



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Estudi de les preferències en l'elecció de l'odontòleg per part del pacient odontopediàtric

Carles Muñoz i Roca

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

ESTUDI DE LES PREFERÈNCIES EN L'ELECCIÓ DE  
L'ODONTÒLEG PER PART DEL PACIENT  
ODONTOPEDIÀTRIC

per

Carles Muñiz i Roca

TESI DOCTORAL

proposada per a optar al grau de doctor en

ODONTOLOGIA

Sota la direcció de  
Prof. Joan Ramon Boj Quesada  
Prof. Santiago Estaún Ferrer

2001

TD 555  
0700 862625

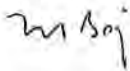
El Professor Joan Ramon Boj Quesada, Catedràtic d'Odontopediatria del Departament de Ciències Morfològiques i Odontoestomatològiques de la Universitat de Barcelona, i el Professor Santiago Estaún Ferrer, Catedràtic de Psicologia Bàsica del Departament de Psicologia de l'Educació de la Universitat Autònoma de Barcelona,

CERTIFIQUEN:

Que en Carles Muñiz i Roca, llicenciat en Odontologia per la Universitat de Barcelona ha elaborat, mitjançant la direcció dels professors, la tesi doctoral titulada:

**“ESTUDI DE LES PREFERÈNCIES EN L'ELECCIÓ DE L'ODONTÒLEG PER PART DEL PACIENT ODONTOPEDIÀTRIC”,**

i que reuneix els requisits per poder ser presentada i defensada.



Prof. Joan Ramon Boj Quesada



Prof. Santiago Estaún Ferrer

Barcelona, 28 de juny de 2001

*Als meus pares, Josep i Isabel.*

*Als meus germans Isabel, Josep, Maria,*

*Anna, Carme, Enric i Jordi.*

*A l'Eva.*

*Al meu oncle Alfons, al cel sigui.*



## AGRAÏMENTS

Aquesta pàgina és, sense cap mena de dubtes per a l'autor, la més important d'entre totes les que segueixen. Una tesi doctoral és molt més que un treball d'investigació per aconseguir un grau acadèmic. Permet l'adquisició del rigor científic i fomenta la passió per la investigació i el coneixement, però per damunt de tot, serveix per a conèixer persones que, de forma desinteressada, estan disposades a compartir el seu temps i oferir-te el seu impagable ajut. Gràcies, no només a qui ha participat directament, sinó també a qui he deixat de dedicar tot el temps i atenció que mereix, per la seva comprensió i paciència.

El meu sincer agraïment; sense vosaltres, no hauria estat possible.

En primer lloc, als professors Joan Ramon Boj Quesada i Santiago Estaún Ferrer, per la seva direcció, orientació i recolzament en aquest treball.

A la Dra. Mariona Portell Vidal, professora titular del Departament de Psicobiologia i Metodologia de les Ciències de la Salut, responsable de les assignatures Mètodes d'Investigació, Tècniques d'Observació i Mètodes Estadístics per encarregar-se de la confecció de la part estadística.

A l'Eva, per tants i tants detalls i dedicació. M'has ajudat més del que és possible i molt més del que et puguis imaginar. Mai t'ho podré agrair prou.

A la meva germana Isabel, per facilitar-me bibliografia i assessorament en la redacció dels conceptes de Psicologia de l'Infant i Adolescent. Un cop més, ha dedicat temps del que no disposava.

Al meu germà Jordi. La teva força de voluntat i capacitat de superació són, a més de motiu d'alegria i orgull, un exemple a seguir.

A la meva germana Carme, per la revisió ortogràfica, gramatical i d'estil.

Al meu germà Josep, per la seva bondat i qualitat humana.

A la Sra. Marta Mas, directora de l'escola Maristes Valldemia de Mataró, i a en Martí Villares Fernández, professor de l'esmentat centre, que van acceptar des del primer moment col·laborar amb nosaltres, facilitant-nos els horaris, aules i material audiovisual necessaris.

A Sara Guasch, Carmen Lischeid, Miguel Contreras i José Luis Vilar, per participar com a models.

Als meus pares, els dec tot el que sóc. No cal dir més.

Al meu oncle, Alfons Ramon Uribe. Quan encara et trobaves entre nosaltres et vaig fer la promesa que seria Doctor;estic convençut que, des d'allà on siguis (segur que al cel), la veuràs aconseguida.

Finalment, el meu agraïment i disculpa a totes les persones que mereixen figurar en aquestes línies i no hi són. Cometre errades és humà i reconèixer-les és, si més no, un acte de justícia.

De tot cor, moltes gràcies.

## ÍNDEX DE CONTINGUTS

<b>I. INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>1</b>
1. JUSTIFICACIÓ, 3	
2. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA, 4	
2.1. El desenvolupament psicosexual en la infantesa i l'adolescència, 4	
2.1.1. La personalitat i el desenvolupament social en l'escolar de 6 a 7 anys, 5	
2.1.1.1. La identificació amb els pares, 5	
2.1.1.2. La identificació amb els coetanis, 6	
2.1.1.3. El paper del mestre, 7	
2.1.1.4. La tipificació sexual: els rols genèrics i els estereotips sexuals, 7	
2.1.1.4.1. La tipificació sexual en la família, 10	
2.1.1.4.2. Influència dels coetanis en la tipificació sexual, 10	
2.1.1.4.3. Tipificació sexual a l'escola: el paper del mestre, 11	
2.1.1.4.4. Altres tendències en tipificació sexual: androgínia, 12	
2.1.2. La personalitat i desenvolupament psicosexual de l'adolescent de 12 a 16 anys, 13	
2.1.2.1. Influència dels pares, mestres i adults, 14	
2.1.2.2. Influència dels coetanis i pressió sociocultural, 15	
2.2. Influència del gènere en l'àmbit de les Ciències de la Salut, 16	
2.2.1. Estereotips sexuals i tipificació genèrica de les disciplines sanitàries, 16	
2.2.1.1. Diferències genèriques en Medicina, 19	
2.2.1.1.1. Diferències genèriques en la pràctica professional, 19	
2.2.1.1.2. Preferències dels pacients sobre el gènere del metge, 21	
2.2.1.1.3. Comunicació pacient-metge: percepcions i expectatives, 24	
2.2.1.2. Diferències genèriques en Odontologia, 27	
2.2.1.2.1. Diferències genèriques en la pràctica professional, 28	
2.2.1.2.2. Preferències del pacient sobre el gènere i altres aspectes de l'odontòleg, 32	
2.3. La visió de la imatge de l'odontòleg com a factor d'ansietat en el nen, 34	
3. CONCLUSIÓ DEL MARC TEÒRIC I PLANTEJAMENT D'HIPÒTESIS, 35	
4. OBJECTIUS, 38	

<b>II. PARTICIPANTS I MÈTODE</b> .....	<b>39</b>
1. PARTICIPANTS EN L'ESTUDI, <i>41</i>	
1.1. Criteris d'inclusió, <i>41</i>	
1.2. Criteris d'exclusió, <i>41</i>	
1.3. Grups de participants, <i>41</i>	
2. INSTRUMENTS, <i>42</i>	
2.1. Escales psicomètriques, <i>42</i>	
2.1.1. Child Anxiety Scale (CAS), <i>42</i>	
2.1.2. Stait-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), <i>43</i>	
2.2. Fotografies de model d'odontòleg, <i>44</i>	
2.3. Qüestionari per a l'estudi de les preferències genèriques i d'edat, <i>45</i>	
2.4. Graella de selecció del model d'odontòleg preferit, <i>46</i>	
3. DESENVOLUPAMENT DE L'ESTUDI, <i>47</i>	
3.1. Presentació i introducció de la prova, <i>48</i>	
3.2. Primer registre d'ansietat, <i>49</i>	
3.3. Distribució i realització dels qüestionaris, <i>49</i>	
3.4. Presentació dels models (projecció simple), <i>49</i>	
3.5. Segon registre d'ansietat, <i>50</i>	
3.6. Projecció comparativa i registre de les preferències, <i>50</i>	
4. MÈTODES DE RECERCA BIBLIOGRÀFICA, <i>52</i>	
5. DISSENY ESTADÍSTIC, <i>54</i>	
5.1. Estimació de proporcions, <i>54</i>	
5.2. Anàlisi de la relació entre variables categòriques, <i>54</i>	
5.3. Comparació de dues mitjanes amb mostres relacionades: prova t, <i>55</i>	
5.4. Escalament de les preferències. Llei de judicis comparatius de Thurstone, <i>55</i>	

<b>III. RESULTATS (I)</b> .....	<b>57</b>
1. DESCRIPTIVA GENERAL DELS NENS, 59	
1.1. Distribució de la mostra per sexe, 59	
1.2. Distribució de la mostra per edat, 59	
1.3. Distribució per grups d'edat, 59	
2. DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA EN FUNCIÓ DE L'EXPERIÈNCIA DENTAL PRÈVIA, 61	
2.1. Preferència per la professió, 62	
2.2. "Podries ser un bon dentista?", 63	
2.3. Descripció de la mostra que ha anat al dentista, 64	
2.4. Motiu de la visita, 65	
2.5. Valoració global de l'experiència, 68	
2.6. Valoració de diferents aspectes de l'experiència, 69	
3. PRESENTACIÓ DELS RESULTATS PER OBJECTIUS, 72	
3.1. Valorar les preferències dels nens i adolescents sobre el gènere de l'odontòleg, 72	
3.2. Valorar les preferències dels nens i adolescents sobre l'edat de l'odontòleg, 73	
3.3. Observar la relació entre les preferències sobre l'edat i sexe de l'odontòleg, i el sexe dels nens, 73	
3.3.1. Estudi de les preferències estratificant per grups d'edat, 76	
3.4. Observar la relació entre les preferències sobre l'edat i sexe de l'odontòleg, i l'edat dels nens, 79	
3.5. Analitzar si la figura de l'odontòleg pot augmentar el nivell d'ansietat del nen i adolescent, 82	
3.5.1. Mostra global, 82	
3.5.2. Grup d'edat de 6 a 7 anys, 83	
3.5.3. Grup d'edat de 13 a 14 anys, 84	
3.6. Escalar les preferències per als quatre models d'odontòleg, globalment i estratificant per sexe i edat, 85	
3.6.1. Confecció de la matriu de dominància, 86	
3.6.2. Càlcul i descripció dels casos intransitius, 86	
3.6.3. Estudi de l'ajustament a la llei de judicis comparatius de Thurstone, 88	
3.6.4. Patrons de resposta dominants; presentació dels resultats en <i>percentatges de dominància</i> , 89	
3.6.4.1. Percentatge de dominàncies de la mostra global, 90	
3.6.4.2. Percentatge de dominàncies: adolescents de sexe masculí, 90	

<b>III. RESULTATS (II)</b> .....	<b>57</b>
3.6.4.3. Percentatge de dominàncies: adolescents de sexe femení, <i>91</i>	
3.6.4.4. Percentatge de dominàncies: nens de 6 a 7 anys, <i>91</i>	
3.6.4.5. Percentatge de dominàncies: nenes de 6 a 7 anys, <i>92</i>	
<b>IV. DISCUSSIÓ</b> .....	<b>97</b>
<b>V. CONCLUSIONS</b> .....	<b>107</b>
I. Objectiu 1, <i>109</i>	
II. Objectiu 2, <i>109</i>	
III. Objectiu 3, <i>109</i>	
IV. Objectiu 4, <i>110</i>	
V. Objectiu 5, <i>110</i>	
VI. Objectiu 6, <i>111</i>	
<b>VI. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES</b> .....	<b>113</b>
<b>VII. ANNEXOS</b> .....	<b>131</b>
<b>Annex 1</b> , <i>133</i>	
<b>Annex 2</b> , <i>137</i>	
<b>Annex 3</b> , <i>141</i>	

## ÍNDEX DE TAULES

- Taula 1.** Distribució de la mostra per sexe, 60
- Taula 2.** Distribució de la mostra per edat, 60
- Taula 3.** Distribució de la mostra per grups d'edat, 60
- Taula 4.** Experiència dental prèvia, 61
- Taula 5.** Experiència dental prèvia (per sexes), 61
- Taula 6.** Experiència dental prèvia (per grups d'edat), 62
- Taula 7.** Preferència per la professió (expressat en percentatges), 62
- Taula 8.** Preferència per la professió (motius), 63
- Taula 9.** Valoració de l'aptitud professional, 63
- Taula 10.** Valoració de l'aptitud professional (motius), 64
- Taula 11.** Experiència dental prèvia: distribució per sexe, 64
- Taula 12.** Experiència dental prèvia: distribució per edat, 65
- Taula 13.** Motiu de la visita: tractament de càries, 65
- Taula 14.** Motiu de la visita: ortodòncia, 66
- Taula 15.** Motiu de la visita: tractament preventiu, 66
- Taula 16.** Motiu de la visita: extracció dental, 66
- Taula 17.** Motius de visita expressats en percentatges, 67
- Taula 18.** Freqüència i percentatge del nombre d'intervencions, 67
- Taula 19.** Motiu de visita: anàlisi dels patrons de resposta, 68
- Taula 20.** Valoració global de l'experiència, 68
- Taula 21.** Valoració de diferents aspectes de la visita: simpatia, 69
- Taula 22.** Valoració de diferents aspectes de la visita: apreciació del tracte, 69
- Taula 23.** Valoració de diferents aspectes de la visita: tenir por, 69
- Taula 24.** Valoració de diferents aspectes de la visita: estar nerviós, 70
- Taula 25.** Valoració de diferents aspectes de la visita: patrons de resposta, 70



- Taula 26.** Patrons de valoració de l'experiència dental prèvia, 71
- Taula 27.** Preferència sobre el sexe de l'odontòleg, 72
- Taula 28.** Prova de conformitat de la distribució de resposta, 72
- Taula 29.** Estadístics de contrast, 72
- Taula 30.** Preferència sobre l'edat de l'odontòleg, 73
- Taula 31.** Taula de contingència: edat del model/ sexe del participant, 73
- Taula 32.** Taula de contingència: sexe del model/ sexe del participant, 74
- Taula 33.** Proves de chi-quadrat: preferència sexe de l'odontòleg/ sexe del participant, 74
- Taula 34.** .Proves de chi-quadrat: preferència edat de l'odontòleg/ sexe del participant, 74
- Taula 35.** Taula de contingència: preferència sobre sexe de l'odontòleg/ sexe del participant, 75
- Taula 36.** Proves de chi-quadrat: preferència sobre sexe de l'odontòleg/ sexe del participant, 75
- Taula 37.** Taula de contingència: preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ sexe del participant, 75
- Taula 38.** Proves de chi-quadrat: preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ sexe dels participants, 76
- Taula 39.** Taula de contingència: preferència sobre el sexe de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat, 77
- Taula 40.** Proves de chi-quadrat: preferència pel sexe de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat, 77
- Taula 41.** Càlcul de la intensitat de la relació, 78
- Taula 42.** Taula de contingència: preferència sobre l'edat de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat, 78
- Taula 43.** Proves de chi-quadrat: preferència sobre l'edat de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat, 79
- Taula 44.** Taula de contingència: relació entre preferències sobre el sexe de l'odontòleg, i l'edat dels nens, 79
- Taula 45.** Taula de contingència: preferències sobre l'edat de l'odontòleg i l'edat dels nens, 80
- Taula 46.** Proves de chi-quadrat (preferència sobre el sexe de l'odontòleg/ edat dels nens), 80
- Taula 47.** Proves chi-quadrat (preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ edat dels nens, 80
- Taula 48.** Taula de contingència: relació preferència sobre el gènere de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat, 81
- Taula 49.** Proves de chi-quadrat: relació preferència sobre el sexe de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat, 81
- Taula 50.** Taula de contingència: relació preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat, 82



- Taula 51.** Proves de chi-quadrat: relació preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat, 82
- Taula 52.** Mostra global: estadístics de mostres relacionades, 83
- Taula 53.** Mostra global: correlacions de mostres relacionades, 83
- Taula 54.** Mostra global: prova de mostres relacionades, 83
- Taula 55.** Grup de 6 a 7 anys: estadístics de mostres relacionades, 83
- Taula 56.** Grup de 6 a 7 anys: correlacions de mostres relacionades, 84
- Taula 57.** Grup de 6 a 7 anys: prova de mostres relacionades, 84
- Taula 58.** Grup de 13 a 14 anys: estadístics de mostres relacionades, 84
- Taula 59.** Grup de 13 a 14 anys: correlacions de mostres relacionades, 84
- Taula 60.** Grup de 13 a 14 anys: prova de mostres relacionades, 85
- Taula 61.** Matriu de dominància, 86
- Taula 62.** Valors de consistència absoluta (CA), 87
- Taula 63.** Casos intransitius: distribució per sexe, 87
- Taula 64.** Casos intransitius: distribució per grups d'edat, 87
- Taula 65.** Casos intransitius: experiència dental prèvia, 88
- Taula 66.** Matriu de freqüències dels 88 casos transitius, 88
- Taula 67.** Valors de les freqüències obtingudes per als quatre models, 88
- Taula 68.** Mostra global: percentatges de dominància, 90
- Taula 69.** Adolescents de sexe masculí: percentatges de dominància, 90
- Taula 70.** Adolescents de sexe femení: percentatges de dominància, 91
- Taula 71.** Nens de 6 a 7 anys: percentatges de dominància, 91
- Taula 72.** Nenes de 6 a 7 anys: percentatges de dominància, 92

## ÍNDEX DE FIGURES

**Figura 1.** Graella de selecció, 46

**Figura 2.** Exemple de resposta de la graella, 47

**Figura 3.** Combinacions obtingudes seguint la llei del judici comparatiu de Thurstone, 51

**Figura 4.** Disposició de les 12 combinacions possibles, 52

**Figura 5.** Representació gràfica de l'escala d'interval, 89

**Figura 6.** Diagrama de barres dels percentatges de dominància global, 93

**Figura 7.** Diagrama de barres dels percentatges de dominància dels nois de 13 a 14 anys, 93

**Figura 8.** Diagrama de barres dels percentatges de dominància de les noies de 13 a 14 anys, 94

**Figura 9.** Diagrama de barres dels percentatges de dominància dels nens de 6 a 7 anys, 94

**Figura 10.** Diagrama de barres dels percentatges de dominància de les nenes de 6 a 7 anys, 95

# I

## INTRODUCCIÓ

## 1. JUSTIFICACIÓ.

L'Odontopediatria és a l'Odontologia el que la Pediatria és a la Medicina. Ambdues arts mèdiques tenen un essencial vincle en comú: l'infant i l'adolescent. La present tesi vol apropar el món del nen i el de l'Odontologia, tot estudiant si la personalitat i comportament de l'infant, àrea que és competència de la Psicologia Infantil, condiciona les preferències en l'elecció de l'odontòleg en funció de l'edat i el sexe (gènere) d'aquest. Per aquest fet, l'abordatge del nostre estudi es fa des de dues disciplines, aparentment ben diferents, dins de les Ciències de la Salut: l'Odontologia i la Psicologia. És per això, com a conseqüència d'aquesta doble vessant, que hem demanat la direcció als professors Joan Ramon Boj Quesada, catedràtic d'Odontopediatria de la Facultat d'Odontologia de la Universitat de Barcelona, i Santiago Estaún, catedràtic de Psicologia Bàsica de la Facultat de Psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona. La línia d'investigació sobre tendències diferencials en Odontopediatria va ser iniciada l'any 1995, amb motiu de la realització del nostre treball de final de llicenciatura. Les conclusions a què es va arribar van deixar obertes altres expectatives d'anàlisi i se'ns van plantejar noves qüestions que mereixien un estudi en profunditat.

