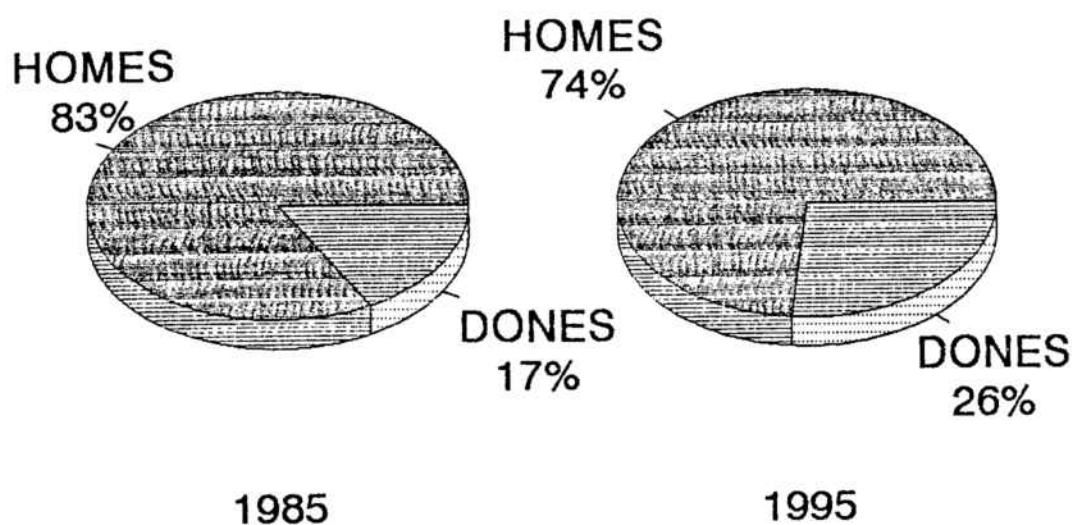
EVOLUCIÓ PER PROVÍNCIES



PROVÍNCIA DE GIRONA

EVOLUCIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA

EVOLUCIÓ PER PROVÍNCIES



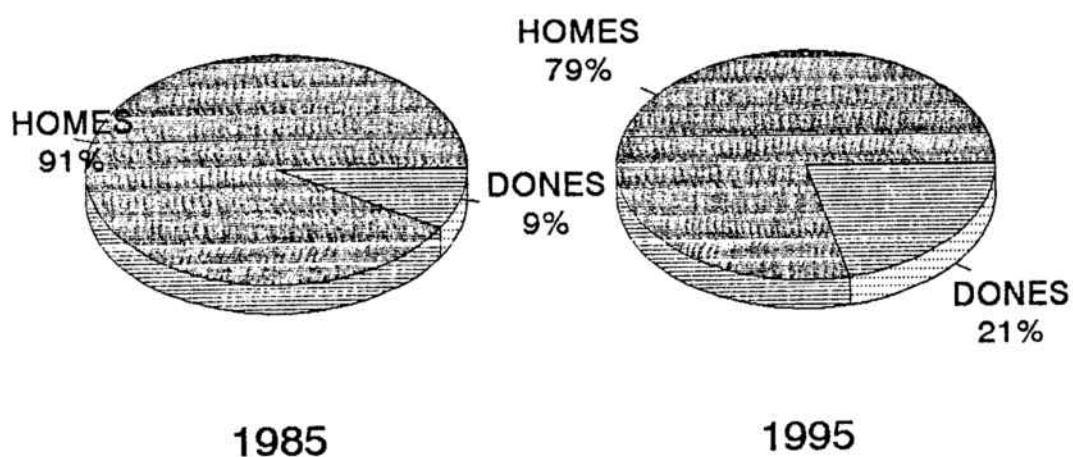
PROVÍNCIA DE LLEIDA

149

ANNEX 2
Gràfica 7

EVOLUCIÓ DEL COL·LECTIU ODONTOLÒGIC A CATALUNYA

EVOLUCIÓ PER PROVÍNCIES



PROVÍNCIA DE TARRAGONA

150

ANNEX 2
Gràfica 8

7. BIBLIOGRAFIA.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. Basow SA. Gender stereotypes and roles. En: Basow SA, editor. Gender: Stereotypes and roles. California: Brooks/Cole Publishing Co.;1992:2-22.
2. Myers D. Géneros. En: Myers D, editor. Psicología. Argentina: Ed. Panamericana;1988:151-69.
3. Ganong WF. Las gónadas: Desarrollo y funciones del sistema reproductor. En: Ganong WF, editor. Fisiología Médica. México, D.F.: Ed. Manual Moderno;1984:349-51.
4. Papalia D, Wendkos S. La infancia. En: Papalia D, Wendkos S, editors. Psicología. México, D.F.: McGraw-Hill;1988:458-64.
5. Basow SA. Comparisons of physical and cognitive functioning. En: Basow SA, editor. Gender: Stereotypes and roles. California: Brooks/Cole Publishing Co.;1992:24-52.
6. Ganong WF. Bases neurofuncionales de la conducta instintiva y de las emociones. En: Ganong WF, editor. Fisiología Médica. México, D.F.: Ed. Manual Moderno;1984:207-12.