Trobar trets característics de personalitat propis de l'infant i l'adolescent que puguin condicionar el comportament en l'activitat odontològica i la preferència o empatia per a un determinat *model d'odontòleg*, ens pot ser d'una gran utilitat en Odontopediatria ja que, com en d'altres disciplines que suposin l'atenció i el treball amb nens, ens pot ajudar en les tècniques de control de conducta i a aconseguir "*connectar*" (ésser empàtics) amb el pacient odontopediàtric, fet decisiu per tal d'obtenir la seva indispensable col·laboració.

Així doncs, la present tesi és, alhora, la continuació d'un estil de treball i el fruit de la necessitat d'aprofundir en l'aspecte psicològic lligat indefectiblement a la professió mèdica, on s'estableix el vincle pacient-professional. Dins de l'Odontopediatria, per millorar aquesta relació es necessita comprendre els trets de conducta de l'infant i adolescent i, per a aconseguir-ho, cal analitzar quins mecanismes intervenen en el desenvolupament psicofísic del nen. Un Odontopediatra format en conceptes bàsics de Psicologia Evolutiva o del Desenvolupament estudiarà molts altres factors (entorn familiar, rendiment escolar, conflicte generacional...) a part de la patologia dental corresponent, per intentar entendre i reconduir una conducta disruptiva en el gabinet odontològic.

## **2. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA.**

### **2.1. El desenvolupament psicosexual en la infantesa i l'adolescència.**

L'edat de 6 a 7 anys és considerada com un moment crític, un punt de tall on s'esdevé una transformació en l'esfera psíquica de l'infant; aquest passa de la forma vital *nen* a la forma vital *escolar*, amb les interaccions socials que això implica. L'escola com a institució, la figura del mestre i els companys del nen aniran agafant un paper cada vegada més influent, arribant al punt més àlgid a l'edat de 13 a 14 anys. L'adolescent continua vinculat a l'escola, però comença a rebre les influències d'altres models. Durant tot el període preescolar i els primers anys d'escolarització, els pares són el principal referent del nen. Posteriorment, professors i coetanis van adquirint cada vegada més relleu emocional, podent exercir una influència superior a la dels pares. Altres models aniran col·laborant en el desenvolupament de la

personalitat del futur adult, tant en l'esfera cognoscitiva com en el comportament social, emocional i moral<sup>1</sup>.

En els propers apartats volem oferir els conceptes bàsics del desenvolupament de la personalitat de l'infant per tal de poder entendre, des de la visió que ens ofereix la Psicologia, quins mecanismes o motivacions poden explicar les tendències diferencials genèriques del nen de 6 a 7 anys i de l'adolescent.

### **2.1.1. La personalitat i el desenvolupament social en l'escolar de 6 a 7 anys.**

La *identificació* és el procés a través del qual es va adquirint progressivament la personalitat i el comportament social, mitjançant la imitació de característiques d'altres. La *imitació* és l'adquisició del coneixement i comportament mitjançant l'observació dels actes d'altres persones i comportant-se de la mateixa manera després<sup>2</sup>. La infantesa és una etapa dinàmica on, com veurem, els models a imitar aniran canviant i, d'aquesta manera, progressivament s'anirà perfilant el *rol* o paper del nen. Els principals referents a aquesta edat són els pares i altres familiars (principalment els avis), els mestres i els companys, els seus coetanis.

#### **2.1.1.1. La identificació amb els pares.**

La identificació no és, simplement, l'aprenentatge de conductes per mitjà de l'observació, fet que no necessita de l'establiment de vincles emocionals amb el model. El nen pot observar i imitar un model amb el qual tingui un contacte esporàdic, però per a poder identificar-se cal el vincle afectiu, els valors i els atributs personals de la persona imitada. Aquest fet permet que la conducta sigui duradora i s'incorpori al procés de socialització del nen. En l'establiment i manteniment d'una forta identificació amb la mare o el pare cal, d'una banda, que l'infant capti una semblança física o psíquica amb un dels progenitors i, de

l'altra, hauran de posseir qualitats atractives per a la nena o el nen<sup>3</sup>. Sembla obvi que la identificació serà més intensa amb qui sigui més atent, afectuós, càlid i sol·lícit envers les seves necessitats que amb qui el rebutgi; aquest últim no és *atractiu* per a servir com a model.

El més habitual és que la identificació sigui més estreta amb el progenitor del mateix sexe, ja que s'assembla més físicament. Tot i així, qui té el paper principal en la cura dels nens, encara avui, és la mare, i aquest fet explica la gran importància de la figura materna per als infants, independentment del seu gènere. Amb l'edat, la freqüència amb què és elegit un dels pares, com a model ideal al qual s'aspira, disminueix<sup>1</sup>. Són els nous contactes que s'estableixen, a mesura que el món del nen es va obrint, els responsables d'aquest, podríem anomenar, procés de progressiu distanciament.

#### **2.1.1.2. La identificació amb els coetanis.**

Les influències dels nens de la mateixa edat sobre la conducta de l'individu augmenten amb l'edat, i això s'explica perquè es mantenen relacions cada vegada més freqüents i estretes amb els coetanis a mesura que el nen passa més temps fora de la llar (escola, activitats extraescolars...).

Els companys d'escola són, també, *agents de socialització*, i com a tals compleixen la important funció de proporcionar-se, els uns als altres, aquella informació útil sobre quina és la conducta adequada en una situació donada. Els mecanismes de socialització són els mateixos per a tots els models: premi-càstig, observació i modelatge per imitació; és a dir, el grup accepta certes conductes i sanciona d'altres, a més de servir d'ideal per a observar i imitar<sup>4</sup>.



Com veurem, en la pubertat exerceix una gran pressió allò que diu o que fa el grup, especialment el líder, i com això condiciona l'actitud de l'adolescent.

### **2.1.1.3. El paper del mestre.**

El mestre és, habitualment, el primer adult que, fora de l'ambient familiar, desenvolupa un paper destacat en la vida de l'infant; en molts casos pot actuar com a “segon pare” o “segona mare”. L'objectiu primari del docent és el d'ensenyar habilitats i coneixements teòrics però, de manera indirecta però igualment fonamental, participa en el procés de modelar la personalitat i conducta dels seus deixebles. Els mestres són, doncs, poderosos agents de socialització<sup>4</sup>.

En el decurs de la nostra vida acadèmica recordem d'una manera especialment intensa aquell professor o aquella mestra que, a banda de les seves qualitats docents, habilitats pràctiques o intel·ligència, tenia un tracte humà, afecte... en definitiva, ens atreïa d'alguna forma i va suposar, o suposa, un model a seguir. També els nens petits poden imitar la conducta dels seus mestres, especialment si aquests són atractius (en la seva concepció més global) i ofereixen recompenses. A mesura que va creixent i, com veurem, especialment en la pubertat, el nen pot sentir una atracció física o enamorament envers el seu professor.

### **2.1.1.4. La tipificació sexual: els rols genèrics i els estereotips sexuals.**

En gairebé totes les cultures s'espera que homes i dones desenvolupin unes característiques distintives<sup>4,5</sup>. El terme *rol* deriva del concepte de paper dramàtic en el teatre de l'Antiga Grècia<sup>6</sup>. En el vocabulari sociològic pren el sentit del paper “interpretat” pels individus membres d'una societat. Així



doncs, podríem considerar *rol genèric o sexual* com un conjunt de conductes assignades a una persona en funció del seu sexe<sup>7</sup>. Totes les referències condueixen a sentenciar que els rols genèrics s'aprenen; és una qüestió d'educació, cultural. No podem considerar els papers i característiques assignades a dones i homes d'una determinada cultura com un fet "prescrit per la natura", determinat biològicament<sup>4,7</sup>. En certes societats, activitats com cuinar, cosir o cuidar els animals domèstics són pròpies de les dones; en altres, ho són del homes<sup>4</sup>. En un estudi realitzat a més de 30 països, Williams i Best (1990)<sup>8</sup> van constatar que, de manera unànime, es considerava l'home com a aventurer, fort i independent; la dona era vista com a sentimental i submisa. El sexe masculí és agressiu i dominant; el femení, vulnerable i sotmès. També trobem autors, com Lindgren i Byrne (1977)<sup>9</sup>, que defensen que les diferències conductuals bàsiques estan determinades genèticament, encara que la gran majoria de trets associats a un o altre sexe vénen introduïts per la cultura a la qual es pertany. Els sociobiòlegs Wilson (1978) i Barash (1979) expliquen les diferències genèriques per mitjà de la selecció natural<sup>10</sup>. Aquests autors proposen que portem en l'herència la divisió del treball, establerta ja en societats primitives: l'home caçava i lluitava mentre que la dona guardava la llar i tenia cura dels fills. Com que aquest sistema fou vàlid per a la supervivència i reproducció de l'espècie, se suposa que la selecció natural va dotar l'home d'una major agressivitat i la dona de sensibilitat i d'un instint de protecció derivat de la maternitat. Com és obvi, aquesta divisió genèrica per tasques concretes, tan primitiva, ja no existeix, però encara avui mantenim reminiscències en la societat actual<sup>7</sup>.

Definim els *estereotips* com un conjunt de creences sobre les característiques d'una categoria de persones, considerades comunes a tots els membres d'aquesta categoria<sup>12</sup>. Per tant, els *estereotips sexuals* són l'exageració de les expectatives referents a com ha de ser el comportament d'un i altre sexe, generalitzacions sobresimplificades sobre les característiques pròpies de dones i homes<sup>2,6</sup>. El problema derivat d'aquesta visió simplificada és que aquestes generalitzacions poden ser falses, no només per al grup globalment sinó que, a més, també ho poden ser per a qualsevol membre específic del grup<sup>12</sup>. Sovint s'assignen els termes *instrumentalitat* i *expressivitat* per a definir un i altre tipus de conducta en funció del gènere. Així, els homes duen a terme papers instrumentals, orientats cap a tasques concretes, mentre que les dones desenvolupen un paper expressiu, de servei a les necessitats físiques i psicològiques de la família<sup>5</sup>. Thaler (1987)<sup>13</sup>, va fer un llistat dels estereotips sexuals més estesos. És considerat com a masculí ser actiu, agressiu, competitiu, independent, dominant, ocultar les emocions, mentre que femení significa ser passiu, amable, dependent, emocional, indecís, proteccionista, maternal. Com podem veure, 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 encara que, com desenvoluparem més endavant, instrumentalitat i expressivitat poden ser independents del gènere.

El terme emprat per a designar l'adquisició de les respostes, característiques i capacitats que es consideren adients al sexe de la persona dins la seva societat és el de *tipificació sexual*. Com en el procés de socialització, en el de

tipificació sexual són factors decisius l'observació, la identificació i el premi-càstig<sup>3</sup>.

#### **2.1.1.4.1. La tipificació sexual en la família**

Hi ha molts testimonis que donen suport a la idea que la identificació amb el progenitor del mateix sexe contribueix al procés de tipificació sexual. A més, els pares estimulen la conducta tipificada sexualment, de manera directa, recompensant aquelles respostes considerades com adients al sexe del nen o nena. Naturalment, els progenitors estan pressionats per la cultura a la qual pertanyen, premiant o sancionant les conductes atribuïbles als rols i estereotips sexuals que, com ja hem vist, la societat estableix<sup>3</sup>. Aquesta pressió sociocultural no només implica a les conductes, sinó que és aplicable a formes de vestir, jocs i joguines, colors clàssicament considerats de nen o de nena (blau i rosa, respectivament)...<sup>14</sup>

#### **2.1.1.4.2. Influència dels coetanis en la tipificació sexual.**

Si bé els fonaments de la tipificació sexual s'estableixen a la llar, podem dir que els coetanis recolzen i amplien els esforços que realitzen els pares per a socialitzar els fills, amb la finalitat que es comportin de forma apropiada al seu sexe<sup>3</sup>. La influència dels coetanis pot contrarestar, en alguns casos, els efectes de la identificació a la llar. Per exemple, un nen altament identificat amb la mare -potser perquè és ella amb qui més ha conviscut o qui més atenta i comprensiva ha estat amb ell- pot tenir característiques globalment considerades femenines. A partir de l'ingrés a l'escola, possiblement la seva conducta es desplaçarà cap a un sentit més *masculí*. Així doncs, el grup d'iguals exerceix una considerable pressió en l'escolar de 6 a 7 anys, que

serà molt intensa en l'època prepuberal i adolescència. En els primers anys d'escolaritat els infants no tenen cap mena d'inconvenient a jugar i relacionar-se amb nens i nenes, indistintament. Mentre que l'escolar de 6 a 7 anys considera indiferent jugar o no amb companys del sexe contrari, això deixa de ser així ben aviat: els nens juguen amb els nens a "jocs de nens" i les nenes, naturalment, amb les nenes i a "jocs de nenes". Infringir aquesta norma, trencar aquest estereotip és mal vist pel grup. El nen que juga amb nines és "marieta"; la nena que juga o es comporta com un nen, un "xicotot" <sup>14</sup>. Un cop més, premi-càstig: els coetanis sancionen amb burles i menyspreu el tracte amb el sexe contrari; es fomenta així la formació, separació i consolidació dels estereotips sexuals<sup>1</sup>.

#### **2.1.1.4.3. Tipificació sexual a l'escola: el paper del mestre.**

Des de la llar d'infants en endavant, l'escola és durant més d'una dècada el centre del món del nen fora de la llar<sup>4</sup>. En funció del sexe del mestre, es reforçaran uns tipus o altres de conducta. Naturalment, també depèn de la força amb què hagin arrelat els estereotips sexuals en l'educador. Les seves creences i interpretacions personals sobre quin és el rol genèric adient al nen o nena poden esbiaixar, conscientment o inconscient, el reforçament d'unes o altres conductes en l'alumne.

Els docents dedicats a llar d'infants i primers anys d'Educació Primària són dones majorment. Deixant de banda si aquest fet pot ser el resultat de la pressió d'un estereotip sexual (Magisteri i, especialment, Jardí d'Infància són disciplines clàssicament considerades femenines), la figura d'una

professora durant aquests primers anys de formació pot influir en la identificació de l'infant.

#### **2.1.1.4.4. Altres tendències en tipificació sexual: androgínia.**

Sandra L. Bem (1974) va definir el concepte d'*androgínia* o, per ser més exactes, el va redefinir. L'accepció clàssica d'androgínia es basa en un concepte lligat a la patologia sexual, concretament fa referència al *pseudohermafroditisme parcial de l'home*<sup>15</sup>. Segons la definició de Bem, una persona andrògina és aquella que presenta alts nivells tant d'instrumentalitat com d'expressivitat<sup>16</sup>. Un individu androgin pot presentar trets masculins o femenins, instrumentals o expressius, depenent d'allò que més s'escaigui a determinada situació. Ésser androgin no significa, en absolut, ser neutre ni té cap implicació sobre l'orientació sexual de la persona<sup>7</sup>. Per a mesurar l'androgínia psicològica, Bem va crear el *Bem Sex Role Inventory* (BSRI), un qüestionari constituït per una llista de 60 característiques de personalitat: 20 tradicionalment "masculines" (agressiu, dominant, independent, ambiciós), 20 estereotípicament femenines (afectuosa, amable, comprensiva, empàtica, tendra) i 20 neutres (reflexiu, cordial, agradable). Va demanar als participants en l'estudi que valoressin, en una escala de l'1 al 7, la seva identificació amb les esmentades qualitats. Segons la puntuació obtinguda, la persona és classificada com *tipificada genèricament*, és a dir, masculina o femenina, o bé *no tipificada genèricament* o andrògina.

Es va trobar que els participants tipificats genèricament eren els més conformistes i menys independents en els seus judicis, mentre que les dones



i homes andrògins presentaven ambivalència i flexibilitat en la resolució de problemes quotidians<sup>7</sup>. Ara bé, l'androgínia psicològica no s'ha de veure com un combinat d'actituds masculines i femenines sinó com una integració de qualitats expressives i instrumentals, sense tipificar-les genèricament ja que, de no fer-ho així, es continua etiquetant una acció com més pròpia d'un o altre sexe i, en definitiva, perpetuant l'estereotip sexual<sup>7</sup>.

Per tant, tots els elements que participen en la socialització i tipificació sexual del nen - pares, escola, societat- haurien d'integrar el concepte d'androgínia per tal d'aconseguir una conducta ambivalent, flexible i, per extensió, una societat menys estereotipada sexualment.

### **2.1.2. La personalitat i el desenvolupament social de l'adolescent de 12 a 16 anys.**

L'adolescència és una etapa de transició entre l'edat infantil i l'adulta, generalment considerada com a *edat o època difícil*. Cap a començaments del segle XX, G. Stanley Hall, fundador de la American Psychological Association i pare, segons certs autors, de l'estudi científic de l'adolescència, va considerar que aquest moment del desenvolupament era un període de *Sturm und Drang* (agafat de la literatura alemanya de principis del segle XX), és a dir, de "tempestes i conflictes", fent referència a una època amb gran intensitat d'emocions, així com d'un gran potencial físic i mental<sup>17,18</sup>.

L'adolescència és, per tant, una etapa psicològicament complexa de desenvolupament, una etapa de recerca de la identitat en què el futur adult beu de moltes fonts d'influència. No és ni nen ni adult -ni mentalment ni corporal- i, enmig d'aquesta confusió, és molt làbil emocionalment, afectant-se per les

opinions dels amics, modes socials i tendències culturals (també, naturalment, pels estereotips sexuals). Malgrat tota aquesta inestabilitat, ha de seguir el seu camí d'adquisició d'autonomia i trobar el seu lloc en la societat. Podem dividir les influències sobre l'adolescent en *interiors*, aquelles que afecten la seva intimitat i les *exteriors* o tots aquells elements que l'enfronten amb la societat.

#### **2.1.2.1. Influència dels pares, mestres, adults.**

Com ja hem introduït prèviament, en l'adolescència hi ha un marcat descens quant a l'elecció dels pares com a models a imitar. És més, no només deixen de ser models de conducta sinó que poden passar a ser "de l'altre bàndol", enemics, representants de l'hostil i poc comprensiu món dels adults. Amb freqüència la problemàtica de relació adolescent-adult és simplificada reduint-la al clàssic "conflicte generacional", considerant-se com un fet natural i lògic dins del desenvolupament de la pubertat. L'arrel del conflicte es fonamenta en el manteniment, per part dels adults, de certes postures -amb freqüència allunyades de la situació actual, desfasades- que consideren com a única norma vàlida de conducta<sup>19</sup>. Aquesta forma de pensar xoca amb l'esperit de l'adolescent, que viu en una societat en profund i constant canvi, que vol viure les seves pròpies experiències, que està descobrint el món (i a ell mateix). Comprendre aquest fet és fonamental perquè els adults (pares, educadors, figures polítiques o religioses, etc) puguin, fent un esforç de flexibilitat i tolerància, resoldre o minimitzar el conflicte entre generacions. D'altra forma estarà en constant enfrontament amb els adults, considerant-los com a figures d'autoritat imposada; la figura de l'adult serà rebutjada per la postura contrària que representa en l'ideari adolescent<sup>20</sup>.

### 2.1.2.2. Influència dels coetanis i pressió sociocultural.

El grup de coetanis anirà agafant cada cop més importància en el procés de socialització, per davant de familiars i educadors. Aquest lent procés de desvinculació, com hem anat veient, arriba al punt àlgid en la pubertat. Paral·lelament, el nen busca establir nous vincles, a la recerca d'un suport tan necessari en aquesta època de gran inseguretat<sup>21</sup>. Per tant, el grup d'iguals es converteix en "banc de proves" i "refugi" alhora.

És també, l'adolescència, època de grans ideals, d'amors i enamoraments platònics, no únicament de persones del seu entorn sinó de cantants, estrelles de cinema<sup>1,19</sup> o d'altres personatges inaccessibles o irreal. Es tracta, a més, d'un moment de la maduració psicofísica en què les modes de la societat atrauen, però també pressionen: la forma de vestir i les marques de roba, els grups musicals, els programes de televisió, les revistes, i tants altres estímuls que envolten uns joves plens d'inquietuds i receptivitat. Dins d'aquest context, els coetanis exerceixen una important influència respecte a gustos, afeccions i relacions inter- i intra-grupals; sortir de la tendència marcada pel grup és, de forma encara més intensa que en els anys precedents, motiu de sanció i ridícul. L'adolescent, per tant, lluny d'excloure's, s'adaptarà per tal d'aconseguir el suport i acceptació desitjada que és, d'altra banda, fonamental per a la seva estabilitat. Així doncs, les preferències i actituds del noi de 13 a 14 anys estaran clarament condicionades per allò que dicti el seu entorn sociocultural.



## 2.2. Influència del gènere en l'àmbit de les Ciències de la Salut.

Hi ha un volum creixent de literatura referent a trets diferencials associats al gènere, tant del pacient com del professional mèdic, així com estudis que valoren la possible influència genèrica en la relació facultatiu-pacient. La recerca que s'ha fet fins al moment s'orienta, gairebé amb exclusivitat, a Medicina de Família, amb treballs sobre trets diferencials genèrics en la pràctica mèdica i selecció d'especialitat, ja sigui en llicenciats o estudiants, estudis enfocats a esbrinar si els pacients mostren preferència pel gènere del seu facultatiu i anàlisis sobre diferències genèriques en la comunicació facultatiu-pacient o, dit d'altra forma, si el gènere influeix en aquesta. El vincle comú en gairebé totes les investigacions és que els autors estudien el paper que juguen els rols i estereotips sexuals sobre aquestes preferències. En els propers apartats exposem les principals aportacions de la bibliografia revisada que prové, bàsicament, dels Estats Units i el Regne Unit.

### 2.2.1. Estereotips sexuals i tipificació genèrica de les disciplines sanitàries.

El món laboral no està exempt de la pressió sociocultural i la tipificació genèrica. Des de les societats més primitives ha existit una clara divisió del treball en certes tasques reservades a l'home i altres a la dona. Les professions del camp de les Ciències de la Salut no han estat una excepció. Tradicionalment, la Medicina s'ha considerat com una disciplina d'homes; la Infermeria, de dones. L'Odontologia ha seguit una tendència paral·lela, sent les higienistes i les auxiliars dentals majorment dones i els odontòlegs homes<sup>7</sup>.

La situació està canviant arreu del món. En les últimes dècades, el percentatge de dones que es matriculen a les facultats de Medicina ha augmentat de forma espectacular, arribant-se a triplicar en alguns països<sup>22-28</sup>. A Espanya, a la dècada

dels 60, només un 1,5% de tots els metges eren dones; vint anys després gairebé arribaven al 20%<sup>24</sup>. L'Odontologia repeteix l'expectativa, també de forma generalitzada. Als Estats Units, el col·lectiu d'odontòlogues ha passat d'un 1,2% als anys 60 fins al 16% previst per al 2000<sup>29-35</sup>. També el nombre de dones estudiants d'Odontologia ha augmentat fins a un 35 % a la dècada dels 90<sup>35-39</sup>. A Catalunya, l'any 1985 un 17% dels odontòlegs en actiu eren dones<sup>7</sup>. Les dades del 1r semestre del 2001, facilitades pel Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, indiquen que el 38,6% del total de col·legiats en exercici són odontòlogues. Per tant, en menys de 20 anys el nombre de dones dins el col·lectiu professional s'ha incrementat en més del doble. L'American Dental Association (ADA) ha fet una previsió per als primers 20 anys del segle XXI, que es pot extrapolar perfectament al nostre medi, indicant que el nombre de dones dentistes continuarà creixent -encara que amb menys velocitat respecte al moment actualment que el d'odontòlegs disminuirà<sup>40</sup>. Amb l'increment global, a nivell mundial, del col·lectiu professional i de facultats d'Odontologia registrat en els últims deu anys<sup>41</sup> i les previsions esmentades, la composició del col·lectiu odontològic serà cada cop menys descompensada genèricament.

Malgrat tot, aquest evident canvi i les expectatives de trobar, a mig termini, un mercat professional genèricament equilibrat, no evita que els estereotips sexuals segueixen pressionant amb intensitat. De fet, alguns autors parlen de la por a perdre la identitat genèrica si es realitza una professió tradicionalment assignada a l'altre sexe<sup>29</sup>. El dentista és home, la higienista és dona; la infermera és dona, el metge és home. La pressió sobre el futur alumne universitari és alta, més per als homes que per a les dones. Una dona que assoleixi un càrrec o posició atribuïda a

L'home és una vencedora, està aconseguint la igualtat social i laboral, guanyant la batalla dels sexes. L'home que desenvolupa una tasca o carrera professional "de dones" s'està "feminitzant", en el sentit més pejoratiu del terme. La qüestió, si no controvertida, com a mínim convida a la reflexió. No en va, trobem un gran nombre d'estudis referents a tipificació genèrica, estereotípia i rols sexuals en Ciències de la Salut, ja sigui en Higiene Dental<sup>42-44</sup>, Formació Professional de branca sanitària<sup>45, 46</sup>, Infermeria<sup>47-52</sup>, Medicina i especialitats<sup>53-59</sup> i Odontologia<sup>60-62</sup>.

La Higiene Dental és considerada com estereotípicament femenina<sup>42</sup>, amb un clar predomini de dones en el col·lectiu. Una tendència molt similar segueix la Infermeria<sup>47</sup>, encara que la presència d'homes és superior. Aquest fet ha motivat diferents estudis sobre el paper i tipificació dels infermers<sup>50-52</sup>. També s'han realitzat investigacions, en nens i adults, demanant als participants que identifiquessin com a metge/essa o infermer/a diferents imatges d'homes i dones<sup>49, 63</sup>. Tant en el cas dels nens com en el dels adults es tendeix a identificar homes amb metges i dones amb infermeres, i s'arriba a la conclusió que Medicina i Infermeria són professions altament sotmeses a la força dels estereotips sexuals.

Com ja hem vist, s'atribueixen a la dona característiques expressives (sensibilitat, afectivitat, feminitat, tendresa...) i als homes trets instrumentals (agressivitat, independència, autosuficiència, masculinitat, força...)<sup>16</sup>. Hi ha consens a emetre la hipòtesi que aquests trets diferencials expliquen el predomini d'un o altre sexe en les diferents disciplines i que els estudiants s'orientin cap a una determinada especialitat. Hamby, entre altres autors, utilitza aquest argument per explicar les diferents conductes en funció del sexe<sup>62</sup>. El raonament és el següent: l'home és

masculí, instrumental, per tant tindrà una conducta menys empàtica i triarà especialitats més tècniques, prestigiades i competitives; la dona és femenina, expressiva, per tant serà més afectuosa i comunicativa, triant especialitats més orientades a la prevenció, tracte amb nens i als problemes socials i/o psicològics. En l'estudi de Hamby, les estudiants higienistes s'autodescriuen com a femenines, mentre que les estudiants odontòlogues es consideren andrògines.

Així doncs, podríem dir que existeix un *procés de socialització professional*, que confereix certs atributs i qualitats a les diferents disciplines sanitàries, tipificant-les genèricament. El fet d'assignar característiques diferencials a homes i dones, i per extensió, considerar que són més hàbils o indicats per a determinades professions (ahora tipificades), no fa altra cosa que reforçar i perpetuar els estereotips sexuals, tant personals com laborals.

#### **2.2.1.1. Diferències genèriques en Medicina.**

D'entre les Ciències de la Salut, la Medicina és qui aplega més publicacions referents a tendències diferencials genèriques. Per aquest motiu, dirigirem inicialment la nostra recerca bibliogràfica en aquest sentit i, posteriorment, analitzarem quina és la situació en el camp de l'Odontologia.

##### **2.2.1.1.1. Diferències genèriques en la pràctica professional.**

Cada vegada són més nombrosos els estudis sobre aquest aspecte, responent, com hem vist, a l'expectativa generada per l'espectacular increment de la presència de la dona en el món de la Medicina. Els principals treballs donen suport a la hipòtesi d'un estil de treball i conducta professional diferent en homes i dones. Hi ha consens que les metgesses fan visites més llargues (hi ha autors que no troben diferències significatives al

respecte<sup>27</sup>), afavoreixen una consulta més participativa, tenen nivells de comunicació més alts, somriuen i assenteixen amb més freqüència, proporcionen més informació i mostren més empatia que els seus col·legues homes<sup>25,26,28,64-70</sup>.

Respecte a la selecció d'especialitat, diferents estudis indiquen que els homes orienten la seva carrera cap a especialitats tècniques i quirúrgiques i les dones cap a Ginecologia, Atenció Primària, Pediatria i Psiquiatria<sup>71-75</sup>. Aquests resultats donarien suport a la idea que la instrumentalitat de l'home i l'expressivitat de la dona condicionen l'opció professional, mantenint la Medicina com a disciplina genèricament diferenciada. Estudis recents, però, parlen d'un panorama més dinàmic i menys tipificat, amb un increment de dones accedint a Cirurgia<sup>76</sup>.

Pel que fa a tipus de pràctica professional, la dona tendeix a treballar a temps parcial i menys hores que l'home<sup>77,78</sup>. S'estima més l'activitat assalariada i en organitzacions o institucions públiques que en la pràctica privada de lliure remuneració<sup>79,80</sup>. L'explicació que s'ofereix és que la dona ha de compaginar l'activitat professional amb la maternitat, responsabilitats familiars i activitats domèstiques<sup>81</sup>.

L'aspecte vocacional o motivació també ha estat objecte d'anàlisi. En general, s'atribueix a l'home una elecció d'especialitat incentivada pel nivell de prestigi social i potencial de guany econòmic, mentre que la dona valora més l'altruisme i altres aspectes menys instrumentals<sup>82-84</sup>, encara que existeixen estudis que assenyalen l'altruisme i el repte intel·lectual com la



principal motivació, tant en dones com en homes, per a estudiar Medicina, per damunt fins i tot de l'estatus i prestigi<sup>85</sup>.

També trobem revisions sobre el paper i posició que la dona ocupa dins del camp de la Medicina. Malgrat que la proporció de metgesses continua aproximant-se a la de metges, la dona encara és minoria o excepció en determinades societats mèdiques i en les posicions de poder<sup>22, 70, 80</sup>. Aquesta manca de representació en certes disciplines i alts càrrecs s'explica mitjançant la rigidesa de les estructures, tradicionalment dominades per homes, discriminació i, un cop més, les responsabilitats domèstiques<sup>86</sup>. Alguns autors parlen d'una òbvia inequitat respecte a la dona que, directament o indirecta, també afecta l'home i va en contra d'un ambient que fomenti i retingui els millors especialistes, independentment del sexe<sup>87</sup>.

#### **2.2.1.1.2. Preferències dels pacients sobre el gènere del metge.**

Que els pacients prefereixen que els visiti un o altre especialista, en funció de si aquest és home o dona, és un fet cada vegada més documentat. La bibliografia consultada presenta gairebé totes les combinacions possibles quant a preferència. Així, trobem estudis que afirmen que el pacient elegeix un facultatiu del mateix sexe<sup>25, 68, 88-100</sup>, altres que estableixen una preferència general, o bé pels homes<sup>101</sup> o bé per les dones<sup>102</sup>, i treballs que mostren una tendència a triar un professional mèdic de l'altre sexe<sup>103-105</sup>. S'ofereixen diferents hipòtesis per explicar unes i altres opcions. En el cas de la preferència pel mateix sexe, per exemple, es considera la pressió (un cop més) de la tipificació genèrica i dels estereotips. Tanmateix, alguns autors reporten discreta o cap mena de preferència ni associació amb la

tipificació o estereotips sexuals<sup>106-108</sup>, Weyrauch conclou que, segons els resultats del seu estudi, mentre que la majoria de pacients no mostren preferència per un facultatiu d'un determinat sexe, en les dones el rol sexual (mesurat mitjançant el Bem Sex Role Inventory<sup>16</sup>) s'associa significativament amb la preferència per una metgessa<sup>94</sup>.

Podríem dir que, per norma general, els pacients tendeixen a triar un metge del mateix sexe quan consulten determinades patologies. Aquells problemes de salut considerats "íntims", és a dir, que impliquin, per exemple, una exploració genital, o bé l'abordatge de problemes socials o psicològics (malalties mentals, addiccions...) suposen una situació difícil (vergonya, incomoditat) per al pacient, especialment si qui tenen davant, independentment que es tracti d'un metge, és algú de l'altre sexe. Així doncs, les dones prefereixen una ginecòloga i els homes un uròleg (si cal fer, per exemple, un tacte rectal). Tendències iguals s'apliquen en especialitats com Psiquiatria o, fins i tot, Medicina General, sent les dones les que més preferències (i més freqüentment) mostren en triar un facultatiu. Per tant, hi ha un important volum de la literatura referint que les persones, dones amb més freqüència, declaren una preferència genèrica quan han de ser visitades per un professional de la salut, encara que les raons d'aquesta preferència no són conegudes. De la mateixa manera que la tipificació genèrica influeix en l'elecció d'estudis, especialitat o alternativa professional, s'argumenta que també pot condicionar l'elecció del sexe del metge. Si l'home és socialitzat com instrumental, tècnicament competent, i la socialització de la dona implica expressivitat i "humanitat", aleshores els

pacients *masculins* buscaran competència tècnica i les pacients *femenines* qualitats humanes<sup>68, 98</sup>. Fennema<sup>93</sup> va concloure que la màxima prioritat dels pacients, globalment, era la comprensió i humanitat del facultatiu; els que preferien metgesses argumentaven que les *conductes humanes* eren més pròpies de les dones, mentre que aquells que triaven metges consideraven les esmentades conductes com a característiques dels homes. Els pacients que preferien un facultatiu-home associaven la competència tècnica com característica d'aquests. Els resultats de Fennema, doncs, suggereixen que els pacients associen certs comportaments al sexe del facultatiu. Greenberg<sup>104</sup> refereix que les dones, comparades amb els homes, mostren una preferència superior cap a un facultatiu que presenti l'estereotip sexual masculí (dominància, autonomia, agressivitat) i, en el cas dels homes, les preferències s'orienten cap a l'estereotip sexual femení (deferència, comprensió, labilitat).

Un estudi recent (Van Ness, 2000), realitzat amb nois adolescents, ofereix resultats que, si més no, són sorprenents: prefereixen una metgessa, fins i tot en el supòsit d'exploració genital<sup>103</sup>. Seguint la mateixa línia, Fenton<sup>105</sup>, dins de l'àmbit de la Psiquiatria, va trobar que els pacients que havien patit un trencament o problemes matrimonials preferien ser visitats per psiquiatres del sexe oposat.

Segons la nostra recerca, el nombre de publicacions realitzades per investigadors nacionals fent referència als aspectes genèrics de la relació pacient - facultatiu és molt limitat<sup>24, 66, 68</sup>. Destaquem el de Delgado<sup>68</sup>, conclouent que els pacients elegeixen un facultatiu del mateix sexe per a



determinats problemes de salut, assignant els mateixos estereotips genèrics que socialment són aplicats a homes i dones.