7. Ganong WF. Funciones superiores del sistema nervioso: Aprendizaje, reflejos condicionados y fenómenos afines. En: Ganong WF, editor. Fisiología Médica. México, D.F.: Ed. Manual Moderno;1984:218-21.
8. Corbella J. La eminencia intelectual es más frecuente en hombres que en mujeres, según datos estadísticos. La Vanguardia 1995 Jul 7; Secc. Sociedad.
9. Davidoff LL. Conducta social y cuestiones sociales. En: Davidoff LL, editor. Introducción a la Psicología. México,D.F.: McGraw-Hill;1989:662-82.
10. Dorsch F. Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder;1985:643.
11. Diccionario enciclopédico. 10.ª ed. Esplugues de Llobregat: Plaza & Janés Ed.1980;7:s/n.
12. Basow SA. Historical perspectives. En: Basow SA, editor. Gender: Stereotypes and roles. California: Brooks/Cole Publishing Co.;1992:106-17.

13. Lindgren HC, Byrne D. Psicología: Tratado sobre las Ciencias de la Conducta. Barcelona: Ed. Labor, S.A.;1977:417-47.
14. Thaler BJ. Gender stereotyping in comic strips. En: Stewart LP, Ting-Toomey S, editors. Communication, gender, and sex roles in diverse interaction context. New Jersey: Ablex Publishing Co.;1987:189-99.
15. Diccionari de la llengua catalana. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, S.A.;1987:118.
16. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1974;47(2):155-62.
17. Tillman RS. Women in dentistry-a review of the literature. JADA 1975 Des;91:1214-20.
18. Austin GB, Tenzer A. Female dental students: current status, motivation and future plans. JADA Mar;100:353-7.
19. Westerman GH, Grandy TG, Ocanto RA, Erskine CG. A comparison of personality types of first year female and male dental students. J Dent Educ 1994;58:693-6.

20. McDaniel SP, Siler WM, Isenberg BP. Comparison of personality variables and values among dental students, practitioners, and faculty. J Dent Educ 1988;52:156-9
21. Silberman SL, Freeman I, Lester GR. A longitudinal study of dental students' personality type preferences. J Dent Educ 1988;56:384-8.
22. Hamby CL. The role of psychological androgini in female students dental career choices. J Dent Educ 1982;46:537-540.
23. Vandever J. Nursing students: stereotypically feminine. Psychol Rep 1978;43:10.
24. Casals E. ¿Cómo somos y qué pensamos los odontólogos del 2000? Aneo. Rev Nac Odont 1994;6:13-7.
25. Solomon ES, Kleinman, DV. Career aspirations and educational experiences: male/female dental students differences. J Dent Res 1985;64:205, abstract nº276.

26. Dolan TA, Lewis CE. Gender trends in the dental career patterns of recent dental graduates. J Dent Educ 1987;51:639-645.
27. McKnight C, Myers DR, Dushku JC, Davis HC. Gender differences in the characteristics of dental services provided for children. J Dent Child 1992 Nov-Dec;43:7-13.
28. Rubin-Rabson G. Women and the professions. J Dent Educ 1972 Set;36:10.
29. Wilson AA, Branch LG, Niessen LC. Practice patterns of male and female dentists. JADA 1988 Feb;116:173-6.
30. Price SS. A profile of women dentists. JADA 1990 Abr;120:403-7.
31. Niessen LC, Kleinman DV, Wilson AA. Practice characteristics of women dentists. JADA 1986 Des;113:883-8.

32. Niessen LC. Women dentists: 1992 and beyond. J Dent Educ 1992;56:555-60.
33. Tillman RS, Horowitz SL. Practice patterns of recent dental female graduates. JADA 1983 Jul;107:32-5.
34. Waldman HB. Some consequences of the increasing number of female american dentists. JADA 1981 Oct;103:563-7.
35. Relman AS. Here come the women [editorial]. N Engl J Med 1980;302(22):1252-3.
36. Scheid RC, Beck FM, Metzler JC. The association of gender with clinic activity and broken appointments. J Dent Educ 1993;57:684-6
37. Linn EL. Professional activities of women dentists. J Am Dent Assoc 1970;81:1383-7.
38. Martens LV, Glasrud PH, Burton KL. A profile of Minnesota's younger women dentists. J Dent Res 1983;64:205, abstract n^o 207.