### **2.2.1.1.3. Comunicació pacient - metge: percepcions i expectatives.**

Un dels aspectes més importants, dins de la relació facultatiu - pacient, és la comunicació entre ambdues parts, i com aquesta és decisiva en el grau de satisfacció de l'usuari i en l'acurada descripció dels símptomes, aspecte aquest últim d'evident transcendència. Les variables que s'han estudiat al respecte inclouen, entre altres: temps total d'interacció, grau d'informació intercanviada, grau d'empatia del metge.<sup>64</sup>... El sexe de l'entrevistador mèdic, per tant, pot afectar la comunicació ja que, d'una banda, serà diferent la percepció que l'individu tingui de les capacitats o habilitats d'una metgessa o un metge i, de l'altra, coneixem la hipòtesi que confereix qualitats expressives i més empàtiques a la dona. Es poden citar diverses revisions i assaigs que confirmen i recolzen aquest fet. Destacarem, com a mostra, els treballs de Roter<sup>65, 110</sup>. L'any 1991 va conduir un estudi per explorar les diferències, atribuïbles al sexe del pacient i del metge, en el procés de comunicació durant una visita mèdica. Els resultats mostren que les metgesses realitzen visites més llargues, parlen més, fan més preguntes i donen més informació que els seus col·legues homes. Tanmateix, els pacients participen més, donen més informació i pregunten més a les metgesses que als metges. Anys més tard, el 1998, va fer una revisió cercant què deia la literatura sobre el tema. Un cop més, la bibliografia indica que les metgesses mostren una afinitat superior per un model de relació pacient - facultatiu més col·laboracionista/ interactiu, invertint més temps en la cita,

abordant temes de caire social o psicològic i treballant més amb sentiments i emocions. A més, s'interpreta que aquest entorn facilita una major participació i un intercanvi mèdic més efectiu. Segons Arnold<sup>111</sup>, referent a la suposada superior erudició científica dels metges respecte a les metgesses, indica que no hi ha diferències significatives que justifiquin tal consideració suggerida per altres estudis; ara bé, detecta notables diferències en la relació metge - pacient: la dona transmet una major sensibilitat i cura als malalts, concepte que torna a reforçar la percepció que les metgesses són més empàtiques que els metges.

En base a aquesta premissa, homes i dones haurien de tenir els nivells més alts de comunicació, satisfacció i preferència amb metgesses. Hall<sup>112</sup>, coincideix amb altres autors en referència que l'estil de comunicació de les dones, que incideix més en aspectes psicosocials i emocionals, afavoreix la participació del pacient, però considera que altres factors han d'intervenir en la satisfacció dels pacients, ja que aquesta no és clarament superior respecte a la dels metges.

Reforçant aquesta consideració, veiem que entre els usuaris hi ha una elevada tendència a triar professionals del seu mateix sexe, concretament en problemes de salut de caire més personal o "íntims" que, en principi, necessiten d'un alt nivell de comunicació i empatia. D'aquest fet prou evidenciat sorgeix la hipòtesi alternativa que les interaccions entre el mateix sexe es caracteritzen per una comunicació més efectiva que entre sexes oposats. També trobem mostres a la literatura que investiguen i ratifiquen aquest supòsit. S'estudia, majorment, la relació metgessa-dona en

l'especialitat de Ginecologia<sup>90, 91, 97, 107</sup>. Globalment, les dones refereixen més satisfacció i millor entesa amb ginecòlogues. Heaton<sup>95</sup>, va traslladar aquest tipus d'interacció a l'especialitat d'Andrologia/Urologia, per tal d'analitzar la preferència dels homes. En el supòsit d'una exploració genital o un tacte rectal, els homes no dubten a triar un especialista del seu mateix sexe. Tots els estudis que recolzen aquesta superior entesa *mateix sexe* versus *sexe oposat* conclouen que els pacients prefereixen un metge del mateix sexe per a problemes de tipus sexual/ psicològic ja que, en aquest tipus de trastorns, es redueix l'angoixa/ vergonya associada, determinant per a alguns autors<sup>68</sup>. Els pacients, a més, poden pressuposar que rebran una major comprensió per part d'algú que és "*igual*" a ells. És a dir, existeix el concepte que ningú pot entendre millor una dona i els seus problemes que una altra dona. I es pot aplicar el mateix raonament per als homes. No deixa de ser, per tant, un altre estereotip que condiciona la preferència, satisfacció i confiança del pacient i, en definitiva, la interacció d'aquest amb el seu facultatiu.

Altres factors, alguns d'absolutament aliens a les habilitats i aptituds estrictament professionals, s'hi afegeixen. Per exemple, la manera de vestir, l'atractiu físic i, naturalment, la visió preconcebuda (estereotipada) de les capacitats tècniques i competència del metge o metgessa, també juguen un destacat paper. Young<sup>113</sup> va estudiar l'efecte del sexe, atractiu físic i el tipus de problema de salut sobre el relat (manifestació verbal) dels símptomes per part dels pacients. Segons els resultats de l'esmentat autor, aquests estaven més predisposats i comunicatius amb els professionals més atractius, quan

els problemes eren de tipus més general que no pas personals o psicològics, i en les interaccions pacient - metge del mateix sexe, especialment en problemes personals o mentals.

Respecte a la percepció que té el pacient sobre la forma de vestir del seu metge, McNaughton-Filion va suggerir que els pacients prefereixen, en el cas dels homes, doctors d'entre 30 i 50 anys, vestits tradicionalment amb bata blanca, camisa, corbata i pantalons. En el cas de les metgesses, no manifesten una idea tan clara de com ha de ser l'aparença o indumentària més adient<sup>114</sup>.

Pel que fa a les qualitats o trets considerats més característics del metge o la metgessa, Delgado<sup>68</sup> va fer una enquesta a un grup de pacients, enunciant una sèrie d'atributs i demanant que assenyalessin a qui s'esqueien més. Enunciats del tipus "*és tècnicament competent*" o "*coneix els tractaments mèdics més moderns*" van ser assumits com a propis del metge, mentre que "*és humana*" o "*sembla que sap pel que estic passant*" es consideraren com característics de la metgessa.

Veiem, doncs, que el sexe del facultatiu és un factor que exerceix una considerable influència en la preferència i satisfacció del malalt, no pel fet estrictament biològic sinó per una sèrie d'elements associats, bàsicament de l'entorn sociocultural i les creences personals.

#### **2.2.1.2. Diferències genèriques en Odontologia.**

La revisió de la literatura sobre diferències genèriques en Medicina ens permet establir la línia de recerca i fer una previsió sobre la situació que podem trobar en Odontologia. Considerant que la tipificació de les disciplines mèdiques és,

entre altres factors, conseqüència de les directrius socials, podem predir que l'Odontologia dibuixarà un patró molt similar.

#### **2.2.1.2.1. Diferències genèriques en la pràctica professional.**

Els principals treballs sobre el tema provenen, com els realitzats en Medicina, dels Estats Units i el Regne Unit. Segons recollim en els diferents estudis, la gran majoria de dentistes es dediquen a la pràctica privada, clarament preferida pels homes<sup>39</sup>. Les dones, en canvi, s'estimen més treballar contractades per altres dentistes<sup>115</sup> o bé trien la docència, el treball en equips hospitalaris o en serveis públics de salut<sup>116, 117</sup>, invertint menys hores i/o a temps parcial<sup>118</sup>, i desenvolupen una carrera professional més curta<sup>119</sup>. S'argumenta que el fet d'aquesta superior predisposició a treballar menys hores i preferir ser assalariades d'una institució sanitària, o col·laboradores d'un altre odontòleg, abans que ser propietàries d'una consulta respon a la necessitat de combinar activitat professional amb les responsabilitats familiars i de la llar<sup>31, 120-122</sup>. Treballar per a institucions públiques ofereix el benefici de les baixes maternals i la seguretat laboral que atorga un contracte fix<sup>123</sup>. Houpt comenta, consolidant les anteriors opinions, que la dona troba dificultats en combinar responsabilitats familiars amb la pràctica odontològica ja que, d'una banda, aspira a l'èxit professional però, de l'altra, nota que passa el temps marcat pel "*rellotge biològic*" i experimenta la necessitat i satisfacció de tenir fills. Per aquest fet, doncs, tria treballar a temps parcial o deixar temporalment l'exercici professional<sup>124</sup>. Tot i així sembla que la dona renuncia cada vegada menys a la seva carrera professional i endarrereix al màxim la maternitat. Dolan<sup>125</sup>,



en relació amb aquest punt, detecta una menor predisposició de les odontòlogues a casar-se i tenir fills.

Waldman<sup>31</sup> suggereix que la dona practica l'Odontologia més per raons de satisfacció personal que no pas pel guany econòmic. En la mateixa línia, Austin<sup>30</sup> conclou que la figura de l'odontòloga es correspon amb la d'una dona que vol combinar professió amb família, triant aquesta ocupació per realitzar-se personalment i per motius d'altruisme. Wilson<sup>35</sup> refereix que les dentistes estan més predisposades a tractar un major percentatge de pacients amb discapacitats (físiques o psíquiques), que pertanyin a minories o estrats marginals o, fins i tot, que tinguin un baix nivell d'ingressos i dificultats per pagar.

Respecte a la durada de les visites, segons dades provinents de l'American Dental Association (ADA)<sup>126</sup>, les odontòlogues dediquen més temps per pacient que els seus col·legues, fet coincident amb la situació en Medicina i que, com hem vist, s'atribueix a la superior empatia i atenció al malalt en les metgesses. Reforçant aquest concepte, Westerman<sup>61</sup> assenyalà que la dona presenta un component més elevat de sensibilitat en la seva personalitat, fet que es tradueix en un superior interès i realització en l'ajuda als altres.

Pel que fa a la selecció d'especialitat, hi ha consens en afirmar que la dona prefereix l'Odontopediatria i l'Ortodòncia mentre que l'home elegeix Cirurgia Oral i Maxil·lofacial<sup>33, 38, 117, 125, 127-136</sup>. Si el motiu del major nombre de dones en odontopediatria és degut que aquestes tenen més expressivitat (instint maternal, paciència, tendresa) o bé perquè els homes la consideren com a "especialitat femenina" i, per aquest fet, es dediquen a

altres disciplines, és una especulació que mereix un estudi més detingut. El mateix raonament és vàlid per a les “especialitats masculines”: es pot especular que no hi ha dones per l’absència de qualitats instrumentals en aquestes o bé perquè troba una gran dificultat a accedir i promocionar-se en un món tipificat genèricament i dominat per homes.

Respecte a la motivació o vocació, en l’ estudi d’ Austin abans esmentat<sup>30</sup>, es va enquestar una mostra de 2.777 de dones estudiants d’Odontologia dels Estats Units i Canadà; aquestes van considerar com a motivació principal l’ajuda als malats, per sobre de l’ incentiu econòmic o l’ estabilitat laboral. En una enquesta realitzada per nosaltres sobre una mostra de 80 estudiants de tercer curs d’ Odontologia, representativa dels estudiants a Espanya<sup>138</sup>, el 48% de les dones van triar la tasca social i ajuda al malalt com la principal motivació, en comparació al 22% dels homes. Pel que fa a l’incentiu econòmic i el prestigi social, més del doble d’ homes que de dones va assenyalar aquest factor com la motivació preferent (35,5% i 17,3% respectivament)<sup>137</sup>. Segons aquestes referències de la literatura, sembla possible que la dona esculli l’Odontologia per motius més altruistes que l’home.

El debat s’origina quan ens qüestionem si aquestes diferències es poden justificar només mitjançant la *instrumentalitat* de l’home i l’*expressivitat* de la dona. Scholle<sup>139</sup> manifesta que la preocupació pels altres, l’afectivitat, la tendresa i altres qualitats expressives no són exclusives de la dona. Aquest judici agafa consistència a partir del concepte, ja exposat, d’*androgínia psicològica*<sup>16</sup>.

Rosenberg, més enllà de l'assignació de qualitats en funció del gènere, parla de les actituds envers els rols genèrics i la coherència o consistència entre els diferents papers que assumeix un individu. Segons les seves investigacions, a la dècada dels 70, els estudiants i professors (homes) d'Odontologia veïen el concepte *dona estudiant* diferent del rol sexual *dona adulta* i del rol professional *odontòloga*<sup>140</sup>. Vint anys més tard, en el 1998, tant docents com estudiants consideraren el concepte *dona estudiant d'Odontologia* consistent amb *odontòloga, dona i esposa*<sup>141</sup>. En ambdós estudis no hi va haver dubte sobre la consistència entre els diferents papers de l'home. La lectura que es fa d'aquests resultats és que el conflicte no s'estableix entre el rol genèric i el professional o a posseir qualitats expressives o instrumentals, sinó en la visió i catalogació que exerceix la societat i l'individu. A mesura que la dona ha anat introduint-se en disciplines i professions dominades pels homes, l'excepció s'ha convertit en normalitat. Els estudis de Rosenberg són una bona mostra del canvi d'actituds experimentat en les darreres dècades.

Tot i així, no ens trobem davant d'una situació d'equilibri i completa normalització. De la mateixa manera que en Medicina, les dones tenen un paper menor en els òrgans de govern i càrrecs directius d'institucions sanitàries i acadèmiques<sup>34, 141</sup>, així com en tasques de recerca dental<sup>36</sup>. Tillman suggereix que la manca d'un model de dona amb èxit en l'Odontologia, ostentant una visible posició de lideratge i realització tant professionalment com acadèmica, és un factor que pot contribuir a l'estanquitat de la situació<sup>60</sup>.



### **2.2.1.2.2. Preferències del pacient sobre el gènere i altres aspectes de la relació odontòleg - pacient.**

Hem vist que, en els estudis realitzats en Medicina, es detecta una preferència dels pacients respecte al gènere del facultatiu, especialment en disciplines associades a determinats problemes de salut més íntims o personals. L'Odontologia no és, òbviament, una especialitat amb les connotacions de la Ginecologia, però presenta una alta càrrega emocional (dolor, por i ansietat) que pot condicionar la selecció d'un o altre professional i la interacció amb aquest. Així doncs, la literatura especialitzada refereix també diferents prioritats i expectatives del pacient relacionades, directament o indirecta, amb el sexe de l'odontòleg.

Bàsicament, els pacients valoren en alt grau la comunicació, comprensió i atenció del seu dentista. Gale<sup>142</sup> considera que és possible incrementar la satisfacció dels pacients si el dentista augmenta els nivells d'interacció. Rankin<sup>143</sup> conclou que els pacients són sensibles a les conductes dels odontòlegs, i que reporten una clara preferència per dentistes que siguin informatius i sincers. Green<sup>144</sup> remarca que els pacients volen explicacions, especulant que d'aquesta manera disminueix la seva confusió i augmenta la cooperació. Kelly<sup>145</sup> indica que l'atenció de qualitat i el tracte amable són, entre altres, els factors més importants. Holt<sup>146</sup>, en la mateixa línia, indica que els aspectes primordials per als pacients són la "cura i atenció" i "l'explicació dels tractaments". Lahti<sup>147</sup> comenta que els pacients volen parlar més i necessiten ser encoratjats, i detecten problemes en la comunicació dentista-pacient que poden conduir a la frustració d'ambdues

parts. Suggereix que, en la formació dels dentistes, s'hauria de fer èmfasi en les aptituds comunicatives. Wanless<sup>148</sup> coincideix en aquest punt, considerant que l'odontòleg ha de millorar la comunicació amb els pacients adolescents, i suggereix que la formació graduada i postgraduada ha de reforçar-se en aquesta important àrea. Gerbert<sup>149</sup> afirma que qualitats com ser comunicatiu i informatiu són de les més importants dels odontòlegs i altament valorades pels pacients.

En els estudis realitzats en Medicina s'ha suggerit la superior capacitat d'empatia i habilitats comunicatives de la dona respecte a l'home. White<sup>150</sup> detecta que les odontòlogues són considerades com a més atentes i sensibles. Niessen<sup>33</sup> especula fins a quin punt l'amabilitat, atenció, ser detallista i altres qualitats assignades estereotípicament a la dona, poden influir en l'atracció dels pacients dentals cap a les odontòlogues.

Per tant, d'una banda tenim la clara preferència dels pacients cap a un professional atent, comunicatiu, comprensiu i, de l'altra, l'assignació estereotipada d'aquestes qualitats expressives a la dona. Aquests fets permeten especular sobre una possible tendència a seleccionar l'odontòleg en funció del gènere. Malgrat això, pocs estudis fan referència directa sobre aquest aspecte.

Barconey<sup>151</sup> presenta evidències respecte que els nens preescolars prefereixen dentistes del seu propi sexe, amb més nenes preferint dones que nens triant homes. S'especula que aquesta selecció podria estar relacionada amb el fet que en aquesta edat el nen escull el progenitor del mateix sexe com a model de socialització i tipificació sexual. Steelman<sup>152</sup>, basant-se en

aquest fet, considera possible que les nenes immanejables tinguin una actitud més receptiva i siguin més cooperadores amb odontòlogues. Kim<sup>153</sup>, reforçant aquesta idea, detecta que les pacients odontopediàtriques prefereixen, de forma estadísticament significativa, una dentista.

### **2.3. La visió de la imatge de l'odontòleg com a factor d'ansietat en el nen.**

L'associació entre visita odontològica i ansietat/ por és un fet àmpliament documentat. Revisar la literatura sobre aquest aspecte no és el nostre objectiu ni suposaria cap aportació a un fet tan evident. Nosaltres proposem estudiar un potencial augment d'ansietat analitzant les variacions entre el nivell d'ansietat basal i posterior a la presentació de la imatge d'un odontòleg en format fotografia - diapositiva, és a dir, estàtic, i fora de l'ambient d'una clínica dental. Aquest és el suport d'imatge que utilitzarem per a presentar els models en l'estudi de les preferències genèriques del nen en la selecció d'odontòleg, i aquest fet ens ha conduït a plantejar una possible associació amb l'ansietat dental.

No hem detectat cap estudi que analitzi si el simple fet de visionar la imatge d'un dentista pugui generar ansietat. Gadbury-Amyot<sup>154</sup> va conduir una investigació sobre l'efecte de l'equipament protector del dentista (mascareta, ulleres) sobre la por/ansietat dels pacients. Va servir-se d'uns enregistraments en vídeo que simulaven la interacció pacient - odontòleg en un ambient clínic. Els participants en l'estudi van experimentar un increment en la conductància dèrmica (mesurada amb electrodermògraf) després de la presentació dels vídeos, fet que s'interpreta com un increment de l'ansietat respecte a l'estat basal. L'estudi de Barconey sobre preferència en nens utilitza, com en el nostre cas, fotografies de diferents models

d'odontòleg, però no investiga sobre l'efecte d'aquestes en l'ansietat del participant<sup>151</sup>.

Els treballs de Berry<sup>155</sup> i Gerbert<sup>149</sup> descriuen la imatge negativa del dentista que s'ofereix en els mitjans de comunicació, cinema i sèries de televisió. Els nens i adolescents són grans consumidors d'aquests productes audiovisuals. Aquesta visió estereotipada pot generar en l'infant un concepte negatiu i d'avversió en front la interacció amb l'odontòleg, perpetuant l'estereotip i esdevenint una potencial font d'ansietat.

### **3. CONCLUSIÓ DEL MARC TEÒRIC I PLANTEJAMENT D'HIPÒTESIS.**

L'infant, en el seu camí cap a l'edat adulta, experimenta un procés de socialització i tipificació sexual, en el qual intervenen una sèrie de models: pares i altres familiars (germans, avis), professors, companys, etc. La participació i influència d'aquests models variarà amb els anys, arribant al punt crític de l'adolescència. Un cop superada aquesta etapa de conflicte i recerca de la pròpia identitat, el nou adult presenta una personalitat construïda a partir de l'aportació de tots aquests elements de l'entorn familiar i sociocultural. En totes les cultures, s'atribueixen als individus diferents comportaments i actituds en funció del sexe: són els rols i estereotips sexuals. En el nostre medi, s'atorga a l'home la possessió de qualitats instrumentals (agressivitat, dominància, competitivitat...), i es confereixen a la dona les qualitats expressives (humanitat, tendresa, comprensió...), establint com a extrems oposats masculinitat i feminitat. El concepte d'androgínia psicològica trenca aquest plantejament, atorgant a

l'individu trets instrumentals i expressius simultàniament, independentment del sexe biològic.

El món laboral també ha estat tipificat i estereotipat sexualment, i les disciplines mèdiques no ha estat una excepció. Medicina i Odontologia han estat tradicionalment dominades pels homes i, per tant, considerades professions masculines. El contrari ha passat amb Infermeria i Higiene Dental. L'espectacular increment del nombre de metgesses i odontòlogues ha estat motiu d'anàlisi i s'han estudiat les possibles repercussions sobre el tipus de pràctica professional i el nivell de satisfacció dels pacients. Es considera que la dona és més empàtica i fomenta una interacció més comunicativa amb el malalt.

Existeixen evidències sobre la preferència dels pacients, especialment les dones, sobre el gènere del facultatiu, però no hi ha una explicació definitiva d'aquest fet. Participen diferents factors com, per exemple, el tipus de problema mèdic (exploració genital, malalties psiquiàtriques) o les expectatives associades als estereotips genèrics (habilitat tècnica, coneixements teòrics). Independentment del gènere, els pacients consideren d'extrema importància la comunicació, la informació, l'amabilitat i l'atenció, per sobre fins i tot de les capacitats tècniques.

Nosaltres volem estudiar les preferències de l'infant i de l'adolescent sobre el gènere de l'odontòleg, i aquest marc teòric ens permet establir la base per fonamentar el plantejament de les següents hipòtesis:

1. Considerem que els nens i els adolescents, seguint una tendència similar als adults, manifestaran una preferència sobre el gènere de l'odontòleg.



2. Segons els antecedents de la literatura, pensem que els nens de 6 a 7 anys triaran un dentista del seu mateix sexe, per la identificació a aquesta edat amb determinats models de socialització, concretament els pares.
3. En el cas dels nois i noies de 13 a 14 anys, aquests seleccionaran un odontòleg del sexe contrari.
4. Respecte a l'edat de l'odontòleg, jove o gran, considerem que el nen petit seleccionarà un odontòleg gran atès que, en el procés de modelització, els principals referents a imitar són adults grans: pares i mestres. En canvi, en els adolescents existeix la postura rebel i d'enfrontament amb els adults, superiors i altres figures d'autoritat que poden conduir a la preferència per a un model d'odontòleg jove. Per tant, els nois i noies de 13 a 14 anys escolliran un model jove i de sexe contrari, ja que és més atractiu.
5. La visualització de la imatge d'un model d'odontòleg, mitjançant una fotografia o diapositiva, incrementarà el nivell d'ansietat dels nens, especialment en els més petits. Fonamentem la nostra hipòtesi a partir de l'estudi de Gadbury-Amyot<sup>153</sup>, on es registra un augment significatiu de l'ansietat dels participants, respecte a l'estat basal, després del visionat d'uns vídeos que mostren un gabinet odontològic amb un dentista tractant el seu pacient.

## 4. OBJECTIUS.

Introduït el marc teòric, i un cop establertes les nostres hipòtesis, a partir de les quals construïrem tot el nostre treball investigador, ens proposem desenvolupar els següents objectius:

1. Valorar les preferències dels infants i adolescents sobre el sexe (gènere) de l'odontòleg.
2. Valorar les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat de l'odontòleg.
3. Observar la relació existent entre les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat i sexe de l'odontòleg, i el sexe dels nens.
4. Observar la relació existent entre les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat i sexe de l'odontòleg, i l'edat dels nens.
5. Analitzar si la figura de l'odontòleg pot augmentar el nivell d'ansietat.
6. Escalar les preferències per als quatre models d'odontòleg globalment i en funció del sexe i edat dels nens.

# II

## PARTICIPANTS I MÈTODE



## **1. PARTICIPANTS EN L'ESTUDI.**

Van ser estudiats inicialment 117 nens, tots ells alumnes de l'escola Maristes Valldemia de Mataró (El Maresme, Barcelona). L'estudi es va realitzar els dies 26 de maig i 3 de juny de 1999, en el mateix centre. Prèviament vam enviar una carta informativa a la directora de l'escola, Sra. Marta Mas, i posteriorment vam entrevistar-nos personalment, juntament amb els directors de la tesi, per tal d'explicar amb detall els diferents aspectes de la nostra investigació i rebre el consentiment per poder-la dur a terme (veure **annex 1**).

### **1.1. Criteris d'inclusió.**

Alumnes de 1r curs d'Educació Primària (EP) i 2n curs d'Ensenyament Secundari Obligatori (ESO), amb experiència odontològica prèvia o sense.

### **1.2. Criteris d'exclusió.**

Es van excloure tots aquells nens que no haguessin omplert correctament qualsevol de les parts integrants de l'estudi:

- Els tests d'ansietat, CAS i STAIC, incorporen a les normes de correcció els seus propis criteris d'anul·lació.
- El qüestionari queda invalidat pel fet de marcar preguntes de resposta única amb més d'una resposta o a l'inrevés.
- Pel que fa a la graella de preferència, es considera nul·la si es marca simultàniament l'opció A i B per a una mateixa projecció.

### **1.3. Grups de participants.**

Els participants de l'estudi queden dividits per curs escolar i edat. Els dos grups bàsics de treball són:

- Infants de 6 a 7 anys, alumnes de 1r d'Educació Primària (EP).

- Adolescents de 13 a 14 anys, alumnes de 2n d'Ensenyament Secundari Obligatori (ESO).

Posteriorment, i com a conseqüència de les necessitats marcades pels objectius, es van fer anàlisis parcials en funció del sexe (gènere), concretament en l'observació de la relació existent entre preferència en l'elecció d'odontòleg i sexe dels nens.

## 2. INSTRUMENTS.

### 2.1. Escales psicomètriques.

El concepte *psicometria* es pot definir com el conjunt de mètodes utilitzats per a mesurar els fenòmens psicològics. Les *escales psicomètriques*, doncs, són els instruments de mesura emprats per a aquest propòsit. En el present estudi vam triar dues escales de mesura d'ansietat adaptades al nen i l'adolescent: la Child Anxiety Scale<sup>156</sup> i la Stait-Trait Anxiety Inventory for Children<sup>157</sup>.

#### 2.1.1. Child Anxiety Scale (CAS).

La CAS o Escala d'Ansietat Infantil, es presenta com un instrument que possibilita als professionals dur a terme una rigorosa exploració psicològica en subjectes dels primers nivells d'escolaritat, en aquest cas 1r d'EP. Permet, cada cert temps i d'una manera sistemàtica, controlar les possibles repercussions emocionals que sobre el nen tenen les noves situacions que ha d'enfrontar.

Atè que la informació necessària pel qüestionari pot considerar-se elemental, a més de facilitar la seva aplicació, predisposa favorablement als subjectes per a, en cas necessari, proposar successives aplicacions. Aquestes particularitats permeten considerar la CAS com un dels pocs instruments d'avaluació de l'ansietat que és susceptible d'ésser considerat pels subjectes amb naturalitat,

eliminant els efectes negatius de la reacció a la situació del test, com per exemple l'angoixa associada a la sensació d'estar fent un examen. Aquests efectes negatius als tests psicològics han estat àmpliament analitzats per Sarason<sup>158</sup>.

És per això que la CAS ha de considerar-se com l'instrument més adient per a descriure i interpretar el context emocional durant el període infantil.

Malgrat tot, cal recordar la gran dificultat que tradicionalment s'ha atorgat a l'exploració de la personalitat infantil, i molt particularment pel que fa als primers nivells d'escolaritat (Cattell<sup>159</sup>). És precisament aquesta dificultat, la possible causa de l'escassetat d'instruments psicomètrics per a les esmentades edats.

### 2.1.2. Stait-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC).

El STAIC o Qüestionari d'Ansietat-Estat/Ansietat-Tret per a Nens és una eina d'investigació en l'estudi de l'ansietat en nens fins a 15 anys, franja d'edat que comprèn tant alumnes d'Educació Primària com d'Ensenyament Secundari Obligatori (fins a 3r curs).

Està format per dues escales independents d'autoavaluació per a mesurar dos aspectes diferenciats: l'*ansietat - estat* i l'*ansietat - tret*. Podem definir l'*ansietat - estat* com la percepció del subjecte del seu estat emocional en un moment concret, i l'*ansietat - tret* com la descripció de l'individu del seu estat emocional en general, característic, el "tret definitori" de la seva personalitat.

La mesura *estat* intenta apreciar estats transitoris d'ansietat, és a dir, aquells sentiments (percebuts subjectivament i conscient) d'aprensíó, tensió i preocupació que van fluctuant i canvien d'intensitat amb el temps.

D'altra banda, la mesura *tret* intenta avaluar diferències relativament estables de propensió a l'ansietat, és a dir, diferències entre els nens en la seva tendència a mostrar estats d'ansietat.

D'aquest fet es dedueix que, davant situacions percebudes com una amenaça, nens amb una mesura d'*ansietat tret* (A-T) elevada seran més propensos que els nens amb una mesura baixa a respondre amb alts nivells d'*ansietat estat* (A-E).

## 2.2. Fotografies de model d'odontòleg.

El suport gràfic que vam triar per mostrar als enquestats els diferents models d'odontòloga i odontòleg proposats és el format diapositiva, ja que ens va permetre projectar les imatges als nens per grups d'edat separatament.

Totes les fotografies van ser realitzades seguint uns criteris d'uniformitat per tal d'establir, tot i considerant les variables, la màxima igualtat en els models presentats. Els figurants vesteixen bata de màniga curta de color blau i adopten una posició determinada dins d'un mateix enquadrament i escenari. A la imatge es veu a cada model seguit darrere una taula de despatx a on hi ha un teclat d'ordinador, amb una biblioteca com a fons. Tots tenen els braços descansant sobre la taula, adoptant una *expressió facial amable*, que és com hem definit a un posat que sigui agradable per a l'observador (veure **annex 2**).

Cal destacar que, excepte la bata, no hi ha cap altre element propi de la indumentària odontològica o mèdica (mascareta, ulleres de protecció, guants...) ni de l'instrumental o d'altres complements (miralls d'exploració, cadira dental, radiografies...) que puguin permetre associar que el personatge fotografiat és un professional sanitari. És a dir, els nens saben que allò que observen són dentistes per la informació que els

hem proporcionat prèviament, però la imatge no representa un “ambient clínic” com ho seria, per exemple, si es veiés un odontòleg a la seva consulta tractant un pacient.

Les variants fotografiades són:

- Odontòleg jove
- Odontòloga jove.
- Odontòleg gran.
- Odontòloga gran.

Hem considerat que els figurants són *adults joves* si pertanyen a una franja d'edat entre 25 i 35 anys, i parlem d'*adult gran* en edats compreses entre 35 i 45 anys. Aquest criteri correspon a una valoració aproximada a la visió que té el nen d'un adult dins d'aquests rangs d'edat.

### **2.3. Qüestionari per a l'estudi de les preferències genèriques i d'edat.**

Vam elaborar un qüestionari que ens permetés, a més de la identificació de les preferències genèriques i d'edat que el nen té a l'hora de triar odontòleg, avaluar altres aspectes com, per exemple, valoració de l'experiència dental prèvia, motiu de visita, preferència per la professió...

Està dividit en tres parts principals (veure **annex 3**):

- Dades de filiació (nom i cognoms, edat, curs escolar...).
- Instruccions per a omplir el qüestionari.
- Bloc de preguntes de resposta simple o múltiple.

En l'apartat d'instruccions indiquem com s'han de marcar les respostes, advertim que hi ha preguntes de resposta única i altres de múltiple i, de manera molt especial, intentem tranquil·litzar el participant, tot insistint que no estan fent cap mena d'examen ni avaluació puntuable, no havent-hi respostes bones ni dolentes.

Les instruccions van ser llegides en veu alta als nens, animant-los a preguntar qualsevol dubte i explicant que, abans de respondre, les preguntes seran enunciades per a tothom, tornant a assenyalar com s'ha de procedir per tal de marcar-les correctament.

#### 2.4. Graella de selecció del model d'odontòleg preferit.

Consisteix en una taula de 2 columnes i 6 files. En l'encapçalament de les columnes hi figura la llegenda A i B, respectivament, i les files estan numerades d'1 a 6.

	A	B
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Figura 1. Graella de selecció.

La columna **A** correspon a la imatge emesa pel projector esquerre, és a dir, la que els nens veuen a la seva esquerra, i la columna **B** a la dreta. Estan numerades d'1 a 6 cadascuna de les 6 parelles de diapositives projectades. Els participants havien de marcar amb una "X" la columna **A** o **B** en funció del model que preferissin, per exemple:









	A	B
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Figura 2. Exemple de resposta de la graella.

En el cas de marcar simultàniament les columnes A i B d'una mateixa projecció, la graella queda invalidada i el participant exclòs de l'estudi.

### 3. DESENVOLUPAMENT DE L'ESTUDI.

L'estudi es va realitzar en una única sessió per a cada grup d'edat, amb una durada que va oscil·lar entre 3 i 4 hores. Els subjectes van ser assistits pel mateix equip de professionals (un odontòleg i dos estudiants de 5è curs d'Odontologia), juntament amb la col·laboració del tutor de cada curs. Les sessions van efectuar-se en horari matinal, buscant un desenvolupament àgil per tal d'obtenir la màxima concentració i no fatigar els nens.

El procediment va ser idèntic per a un i altre grup d'edat, dedicant dies diferents per a cadascun dels grups. Vam començar amb els nens de 6 a 7 anys i, una setmana més tard, amb els grans. En general, els participants van emprar el temps que havíem previst, tot i que en els nens de 6 a 7 anys el desenvolupament de la prova va ser més lent, ja que eren necessàries unes explicacions més entenedores i repetir-les fins que el mecanisme de les diferents parts s'entengués correctament.

L'estudi es va dur a terme seguint el següent programa:

- Presentació i introducció de la prova.
- Primer registre d'ansietat.
- Distribució i realització dels qüestionaris.
- Presentació dels models (projecció simple).
- Segon registre d'ansietat.
- Projecció comparativa dels models (projecció a doble diapositiva) i registre de les preferències.
- Agraïments i fi de la prova.

### **3.1. Presentació i introducció de la prova.**

Després d'una breu presentació per part dels professors responsables de cada curs, vam explicar als nens el motiu d'aquest trencament del seu habitual horari i activitats escolars. Insistírem en el fet que no es tractava de cap examen ni prova puntuable, no havent-hi respostes bones o dolentes, que la nostra intenció era, simplement, saber què pensaven sobre els temes que els proposaríem. Vam utilitzar com a comparació que era com una d'aquelles enquestes que es fan a la televisió o altres mitjans de comunicació.

Anàvem vestits de carrer, i en cap moment ens vam identificar com a odontòlegs o professionals sanitaris.

Vam adaptar el nostre registre verbal en funció del grup d'edat a qui ens adreçàvem, per tal de fer-nos entenedors, modificant les explicacions referents a la mecànica de la prova en cada cas.

### 3.2. Primer registre d'ansietat.

Tot seguit vam repartir els tests d'ansietat. En el grup de 6 a 7 anys el STAIC i la CAS, i en el de 13 a 14 anys el STAIC. Es van efectuar les explicacions, observacions i aclariments necessaris per a respondre correctament cada test, i no van començar a omplir-los fins que no van quedar resolts tots els dubtes. Tanmateix, es van atendre totes les preguntes que van sorgir durant aquest primer registre.

### 3.3. Distribució i realització dels qüestionaris.

Un cop recollits els tests d'ansietat, es va procedir de la mateixa manera amb els qüestionaris. Tot i que les respostes eren de caire individual, la realització del qüestionari es va fer en grup, és a dir, s'explicava l'enunciat de cada pregunta i a continuació es responia, sense passar a la següent qüestió fins que no haguessin acabat tots els participants. El temps orientatiu per pregunta era de 2 minuts, que va ser més que suficient en el grup de 13 a 14 anys i just en els petits.

Es va remarcar molt la diferència entre les preguntes de resposta única i múltiple; es va insistir, d'igual forma que en la realització dels tests, que no estaven fent cap prova puntuable.

### 3.4. Presentació dels models (projecció simple).

Tot seguit es va passar a la presentació dels models proposats, mitjançant la projecció de les diapositives. Parlem de *projecció simple* per a referir-nos a la projecció, un per un, dels quatre odontòlegs fotografiats: odontòleg jove, odontòloga jove, odontòleg gran, odontòloga jove. Cada imatge va estar durant 15 segons en pantalla.

Com ja hem explicat amb anterioritat, les imatges no mostraven situacions de tractament odontològic o instrumental mèdic, però prèviament a la projecció es va

explicar que el personatge fotografiat (que únicament portava com a senyal d'identitat una bata clínica blava) era dentista.

### 3.5. Segon registre d'ansietat.

A continuació, es va demanar que omplissin la segona part del STAIC, que ja havia estat repartit amb anterioritat per tal de no distreure l'atenció a més, naturalment, de no alterar la percepció o sensació que les imatges projectades havien provocat en els subjectes.

### 3.6. Projecció comparativa i registre de les preferències.

La següent fase va ser la projecció comparativa dels models d'odontòloga i odontòleg, juntament amb el registre de la preferència.