39. Bureau of Economic and Behavioral Research. The 1988 survey of dental practice. Chicago, American Dental Association.
40. Waldman HB. Will there be a difference in the pediatric dentists of the future? J Dent Child 1992 Jan-Feb;38-40.
41. Waldman HB. Increasing interest in pediatric dentistry? J Dent Child 1998 Jul-Aug;296-300.
42. Waldman HB. 1980-1990: What a difference ten years have made in the future of pediatric dental practice. J Dent Child; 1989 Nov-Dec;458-62.
43. Waldman HB. Changing number and distribution of pediatric dentists. J Dent Child; 1989 Sep-Oct;375-7.
44. Barr ES, Seale NS, Waggoner WF. The experiences of women pediatric dental residents: a survey. Pediatr Dent 1992 Mar-Apr;14(2)100-104.
45. Seale NS, Waggoner WF. Attitudes of program directors toward women in pediatric dentistry training programs. Pediatr Dent 1992 Mar-Apr;14(2):105-9.

46. Roberts MW, McIver FT, Phillips CL. Gender trends among specialists in pediatric dentistry. J Dent Child 1993 Mar-Abr;140-2.
47. Subcommittee on Trends and Implications of Women in Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatric Dentistry. Survey of pediatric dentists, 1991: a preliminary report on demographics and opinions. Pediat Dent 1992 Mar-Abr;14(2):94-9.
48. Rankin JA, Harris MB. A comparison of stress and coping in male and female dentists. J Dent Practice Admin 1990 Oct-Des;7(4):166-72.
49. McCreary CP, Gershen JA. Changes in personality among male and female dental graduates. J Dent Educ 1982;46:279-83.
50. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med Care 1994 Des;32(12):1216-31.

51. Elstad JI. Women's priorities regarding physician behavior and their preference for a female physician. *Women Health* 1994;21(4):1-19.
52. Van der Brink Muinen A, de Bakker DH, Bensing JM. Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *Br J Gen Pract* 1994 May;44(382):205-10.
53. Delgado A, López Fernández LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993 Sep;31(9):795-800.
54. Bensing JM, van der Brink Muinen A, de Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993 Mar;31(3):219,29.
55. Hernández-Monsalve LM, García-Olmos LM, Pérez-Fernández, MM. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Atención Primaria* 1992 Sep;10(4):719-24.
56. McNaughton-Filion L, Chen JS, Norton PG. The physician's appearance. *Fam Med* 1991 Mar-Apr;23(3):208-11.

57. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 1994;13(5):384-92.
58. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physician's characteristics influence patient's adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychol* 1993;12(2):93-102.
59. Corah NL, O'Shea RM, Donald-Bissell G. The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *JADA* 1985 Set;111:443-6.
60. Green TG, Paul-Lang W, Jaconson JJ. Patient preference for forms of address and other behaviors of dentists. *J Dent Educ* 1988;52(5):255-8.
61. Rankin JA, Harris MB. Patients' preferences for dentists' behaviors. *JADA* 1985 Mar;110:323-327.

62. Kelly MA, Lange B, Underhill TE, Dunning DG. Patient preferences for selecting a dentist. J Dent Practice Admin 1989 Jul-Set;119-24.
63. Corah NL, O'Shea RM, Donald-Bissell G. The dentist-patient relationship: mutual perceptions and behaviors. JADA 1986 Ago;113:253-5.
64. Gale EN, Carlsson SG, Eriksson A, Jontell M. Effects of dentists' behavior on patients attitudes. JADA 1984 Set;109:444-6.
65. Douglas H, Reisine ST, Cipes MH. Characteristics and satisfaction of the patients of male versus female dentists. JADA 1985 Jun;110:926-9.
66. White MV, Betz NE, Beck FM. Dental patients' perceptions of women dentists. JADA 1982 Ago;105:223-6.
67. Oliveras E, Pozo M. España todavía margina a la mujer. El Periódico de Catalunya 1995 Ago 18;Secc. Sociedad.

68. Riviere M. "Aún estamos en una sociedad muy machista" [entrevista]. La Vanguardia 1995 Ago 30;Contraportada.
69. Tillman RS. Women dentists at work: views from the glass ceiling. J Dent Educ 1992;56(8):569-70.
70. Solomon E, Gray C, Whiton J. Promotion and appointment to administrative positions of dental school by gender. J Dent Educ 1990;54(8):530-4.
71. Hills HL. Workshop report: "Women dentists as academicians: what are the issues?" J Dent Educ 1992;56(8):571-2.
72. Allen DI. Women in medical specialty societies-An Update. JAMA 1989 Dec;262(24):3439-43.
73. Scholle RH. Women, myths, and dentistry [editorial]. JADA 1980 Mar;100:496.
74. Sinkford JC. Sexual Harassment-Commentary. J Dent Educ 1992;56(9):610-1. Telles-Irvin P, Schwartz IS.