Entenem per *projecció comparativa* el fet de presentar, simultàniament, dos models diferents d'odontòleg, amb la finalitat que el nen pugui comparar i triar el que més li agradi. Per tal d'aconseguir independència en l'elecció, és a dir, que aquesta no sigui condicionada per l'ordre que les fotografies són presentades, hem aplicat el *model de judici comparatiu de Thurstone*, concepte que desenvoluparem en l'apartat d'estudi estadístic. D'aquesta manera obtenim 6 combinacions no simètriques de projecció:

1. Odontòleg gran vs odontòleg jove.
2. Odontòleg jove vs odontòloga jove.
3. Odontòloga gran vs odontòleg jove.
4. Odontòloga jove vs odontòleg gran.
5. Odontòloga gran vs odontòleg gran.
6. Odontòloga gran vs odontòloga jove.

Així doncs, es van presentar les imatges a doble projecció, identificant les pantalles amb els distintius A (Esquerra) i B (dreta) clarament visibles.

Prèviament, vam distribuir les graelles de resposta per tal que els nens poguessin marcar amb una “X” la casella corresponent a la seva selecció, a mesura que eren exposades les imatges. Per a cada parella de diapositives deixàvem 10 segons i tot seguit convidàvem els participants a marcar l'opció preferida. D'igual forma que amb els qüestionaris, esperàvem que tots els participants haguessin acabat per passar a la següent parella d'imatges, tot i que el temps fixat per respondre era de 5 segons (la resposta ràpida facilita que el nen marqui “a primera intenció”). A les següents figures (**figura 3**, **figura 4**) podem observar les combinacions que hem emprat (no simètriques) de les 12 possibles.

	Home jove	Home gran	Dona jove	Dona gran	⇒ A (Esquerra)
Home jove	-	1	2	3	
Home gran	4	-	5	6	
Dona jove	7	8	-	9	
Dona gran	10	11	12	-	

↓  
B (Dreta)

Figura 3. Combinacions obtingudes seguint la llei de judici comparatiu de Thurstone.

A: Pantalla esquerra, B: Pantalla dreta.

Nota: apareixen marcades en groc les combinacions *no simètriques*.

	A	B
1	Odontòleg gran	Odontòleg jove
2	Odontòloga jove	Odontòleg jove
3	Odontòloga gran	Odontòleg jove
4	Odontòleg jove	Odontòleg gran
5	Odontòloga jove	Odontòleg gran
6	Odontòloga gran	Odontòleg gran
7	Odontòleg jove	Odontòloga jove
8	Odontòleg gran	Odontòloga jove
9	Odontòloga gran	Odontòloga jove
10	Odontòleg jove	Odontòloga gran
11	Odontòleg gran	Odontòloga gran
12	Odontòloga jove	Odontòloga gran

Figura 4. Disposició de les 12 combinacions possibles.

Nota: apareixen marcades en groc les combinacions *no simètriques*

## 4. MÈTODES DE RECERCA BIBLIOGRÀFICA.

Per a l'obtenció de la documentació necessària en la confecció del marc teòric han estat utilitzats els següents recursos:

- ◆ Recerca bibliogràfica informàtica, assistida mitjançant les bases de dades electròniques Med LINE i PsycLIT, per a la compilació dels principals treballs en publicacions periòdiques biomèdiques.
- ◆ Obres de consulta sobre Psicologia general i Psicologia Evolutiva i del Desenvolupament, per a la confecció i redacció dels conceptes bàsics en Psicologia de l'Infant i Adolescent.



L'obtenció dels llibres i articles seleccionats ha estat a través de les biblioteques de la Facultat d'Odontologia (Campus de Bellvitge), Medicina (Campus de Bellvitge i Hospital Clínic) i Psicologia (Campus de la Vall d'Hebron) de la Universitat de Barcelona, de la Facultat de Medicina (biblioteca Fundació Laporte-Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) de la Universitat Autònoma de Barcelona, i de la biblioteca del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (Pavelló Ave Maria). Les publicacions no disponibles a l'Estat Espanyol han estat sol·licitades per correu a The British Library (The British Library Document Supply Centre, Boston Spa, Wetherby, West Yorkshire, United Kingdom LS23 7BQ).

Les **paraules clau** emprades han estat **gender trends** (tendències genèriques), **patient preferences** (preferències del pacient), **communication** (comunicació) i **patient satisfaction** (satisfacció del pacient), combinades amb (**and/ or**) **dentistry/ pediatric dentistry** (Odontologia/ Odontopediatria), **Medicine** (Medicina), **physician/ dentist** (metge/ odontòleg) i **children/ teenager** (nen/ adolescent).

Hem escrit les referències bibliogràfiques escrites seguint els "Requisits d'uniformitat per a manuscrits presentats a revistes biomèdiques", que edita periòdicament el International Committee of Medical Journal Editors, publicat per *Medicina Clínica*<sup>160, 161</sup>.

## 5. DISSENY ESTADÍSTIC.

Per a l'anàlisi dels diferents objectius proposats en la present tesi, ens hem hagut de servir de diferents proves estadístiques, les més operatives per a cada cas particular.

S'ha donat la situació, per exemple en l'objectiu 6, d'haver de sotmetre les dades obtingudes a diferents anàlisis. Tot seguit us exposem de manera sintetitzada les principals característiques dels instruments emprats. Per al processament de les dades s'ha utilitzat el paquet informàtic SPSS versió 4.0.1 per a PC.

### 5.1. Estimació de proporcions.

Per abordar els objectius 1 i 2 s'usa l'*interval de confiança d'una proporció*. D'aquesta manera allò que es fa és construir, al voltant del valor de l'estimació puntual de la proporció, un interval que s'anomena "interval de confiança  $1-\alpha$ " del paràmetre; el risc  $\alpha$  es fixa en el 5%.

### 5.2. Anàlisi de la relació entre variables categòriques.

Aquest tipus d'anàlisi es realitza en els objectius 3 i 4.

Per estudiar la relació entre variables categòriques es construeixen taules de contingència en les quals s'indiquen les freqüències observades en cada casella i els percentatges respecte a la variable que es troba a les columnes. Aquestes taules permeten descriure la relació observada a la mostra. La significació estadística d'aquesta relació a la població origen s'estudia, en primera instància, amb la prova d'homogeneïtat o d'associació de  $\chi^2$ .

Seguint la proposta d'autors com Altman<sup>162</sup>, Armitage i Berry<sup>163</sup>, Colton<sup>164</sup> o Schwartz<sup>165</sup>, la llei de  $\chi^2$  només l'emparam si totes les freqüències esperades són superiors a 5:  $e_i \geq 5$ . En cas de no complir-se aquest supòsit de mostra gran optem per

la solució clàssica d'agrupar les categories amb freqüències esperades petites fins que totes elles siguin iguals o superiors a 5, llavors procedim aplicant la prova de  $\chi^2$  esmentada abans. Si després d'agrupar categories s'arriba a una taula de  $2 \times 2$  a la qual hi ha freqüències esperades inferiors a 5, llavors s'aplica la prova exacta de Fisher.

En general el criteri que seguit per resoldre el problema de les freqüències esperades petites ha combinat l'opció d'excloure els casos amb indiferència.

### **5.3. Comparació de dues mitjanes amb mostres relacionades: prova t**

Aquest tipus d'anàlisi es realitza en l'objectiu 5.

En l'objectiu 5 les respostes que es volen comparar estan relacionades, és a dir, són les respostes d'ansietat dels mateixos subjectes abans i després de veure l'odontòleg. Per analitzar el canvi en la resposta s'usa la prova t de comparació de dues mitjanes en mostres relacionades. En aquesta prova la hipòtesi nul·la que es contrasta és que la mitjana de les puntuacions de canvi és estadísticament igual a zero.

La condició d'aplicació d'aquesta prova és la normalitat de la distribució de la variable diferència quan la mostra és petita.

### **5.4. Escalament de les preferències. Llei de judicis comparatius de Thurstone.**

Dins de la Psicometria, l'escalament o mesurament d'actituds és la ciència d'establir instruments de mesura per al judici humà. Mesurar les característiques d'entitats físiques, com ara l'alçada o el pes, és senzill. Es poden utilitzar, per exemple, els registres de la mida de diferents objectes per a ordenar-los del més curt al més llarg. Thurstone<sup>166</sup> va determinar que, en contrast amb els estímuls físics, els fenòmens socials i psicològics no podien ser mesurats de la mateixa manera.

El mètode de Thurstone es basa en els intents dels psicofísics de relacionar els judicis psicològics amb continus físics, seguint el mètode de comparacions binàries o per parelles. Thurstone va replantejar els termes emprats en psicofísica per tal que es poguessin utilitzar en el registre d'actituds, col·locant els estímuls psicològics en un continu psicològic independent de qualsevol ordre físic.

Mitjançant la *lleï de judicis comparatius* podem obtenir una escala d'interval d'una actitud determinada, per exemple, la preferència dels nens sobre el gènere i edat de l'odontòleg.

Aquest mètode d'escalament permet detectar de forma molt més fiable fins a quin punt certes actituds són clarament diferents d'altres. En el cas de la selecció d'odontòleg, el model de Thurstone ens permetria saber quantes vegades un model és més preferit que un altre.

Per a fer l'escalament de les preferències, que és el nostre objectiu 6, cal remarcar que no existeix un procediment estàndard o consensuat a aquest efecte, i això ha requerit assajar diferents propostes. El procés d'escalament es troba explicat a l'apartat 3.6. del capítol de *Resultats*.

# III

## RESULTATS

## 1. DESCRIPTIVA GENERAL DELS PARTICIPANTS.

Vam emprar una mostra inicial de 117 subjectes, 13 dels quals van ser descartats seguint els criteris d'exclusió que van ser establerts prèviament (*veure Participants i Mètode*). Així doncs, la mostra útil va ser de 104 nens, tots ells alumnes de l'escola Maristes Valldemia de Mataró (El Maresme, Barcelona).

Tot seguit presentem una exhaustiva descripció dels participants, que ens permetrà aconseguir una bona extrapolació empírica.

### 1.1. Distribució de la mostra per sexe.

Del total de 104 subjectes, 46 eren nenes i els 58 restants, nens (**taula 1**).

### 1.2. Distribució de la mostra per edat.

Amb independència del sexe, vam estudiar 22 subjectes de 6 anys, 14 de 7 anys, 46 de 13 anys i 22 de 14 anys. Com que en aquest estudi ens interessen els grups d'edat *infants de 6-7 anys i adolescents de 13-14 anys*, a partir d'ara la variable edat es considerarà com a binària, amb dues categories (**taula 2**); en termes d'escolaritat, corresponen a alumnes de 1r curs d'Educació Primària (EP) i a 2n curs d'Ensenyament Secundari Obligatori (ESO), respectivament.

### 1.3. Distribució per grups d'edat.

Vam disposar de 36 subjectes pertanyents al grup d'edat 6-7 anys i 68 del grup de 13-14 anys (**taula 3**). Cal assenyalar que aquesta diferència en el nombre de subjectes no seria tan desviada a favor del grup de 13-14 anys si consideréssim els 13 subjectes descartats, ja que aquests pertanyien al grup de menor edat.



## Sexe

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femení	46	44.2	44.2	44.2
	Masculí	58	55.8	55.8	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Taula 1. Distribució de la mostra per sexe.

## Edat

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6	22	21.2	21.2	21.2
	7	14	13.5	13.5	34.6
	13	46	44.2	44.2	78.8
	14	22	21.2	21.2	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Taula 2. Distribució de la mostra per edat.

## Grups d'edat

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6-7 anys	36	34.6	34.6	34.6
	13-14 anys	68	65.4	65.4	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Taula 3. Distribució de la mostra per grups d'edat.

## 2. DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA EN FUNCIO DE L'EXPERIÈNCIA DENTAL PRÈVIA.

Per tal de saber si els subjectes enquestats tenien experiència odontològica prèvia, vam preguntar: “**has anat mai al dentista?**” En les següents taules (taula 4, taula 5 i taula 6) exposem les respostes de forma conjunta i per categories **sexe** i **edat**.

Has anat mai al dentista?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	12	11.5	11.5	11.5
	Si	92	88.5	88.5	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Taula 4. Experiència dental prèvia

Tabla de contingencia Sexe \* Has anat mai al dentista?

			Has anat mai al dentista?		Total
			No	Si	
Sexe	Masculi	Recuento	6	52	58
		% de Has anat mai al dentista?	50.0%	56.5%	55.8%
	Femeni	Recuento	6	40	46
		% de Has anat mai al dentista?	50.0%	43.5%	44.2%
Total	Recuento		12	92	104
	% de Has anat mai al dentista?		100.0%	100.0%	100.0%

Taula 5. Experiència dental prèvia (per sexes)

Taula de contingència Grups d'edat \* Has anat mai al dentista?

			Has anat mai al dentista?		Total
			No	Si	
Grups d'edat	13-14 anys	Recuento	1	67	68
		% de Has anat mai al dentista?	8.3%	72.8%	65.4%
	6-7 anys	Recuento	11	25	36
		% de Has anat mai al dentista?	91.7%	27.2%	34.6%
Total		Recuento	12	92	104
		% de Has anat mai al dentista?	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 6. Experiència dental prèvia (per grups d'edat).

Com podem observar, només un 11.5% dels nens no han anat mai al dentista, un baix percentatge comparat amb el 88.5 % restant (92 participants) que sí té experiència dental prèvia. En els propers apartats especificarem diferents aspectes d'un i altre grup.

### 2.1. Preferència per la professió.

A la pregunta formulada “t'agradaria ser dentista?”, del total de 104 subjectes, 88 van respondre **no**, que representa un 84.6%,0. i el 15.4% restant (16 nens) respongueren **si** (taula 7).

T'agradaria ser dentista?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	88	84.6	84.6	84.6
	Si	16	15.4	15.4	100.0
Total		104	100.0	100.0	

Taula 7. Preferència per la professió (expressat en percentatges).

Les argumentacions a per què sí o no agradaria ser dentista queden recollides en forma de percentatges a la **taula 8**.

**T'agradaria ser dentista?**

	No	Si
M'agrada com a feina	0	41.9
M'agrada curar gent	0	41.9
Pare/mare és dentista	0	16.2
No m'agraden els dentistes	23.2	0
Em fan por	5.4	0
Vull ser una altra cosa	71.4	0

**Taula 8.** Preferència per la professió (motius).

**2.2. “Podries ser un bon dentista?”**

Un 81.7% del total de la mostra, 85 subjectes, van respondre **no**, mentre que respongueren afirmativament els 19 restants (18.3%). Podem veure la distribució de resposta a la **taula 9**.

**Podries ser un bon dentista?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	85	81.7	81.7	81.7
	Si	19	18.3	18.3	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

**Taula 9.** Valoració de l'aptitud professional.

La **taula 10** mostra, expressat en percentatges, per què consideren els nens que poden ser bons dentistes o no.

### Podries ser un bon dentista?

	No	Sí
No faria mal	0	26.2
Faria "empastes" molt bé	0	28.6
Tractaria molt bé el pacient	0	45.2
No m'agrada aquesta feina	41.1	0
Vull ser una altra cosa	52.4	0
Em fan por les agulles	6.5	0

Taula 10. Valoració de l'aptitud professional (motius).

### 2.3. Descripció dels participants que han anat al dentista.

En les següents taules podem observar la distribució en funció del sexe i edat dels participants en relació amb l'experiència dental prèvia (**taula 11** i **taula 12**). A partir d'ara, treballem amb els 92 participants amb experiència dental prèvia.

Tabla de contingencia Sexe \* Has anat mai al dentista?

			Has anat mai al dentista?		Total
			No	Si	
Sexe	Masculi	Recuento	6	52	58
		% de Has anat mai al dentista?	50.0%	56.5%	55.8%
	Femeni	Recuento	6	40	46
		% de Has anat mai al dentista?	50.0%	43.5%	44.2%
Total	Recuento		12	92	104
	% de Has anat mai al dentista?		100.0%	100.0%	100.0%

Taula 11. Experiència dental prèvia: distribució per sexe.

Tabla de contingencia Grups d'edat \* Has anat mai al dentista?

			Has anat mai al dentista?		Total
			No	Si	
Grups d'edat	13-14 anys	Recuento	1	67	68
		% de Has anat mai al dentista?	8.3%	72.8%	65.4%
	6-7 anys	Recuento	11	25	36
		% de Has anat mai al dentista?	91.7%	27.2%	34.6%
Total		Recuento	12	92	104
		% de Has anat mai al dentista?	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 12. Experiència dental prèvia: distribució per edat.

Si analitzem els resultats obtinguts, podem apreciar que el grup de nens de 6-7 anys és, amb un 91.7%, qui té una menor experiència dental en comparació amb els grans, que en un 72.8% han visitat el dentista.

Pel que fa a la diferenciació per gèneres, està molt més equilibrat. El grup que no ha visitat mai el dentista (11.5%), està repartit a parts iguals entre nens i nenes, mentre que del 88.5% restant, el 56.5% són nens i el 43.5% nenes.

#### 2.4. Motiu de la visita.

Un altre aspecte de la descriptiva en funció de l'experiència odontològica prèvia és el motiu de la visita.

Motiu: càries

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	41	44.6	44.6	44.6
	Si	51	55.4	55.4	100.0
Total		92	100.0	100.0	

Taula 13. Motiu de la visita: tractament de càries.



## Motiu: ortodòncia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	54	58.7	58.7	58.7
	Si	38	41.3	41.3	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 14. Motiu de la visita: ortodòncia.

## Motiu: prevenció

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	40	43.5	43.5	43.5
	Si	52	56.5	56.5	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 15. Motiu de la visita: tractament preventiu.

## Motiu: extracció/cirurgia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	85	92.4	92.4	92.4
	Si	7	7.6	7.6	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 16. Motiu de la visita: extracció dental.

Si fem una anàlisi de la freqüència de la resposta, el tractament preventiu és el primer motiu de visita (35.1%) seguit pel tractament de les càries (34.5%), l'ortodòncia (25.7%) i, en darrer lloc, extracció dental o cirurgia (4.7%).

Els percentatges del motiu de visita, segons el grup d'edat, queden recollits en la **taula 17**.

**Motiu de visita**

	<b>Grup: 6-7 anys</b>	<b>Grup: 13-14 anys</b>
Motiu: càries	35.5	34.2
Motiu: ortodòncia	12.9	29.1
Motiu: prevenció	45.2	32.5
Motiu: extracció	6.5	4.3

Taula 17. Motius de visita expressats en percentatges.

Pel fet que el motiu de visita podia ser múltiple i no exclouent, també hem analitzat els patrons de resposta que es deriven dels participants que han anat al dentista per més d'un motiu. Prèviament hem fet el càlcul de la quantitat d'intervencions, establint el nombre de nens que han estat visitats per un, dos, tres o tots quatre motius de visita dental que hem proposat.

**Quantitat d'intervencions**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	51	55.4	55.4	55.4
2	27	29.3	29.3	84.8
3	13	14.1	14.1	98.9
4	1	1.1	1.1	100.0
Total	92	100.0	100.0	

Taula 18. Freqüència i percentatge del nombre d'intervencions.

Motiu visita: patrons

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Prevenió	21	22.8	22.8	22.8
Càries	16	17.4	17.4	40.2
Càries + Prevenió	12	13.0	13.0	53.3
Càries + Ortodòncia + Prevenió	12	13.0	13.0	66.3
Ortodòncia	11	12.0	12.0	78.3
Càries + Ortodòncia	8	8.7	8.7	87.0
Ortodòncia + Prevenió	5	5.4	5.4	92.4
Extracció/cirurgia	3	3.3	3.3	95.7
Prevenió + Extracció/cirurgia	1	1.1	1.1	96.7
Càries + Extracció/cirurgia	1	1.1	1.1	97.8
Càries + Ortodòncia + Extracció/cirurgia	1	1.1	1.1	98.9
Càries + Ortodòncia + Prevenió + Extracció/cirurgia	1	1.1	1.1	100.0
Total	92	100.0	100.0	

Taula 19. Motiu de visita: anàlisi dels patrons de resposta.

## 2.5. Valoració global de l'experiència.

Per tal de saber com valoraven l'experiència dental prèvia, vam preguntar als participants si els va agradar la visita, a més d'altres aspectes associats (veure preguntes a i b del qüestionari).

Un 52.2% dels nens van respondre afirmativament, a un 46.7% no els va agradar anar al dentista i el 1.1% restant va respondre que els va ser indiferent (veure **taula 20**).

Et va agradar anar-hi?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
No	43	46.7	46.7	46.7
Si	48	52.2	52.2	98.9
Indiferent	1	1.1	1.1	100.0
Total	92	100.0	100.0	

Taula 20. Valoració global de l'experiència.

## 2.6. Valoració de diferents aspectes de l'experiència.

A banda de la valoració global *em va agradar anar al dentista/ no em va agradar anar al dentista*, vam preguntar sobre altres aspectes com, per exemple, si el dentista era simpàtic o no, si el nen tenia por o estava nerviós, etc. En les següents taules podem apreciar les freqüències i percentatges de resposta.

### era simpàtic

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	11	12.0	12.0	12.0
	Si	66	71.7	71.7	83.7
	Indiferent	15	16.3	16.3	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 21. Valoració de diferents aspectes de la visita: simpatia.

### em va tractar bé

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	79	85.9	85.9	85.9
	Indiferent	13	14.1	14.1	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 22. Valoració de diferents aspectes de la visita: apreciació del tracte.

### tenia por

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	52	56.5	56.5	56.5
	Si	13	14.1	14.1	70.7
	Indiferent	27	29.3	29.3	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 23. Valoració de diferents aspectes de la visita: tenir por.

estava nerviós

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	45	48.9	48.9	48.9
	Si	33	35.9	35.9	84.8
	Indiferent	14	15.2	15.2	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 24. Valoració de diferents aspectes de la visita: estar nerviós.

em va fer mal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	69	75.0	75.0	75.0
	Si	13	14.1	14.1	89.1
	Indiferent	10	10.9	10.9	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 25. Valoració de diferents aspectes de la visita: patrons de resposta.

Un 85.9% refereixen que van ser ben tractats, un 71.7% que el professional que els va atendre era simpàtic i un 75% assenyalava que no li va fer mal. A més, un 56.5% asseguren no haver tingut por, malgrat que un 35.9% de tots els nens van afirmar que estaven nerviosos en la cita odontològica.

A banda de l'estudi aïllat de la resposta, per a cadascú dels aspectes anteriors, es va fer una anàlisi dels patrons de resposta. Els resultats d'aquest processament de les dades indiquen que el patró majoritari va estar, amb un 29,3%:

Era simpàtic – Em va tractar bé – No tenia por – No estava nerviós – No em va fer mal

i un 10.9% seguiren el patró:

Era simpàtic – Em va tractar bé – No tenia por – Estava nerviós – No em va fer mal

Els altres patrons de resposta els podem observar en la **taula 26**.

Patrons de valoració

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	S- T-nP-nN-nM	27	29.3	29.3	29.3
	S- T-nP- N-nM	10	10.9	10.9	40.2
	S- T- I -nN-nM	5	5.4	5.4	45.7
	nS- T-nP-nN-nM	4	4.3	4.3	50.0
	S- T- I - N-nM	3	3.3	3.3	53.3
	I- T-nP-nN-nM	3	3.3	3.3	56.5
	Altres	40	43.5	43.5	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Taula 26. Patrons de valoració de l'experiència dental prèvia

- S- T-nP-nN-nM' Era simpàtic - Em va tractar bé - No tenia por - No estava nerviós - No em va fer mal
- S- T-nP- N-nM' Era simpàtic - Em va tractar bé - No tenia por - Estava nerviós - No em va fer mal
- S- T- I -nN-nM' Era simpàtic - Em va tractar bé - \*\*Indif. por\*\* - No estava nerviós - No em va fer mal
- nS- T-nP-nN-nM' No Era simpàtic - Em va tractar bé - No tenia por - No estava nerviós - No em va fer mal
- S- T- I - N-nM' Era simpàtic - Em va tractar bé - \*\*Indif. por\*\* - Estava nerviós - No em va fer mal
- I- T-nP-nN-nM' \*\*Indif. simpàtic\*\* - Em va tractar bé - No tenia por - No Estava nerviós - No em va fer mal
- Altres' Altres patrons escollits per menys de 3 subjectes

Com podem observar, els patrons indiquen, globalment, una experiència que podríem qualificar com a positiva.



### 3. PRESENTACIÓ DELS RESULTATS PER OBJECTIUS.

#### 3.1. Valorar les preferències dels infants i adolescents sobre el sexe de l'odontòleg.

Preferència: Sexe

		Frecuència	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculí	46	44.2	44.2	44.2
	Femení	51	49.0	49.0	93.3
	Indiferent	7	6.7	6.7	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Taula 27. Preferència sobre el sexe de l'odontòleg.

Amb una confiança del 95%, el percentatge de nens de la població origen de la mostra (que no manifesta indiferència  $n=97$ ) que prefereixen un dentista del sexe masculí està situat entre el 37.5% i el 57.4%.

Aquests resultats suggereixen que el global de la mostra no presenta preferències pel sexe del dentista. Per tal de comprovar-ho, fem una *prova de conformitat* de la distribució de resposta. Els resultats queden registrats en les **taules 28 i 29**.

Preferència: Sexe

	N observado	N esperado	Residual
Masculí	46	48.5	-2.5
Femení	51	48.5	2.5
Total	97		

Taula 28. Prova de conformitat de la distribució de resposta.

Estadísticos de contraste

	Preferència: Sexe
Chi-cuadrado <sup>a</sup>	.258
gl	1
Sig. asintót.	.612

<sup>a</sup>. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 48.5.

Taula 29. Estadístics de contrast.

Comprovem, per tant, que a la població origen de la mostra que no manifesta indiferència (n=97), la preferència pel sexe del dentista és equiprovable ( $\chi^2 = 0.258$ , gl=1, P=0.612).

### 3.2. Valorar les preferències dels participants sobre l'edat de l'odontòleg.

Preferència: Edat

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Gran	15	14.4	14.4	14.4
	Jove	86	82.7	82.7	97.1
	Indiferent	3	2.9	2.9	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Taula 30. Preferència sobre l'edat de l'odontòleg.

Interpretant el resultat, podem dir que, amb una confiança del 95%, el percentatge de infants i adolescents de la població origen de la mostra (que no manifesta indiferència n=101) que prefereixen un dentista jove, està situat entre el 78.2% i el 92.1%.

### 3.3. Observar la relació existent entre les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat i sexe de l'odontòleg i el sexe dels nens.

Tabla de contingencia

			Sexe		Total
			Femení	Masculí	
Preferència: Edat	Gran	Recuento	4	11	15
		% de Sexe	8.7%	19.0%	14.4%
	Jove	Recuento	40	46	86
		% de Sexe	87.0%	79.3%	82.7%
	Indiferent	Recuento	2	1	3
		% de Sexe	4.3%	1.7%	2.9%
Total		Recuento	46	58	104
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 31. Taula de contingència: edat del model/ sexe del participant.

Tabla de contingencia

			Sexe		Total
			Femeni	Masculi	
Preferència:	Masculi	Recuento	21	25	46
		% de Sexe	45.7%	43.1%	44.2%
Sexe	Femeni	Recuento	21	30	51
		% de Sexe	45.7%	51.7%	49.0%
	Indiferent	Recuento	4	3	7
		% de Sexe	8.7%	5.2%	6.7%
Total		Recuento	46	58	104
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 32. Taula de contingència: sexe del model/ sexe del participant.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.704 <sup>a</sup>	2	.703
Razón de verosimilitud	.700	2	.705
Asociación lineal por lineal	.352	1	.553
N de casos válidos	104		

<sup>a</sup>. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.10.

Taula 33. Proves chi-quadrat: preferència sexe de l'odontòleg/ sexe dels participants.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.670 <sup>a</sup>	2	.263
Razón de verosimilitud	2.768	2	.251
Asociación lineal por lineal	1.252	1	.263
N de casos válidos	104		

<sup>a</sup>. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.33.

Taula 34. Proves chi-quadrat: preferència edat de l'odontòleg/ sexe dels participants.

En ambdós casos (**taules 33 i 34**) no es compleixen les condicions d'aplicació de la prova  $\chi^2$  de Pearson ( $e_{ij} \geq 5$ ) i cal reduir les dimensions de la taula de contingència. Per resoldre el problema s'ha optat per eliminar la categoria *indiferent*.

Tabla de contingencia Preferència: Sexe \* Sexe

			Sexe		Total
			Femení	Masculí	
Preferència: Sexe	Masculí	Recuento	21	25	46
		% de Sexe	50.0%	45.5%	47.4%
	Femení	Recuento	21	30	51
		% de Sexe	50.0%	54.5%	52.6%
Total		Recuento	42	55	97
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 35. Taula de contingència: preferència sobre sexe de l'odontòleg/ sexe del participant.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.197 <sup>b</sup>	1	.657		
Corrección de continuidad <sup>a</sup>	.057	1	.811		
Razón de verosimilitud	.197	1	.657		
Estadístico exacto de Fisher				.686	.405
Asociación lineal por lineal	.195	1	.659		
N de casos válidos	97				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19.92.

Taula 36. Proves chi-quadrat: preferència sobre sexe de l'odontòleg/ sexe del participant.

Els resultats (**taules 35 i 36**) indiquen una associació no significativa entre la preferència pel sexe del dentista i el sexe del subjecte ( $\chi^2 = 0.197$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.657$ ).

Tabla de contingencia Preferència: Edat \* Sexe

			Sexe		Total
			Femení	Masculí	
Preferència: Edat	Gran	Recuento	4	11	15
		% de Sexe	9.1%	19.3%	14.9%
	Jove	Recuento	40	46	86
		% de Sexe	90.9%	80.7%	85.1%
Total		Recuento	44	57	101
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 37. Taula de contingència: preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ sexe del participant.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl.	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.046 <sup>b</sup>	1	.153		
Corrección de continuidad <sup>a</sup>	1.318	1	.251		
Razón de verosimilitud	2.138	1	.144		
Estadístico exacto de Fisher				.172	.125
Asociación lineal por lineal	2.026	1	.155		
N de casos válidos	101				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.53.

Taula 38. Proves de chi-quadrat: preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ sexe dels participants.

Pel que fa a l'edat del dentista, els resultats (**taules 37 i 38**) indiquen una associació no significativa entre aquesta i el sexe del subjecte ( $\chi^2 = 2.046$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.153$ ).

### 3.3.1. Estudi de les preferències estratificant per grups d'edat.

Atès que una de les nostres hipòtesis de treball és que els adolescents preferiran un odontòleg del gènere contrari i els nens buscaran un dentista del mateix gènere o la figura del pare/mare, hem fet l'anàlisi estratificant en funció del grup d'edat dels participants.

Els resultats (**taules 39 i 40**) indiquen una *associació estadísticament significativa en els dos grups d'edat*, si bé canvia el sentit de la relació. Aquest fet explica que en realitzar l'anàlisi conjunta, sense estratificar per grups d'edat, els resultats indiquessin una associació no significativa entre les variables estudiades. Podríem dir que, en aquest cas, la variable edat té un caràcter confusionista. En el grup de 6 a 7 anys el sentit de la relació indica una major preferència per un odontòleg del mateix sexe ( $\chi^2 = 6.612$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.01$ ), mentre que en el de 13 a 14 anys s'inverteixen les preferències i els joves tendeixen a preferir un dentista de l'altre sexe ( $\chi^2 = 6.689$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.01$ ). També hem

calculat la intensitat d'aquesta relació: aquesta és lleugerament superior en el grup de 6 a 7 anys (**taula 41**:  $\Phi=0,429$  versus  $\Phi=0,331$ ).

Tabla de contingencia Preferència: Sexe \* Sexe \* Grups d'edat

Grups d'edat				Sexe		Total
				Femeni	Masculí	
6-7 anys	Preferència: Masculí	Recuento	5	16	21	
		% de Sexe	33.3%	76.2%	58.3%	
	Femeni	Recuento	10	5	15	
		% de Sexe	66.7%	23.8%	41.7%	
	Total	Recuento	15	21	36	
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%	
13-14 anys	Preferència: Masculí	Recuento	16	9	25	
		% de Sexe	59.3%	26.5%	41.0%	
	Femeni	Recuento	11	25	36	
		% de Sexe	40.7%	73.5%	59.0%	
	Total	Recuento	27	34	61	
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%	

Taula 39. Taula de contingència: preferència sobre el sexe de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat.

Pruebas de chi-cuadrado

Grups d'edat		Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
6-7 anys	Chi-cuadrado de Pearson	6.612 <sup>b</sup>	1	.010	.017	.013
	Corrección de continuidad <sup>a</sup>	4.967	1	.026		
	Razón de verosimilitud	6.754	1	.009		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	6.429	1	.011		
	N de casos válidos	36				
13-14 anys	Chi-cuadrado de Pearson	6.689 <sup>c</sup>	1	.010	.018	.010
	Corrección de continuidad <sup>a</sup>	5.402	1	.020		
	Razón de verosimilitud	6.772	1	.009		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	6.580	1	.010		
	N de casos válidos	61				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.25

c. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11.07.

Taula 40. Proves de chi-quadrat: preferència pel sexe de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat



Medidas simétricas

Grups d'edat			Valor	Sig. aproximada
6-7 anys	Nominal por	Phi	.429	.010
	nominal	V de Cramer	.429	.010
	N de casos válidos		36	
13-14 anys	Nominal por	Phi	.331	.010
	nominal	V de Cramer	.331	.010
	N de casos válidos		61	

- a. No asumiendo la hipótesis nula.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Taula 41. Càlcul de la intensitat de la relació.

Hem procedit de la mateixa forma, en aquest cas estudiant la preferència per l'edat de l'odontòleg. Els resultats indiquen una associació estadísticament no significativa en el grup d'edat de 6 a 7 anys ( $\chi^2 = 0.129$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.720$ ) i una relació tendint a la significació en el de 13 a 14 anys ( $\chi^2 = 3.744$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.053$ ); és a dir, a la mostra s'observa una preferència superior per un dentista jove però no hi ha diferències significatives entre els grups d'edat estudiats (veure taules 42 i 43).

Tabla de contingencia Preferència: Edad \* Sexo \* Grupos de edad

Grups d'edat				Sexe		Total
				Femení	Masculí	
6-7 anys	Preferència:	Gran	Recuento	2	2	4
		Edat	% de Sexe	13.3%	9.5%	11.1%
	Jove	Recuento	13	19	32	
		% de Sexe	86.7%	90.5%	88.9%	
	Total	Recuento	15	21	36	
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%	
13-14 anys	Preferència:	Gran	Recuento	2	9	11
		Edat	% de Sexe	6.9%	25.0%	16.9%
	Jove	Recuento	27	27	54	
		% de Sexe	93.1%	75.0%	83.1%	
	Total	Recuento	29	36	65	
		% de Sexe	100.0%	100.0%	100.0%	

Taula 42. Taula de contingència: preferència sobre l'edat de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat.

## Pruebas de chi-cuadrado

Grups d'edat		Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
6-7 anys	Chi-cuadrado de Pearson	.129 <sup>b</sup>	1	.720	1.000	.560
	Corrección de continuidad <sup>a</sup>	.000	1	1.000		
	Razón de verosimilitud	.127	1	.722		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	.125	1	.724		
N de casos válidos		36				
13-14 anys	Chi-cuadrado de Pearson	3.744 <sup>c</sup>	1	.053	.094	.052
	Corrección de continuidad <sup>a</sup>	2.567	1	.109		
	Razón de verosimilitud	4.063	1	.044		
	Estadístico exacto de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	3.687	1	.055		
N de casos válidos		65				

<sup>a</sup>. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<sup>b</sup>. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.67.

<sup>c</sup>. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.91.

Taula 43. Proves de chi-quadrat: preferència sobre l'edat de l'odontòleg, estratificant per grups d'edat.

### 3.4. Observar la relació existent entre les preferències dels infants i adolescents en relació al sexe i edat de l'odontòleg, i l'edat d'aquests.

Tabla de contingencia

			Grups d'edat		Total
			6-7 anys	13-14 anys	
Preferència:	Masculí	Recuento	21	25	46
		% de Grups d'edat	58.3%	36.8%	44.2%
Sexe	Femení	Recuento	15	36	51
		% de Grups d'edat	41.7%	52.9%	49.0%
Indiferent		Recuento		7	7
		% de Grups d'edat		10.3%	6.7%
Total		Recuento	36	68	104
		% de Grups d'edat	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 44. Taula de contingència: relació entre preferències sobre el sexe de l'odontòleg, i l'edat dels nens.

Tabla de contingencia

			Grups d'edat		Total
			6-7 anys	13-14 anys	
Preferència:	Gran	Recuento	4	11	15
		% de Grups d'edat	11.1%	16.2%	14.4%
Edat	Jove	Recuento	32	54	86
		% de Grups d'edat	88.9%	79.4%	82.7%
	Indiferent	Recuento		3	3
		% de Grups d'edat		4.4%	2.9%
Total	Recuento		36	68	104
	% de Grups d'edat		100.0%	100.0%	100.0%

Taula 45. Taula de contingència: preferències sobre l'edat de l'odontòleg i l'edat dels nens.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.792 <sup>a</sup>	2	.034
Razón de verosimilitud	8.954	2	.011
Asociación lineal por lineal	5.311	1	.021
N de casos válidos	104		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.42.

Taula 46. Proves de chi-quadrat (preferència sobre el sexe de l'odontòleg/ edat dels nens).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.263 <sup>a</sup>	2	.323
Razón de verosimilitud	3.239	2	.198
Asociación lineal por lineal	1.074	1	.300
N de casos válidos	104		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.04.

Taula 47. Proves chi-quadrat (preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ edat dels nens).

Ens tornem a trobar que, en ambdós casos (**taules 46 i 47**), no es compleixen les condicions d'aplicació de la prova  $\chi^2$  de Pearson ( $e_{ij} \geq 5$ ) i, per aquest fet, cal reduir les dimensions de la taula de contingència. Un cop més, per resoldre el problema s'ha optat per eliminar la categoria *indiferent*.

Tabla de contingencia Preferència: Sexe \* Grups d'edat

			Grups d'edat		Total
			6-7 anys	13-14 anys	
Preferència: Mascull	Recuento		21	25	46
	% de Grups d'edat		58.3%	41.0%	47.4%
Sexe Femenl	Recuento		15	36	51
	% de Grups d'edat		41.7%	59.0%	52.6%
Total	Recuento		36	61	97
	% de Grups d'edat		100.0%	100.0%	100.0%

Taula 48. Taula de contingència: relació preferència sobre el gènere de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.733 <sup>b</sup>	1	.098		
Corrección de continuidad <sup>a</sup>	2.082	1	.149		
Razón de verosimilitud	2.741	1	.098		
Estadístico exacto de Fisher				.140	.074
Asociación lineal por lineal	2.705	1	.100		
N de casos válidos	97				

<sup>a</sup>. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<sup>b</sup>. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.07.

Taula 49. Proves de chi-quadrat: relació preferència sobre el sexe de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat.

Els resultats (taules 48 i 49) indiquen una associació amb un grau de significació a prop del criteri de significació ( $\chi^2 = 2.733$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.098$ ).

Pel que fa a la preferència *dentista jove/dentista gran* i l'edat dels participants (taules 50 i 51), els resultats indiquen una associació estadísticament no significativa entre l'edat preferida i el grup d'edat al qual pertany el nen ( $\chi^2 = 0.619$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.431$ ).

Tabla de contingencia Preferència: Edat \* Grups d'edat

			Grups d'edat		Total
			6-7 anys	13-14 anys	
Preferència: Gran	Edat	Recuento	4	11	15
		% de Grups d'edat	11.1%	16.9%	14.9%
Jove	Edat	Recuento	32	54	86
		% de Grups d'edat	88.9%	83.1%	85.1%
Total	Edat	Recuento	36	65	101
		% de Grups d'edat	100.0%	100.0%	100.0%

Taula 50. Taula de contingència: relació preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.619 <sup>b</sup>	1	.431		
Corrección de continuidad <sup>a</sup>	.245	1	.621		
Razón de verosimilitud	.643	1	.423		
Estadístico exacto de Fisher				.564	.317
Asociación lineal por lineal	.613	1	.434		
N de casos válidos	101				

<sup>a</sup>. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

<sup>b</sup>. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.35.

Taula 51. Proves de chi-quadrat: relació preferència sobre l'edat de l'odontòleg/ edat dels nens, estratificant per grups d'edat.

### 3.5. Analitzar si la figura de l'odontòleg pot augmentar el nivell d'ansietat de l'infant i de l'adolescent.

En la present tesi, per a l'estudi de les preferències hem utilitzat, entre d'altres instruments, *la figura* de l'odontòleg, concretament la seva *imatge*. Atès que la visita odontològica i el contacte *real* amb l'odontòleg és un fet estressant, ens vam plantejar si només amb la visió de la imatge d'un dentista, que podríem definir com a *contacte virtual*, es pot veure incrementada l'ansietat del nen o de l'adolescent. Vam servir-nos, per tant, de les imatges dels diferents models (en format diapositiva) i d'instruments de mesura d'ansietat. El procediment és descrit amb detall a l'apartat de *material i mètode*. Hem processat la informació resultant de

forma global i estratificant per grups d'edat. Els resultats queden presentats en les següents taules.

### 3.5.1. Mostra global:

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 Ansietat_0:STAIC	29.07	104	5.53	.54
Ansietat_post:STAIC	29.91	104	6.55	.64

Taula 52. Mostra global: estadístics de mostres relacionades.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Ansietat_0:STAIC y Ansietat_post:STAIC	104	.527	.000

Taula 53. Mostra global: correlacions de mostres relacionades.

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Ansietat_0:STAIC - Ansietat_post:STAIC	-.85	5.94	.58	-2.00	.31	-1.452	103	.150

Taula 54. Mostra global: prova de mostres relacionades.

### 3.5.2. Grup d'edat 6 a 7 anys:

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 Ansietat_0:STAIC	28.78	36	6.24	1.04
Ansietat_post:STAIC	32.56	36	6.95	1.16

Taula 55. Grup de 6 a 7 anys: estadístics de mostres relacionades.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Ansietat_0:STAIC y Ansietat_post:STAIC	36	.321	.056

Taula 56. Grup de 6 a 7 anys: correlacions de mostres relacionades.

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Ansietat_0:STAIC - Ansietat_post:STAIC	-3.78	7.71	1.28	-6.39	-1.17	-2.940	35	.006

Taula 57. Grup de 6 a 7 anys: prova de mostres relacionades.

3.5.3. Grup d'edat 13 a 14 anys:

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 Ansietat_0:STAIC	29.22	68	5.16	.63
Ansietat_post:STAIC	28.51	68	5.92	.72

Taula 58. Grup de 13 a 14 anys: estadístics de mostres relacionades.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Ansietat_0:STAIC y Ansietat_post:STAIC	68	.744	.000

Taula 59. Grup de 13 a 14 anys: correlacions de mostres relacionades.



## Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviació n tip.	Error tip. de la media	Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Ansietat_0:STAIC - Ansietat_post:STAIC	.71	4.03	.49	-.27	1.68	1.446	67	.153

Taula 60. Grup de 13 a 14 anys: prova de mostres relacionades.

Considerant les dades del total de la mostra i dels participants adolescents, els resultats indiquen que la variació en el nivell d'ansietat no és significativa (global:  $t=-1.452$ ,  $gl=103$ ,  $P=0.150$ ; adolescents:  $t=1.446$ ,  $gl=67$ ,  $P=0.153$ ).

En contraposició, a la població origen de la mostra de nens de 6 a 7 anys s'observa un *increment significatiu en el nivell d'ansietat després d'haver estat exposats a la figura de l'odontòleg* (grup 6-7 anys:  $t=-2.940$ ,  $gl=35$ ,  $P=0.006$ ); amb una confiança del 95%, aquest increment se situa entre 1.17 i 6.39 punts de l'escala STAIC.

### 3.6. Escalar les preferències pels quatre models d'odontòleg, globalment i estratificant per sexe i edat.

El nostre objectiu és fer un escalament de les preferències que té el nen i l'adolescent a l'hora d'escollir un model o altre de dentista. En aquest cas, els aspectes que volem comparar són l'edat i el sexe de l'especialista.

Hem obtingut la informació a partir de la comparació de parells d'estímuls, en aquest cas presentant els diferents models d'odontòleg mitjançant la projecció de diapositives. Aquestes eren presentades de dues en dues seguint l'ordenació en parells d'estímuls proposada per Thurstone<sup>166</sup> en la seva *llei de judicis comparatius*, que ja hem explicat àmpliament en l'apartat de mètode estadístic.

Una vegada recollides les dades registrades a la graella de respostes que es va distribuir als participants, vam procedir al processament de la informació. Cal destacar que no existeix un procediment estàndard o consensuat a aquest efecte, i això ha requerit assajar diferents propostes d'escalament.

En els apartats que segueixen descrivim la síntesi del procediment emprat.

### 3.6.1. Confecció de la matriu de dominància.

En primer lloc, a partir de les comparacions binàries realitzades per a cada subjecte, es va procedir a generar la matriu de dominància per als quatre models d'odontòleg avaluats. A la **taula 61** podem veure la matriu global de freqüències, obtinguda a partir de l'agregació de les 104 matrius de dominància elaborades (una per participant).

	HJ	HG	DJ	DG
HJ		ca1=10	Ca2=79	Ca3=43
HG	Ca4=83		Ca5=93	Ca6=61
DJ	Ca7=36	ca8=15		Ca9=32
DG	Ca10=75	ca11=42	Ca12=86	

Taula 61. Matriu de dominància.

Treballem amb la part superior de la diagonal que es correspon amb la primera ocasió que s'efectua la comparació. Amb aquesta decisió atorguem més valor a l'efecte del cansament que al d'aprenentatge, i suposem vàlida la presumpció de la simetria de respostes.

### 3.6.2. Càlcul i descripció dels casos intransitius.

S'ha estudiat el nombre de casos intransitius, és a dir, d'entre els 104 participants, aquells que no han presentat consistència o transitivitat en la resposta, i la consistència absoluta (CA) de cadascuna d'aquestes 104 matrius, seguint el procediment exposat per Dunn-Ranking<sup>167</sup>. Cal destacar que el 84.6% dels casos presenten patrons transitius de preferència; tenint en compte aquesta dada, s'opta per excloure els 16 casos que presenten valors de consistència absoluta inferiors a 0.8 (taula 62).

#### CA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	9.6	9.6	9.6
.50	6	5.8	5.8	15.4
1.00	88	84.6	84.6	100.0
Total	104	100.0	100.0	

Taula 62. Valors de consistència absoluta (CA).

#### Sexe

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	12	75.0	75.0	75.0
Masculi	4	25.0	25.0	100.0
Femeni	16	100.0	100.0	
Total				

Taula 63. Casos intransitius: distribució per sexe.

#### Grups d'edat

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11	68.8	68.8	68.8
6-7 anys	5	31.3	31.3	100.0
13-14 anys	16	100.0	100.0	
Total				

Taula 64. Casos intransitius: distribució per grups d'edat.

Has anat mai al dentista?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valídos Si	16	100.0	100.0	100.0

Taula 65. Casos intransitius: experiència dental prèvia.

Com podem observar, dels 16 casos intransitius, 11 són nens de 6-7 anys. També cal destacar que tots 16 han anat a visitar el dentista (taules 64 i 65).

### 3.6.3. Estudi de l'ajustament a la llei de judicis comparatius de Thurstone.

Posteriorment, vam estudiar l'ajustament del model de judicis comparatius de Thurstone. El primer pas va ser fer el càlcul sobre la mostra global, eliminant els 16 casos intransitius, obtenint la matriu de freqüències per a N=88 (taula 66).

	HJ	HG	DJ	DG
HJ	44	8	67	34
HG	80	44	80	58
DJ	21	8	44	23
DG	54	30	65	44
$\Sigma =$	199	90	256	159

Taula 66. Matriu de freqüències dels 88 casos transitius.

D'aquesta manera, vam obtenir una escala subjectiva, unidimensional i d'interval (taula 67):

HJ	HG	DJ	DG
0.9982	0	1.4412	0.6405

Taula 67. Valors de les freqüències obtingudes per als quatre models (HJ=home jove, HG= home gran, DJ= dona jove, DG= dona gran).

### Escala d'interval

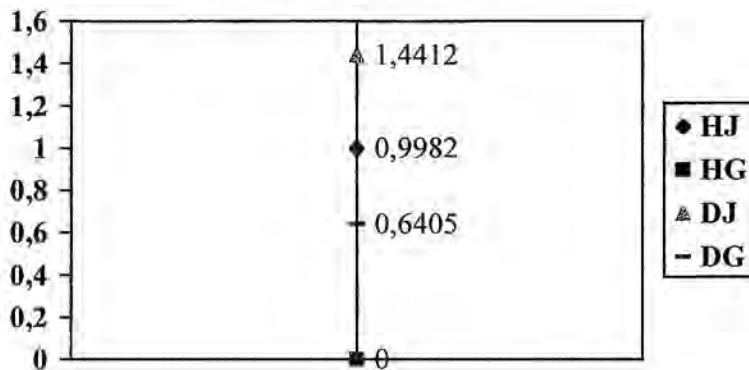


Fig 5. Representació gràfica de l'escala d'interval.

Així doncs, atenent als valors de les freqüències observades, interpretem que el model d'odontòleg preferit pels participants és el de dona jove (DJ), seguit pel d'home jove (HJ), dona gran (DG) i, en darrer lloc, el d'home gran (HG). Seguidament vam procedir a realitzar la prova de  $\chi^2$  exposada per Yela<sup>168</sup> per tal de valorar l'ajustament, així com l'*índex d'acord o coeficient de concordança W* de Kendall (documentat a Siegel<sup>169</sup>).

Un cop aplicada la prova  $\chi^2$  de bondat d'ajustament (DM= 0.0551,  $\chi^2= 11.8023$ , gl= 3, P<0.025) i la *W* de Kendall (*W* =0.3245, dins del llindar del criteri mínim recomanat per a aplicar aquest model), vam concloure que *el model matemàtic emprat no ajusta correctament les dades*.

#### 3.6.4. Patrons de resposta dominants; presentació dels resultats en percentatges de dominància.

Així doncs, un cop establerta la manca d'ajustament al model de judicis comparatius, vam optar per una presentació dels resultats en termes de *percentatge de dominància*, derivada de la proposta de Dunn-Ranking<sup>167</sup>. El

càlcul s'ha realitzat per a la mostra global (**taula 68, figura 2**), per als adolescents de sexe masculí (**taula 69, figura 3**), per a les adolescents (**taula 70, figura 4**), per als nens de 6 a 7 anys (**taula 71, figura 5**) i per a les nenes de 6 a 7 anys (**taula 72, figura 6**), eliminant els casos intransitius en tots els subgrups.

#### 3.6.4.1. Percentatges de dominància de la mostra global (N=88).

HJ	HG	DJ	DG
155/(88*3)	46/(88*3)	212/(88*3)	115/(88*3)
58.7%	17.4%	80.3%	43.6%

Taula 68. Mostra global: percentatges de dominància.

Els resultats de l'estudi del coeficient de concordança de Kendall ens porta a concloure que el grau d'acord entre els jutges és acceptable ( $W=0.3774$ ,  $\chi^2=99.64$ ,  $gI=3.00$ ,  $P<0.001$ ). Com podem observar, el model dominant és el d'odontòleg/odontòloga jove; la tipologia clarament dominada és la de l'odontòleg gran.

#### 3.6.4.2. Percentatges de dominància: adolescents de sexe masculí (N=34).

HJ	HG	DJ	DG
60/(34*3)	23/(34*3)	90/(34*3)	31/(34*3)
58.82%	22.55%	88.24%	30.39%

Taula 69. Adolescents de sexe masculí: percentatges de dominància.

Els resultats de l'estudi del coeficient de concordança de Kendall ens porta a concloure que el grau d'acord entre els jutges és acceptable ( $W=0.4820$ ,

$\chi^2=49.16$ ,  $gl=3.00$ ,  $P<0.001$ ). D'igual forma que amb la mostra global, entre els adolescents de sexe masculí s'observa que el model preferit és el de l'odontòloga jove; també domina lleugerament el de l'odontòleg jove, mentre que els dos models restants són clarament dominats.

#### 3.6.4.3. Percentatges de dominància: adolescents de sexe femení (N=29).

HJ	HG	DJ	DG
64/(29*3)	11/(29*3)	71/(29*3)	28/(29*3)
73.56%	12.64%	81.61%	32.18%

Taula 70. Adolescents de sexe femení: percentatges de dominància.

Els resultats de l'estudi del coeficient de concordança de Kendall ens porta a concloure que el grau d'acord entre els jutges és acceptable ( $W=0.5881$ ,  $\chi^2=51.17$ ,  $gl=3.00$ ,  $P<0.001$ ). Un cop més, entre les adolescents s'observa que el model preferit és el de l'odontòloga jove. És interessant destacar que la dominància de l'odontòleg jove és superior en les noies que entre els nois. Com en els anteriors casos, els dos models restants són dominats amb claredat.

#### 3.6.4.4. Percentatges de dominància: nens de 6 a 7 anys (N=12).

HJ	HG	DJ	DG
17/(12*3)	10/(12*3)	23/(12*3)	22/(12*3)
47.22%	27.78%	63.89%	61.11%

Taula 71. Nens de 6 a 7 anys: percentatges de dominància.

Els resultats de l'estudi del coeficient de concordança de Kendall ens porta a concloure que el grau d'acord entre els jutges és baix i estadísticament no



significatiu ( $W=0.1472$ ,  $\chi^2=5.30$ ,  $gl=3.00$ ,  $P=0.1511$ ). Com podem observar, els extrems de menys i més dominància coincideixen amb les mostres anteriors, encara que es produeix una variació en els punts centrals de l'escala. Aquestes dades s'han d'interpretar amb molta cura atès el nombre de casos i el baix acord.

#### 3.6.4.5. Percentatges de dominància: nenes de 6 a 7 anys (N=13).

HJ	HG	DJ	DG
14/(13*3)	2/(13*3)	28/(13*3)	34/(13*3)
35.90%	5.13%	71.79%	87.18%

Taula 72. Nenes de 6 a 7 anys: percentatges de dominància.

Els resultats de l'estudi del coeficient de concordança de Kendall ens porta a concloure que el grau d'acord entre els jutges és baix i estadísticament no significatiu ( $W=0.7325$ ,  $\chi^2=28.57$ ,  $gl=3.00$ ,  $P<0.001$ ). La preferència dominant són les dones, en aquest cas el model d'odontòloga gran. L'odontòleg gran és, com en totes les anteriors situacions, el model clarament dominat. Aquestes dades s'han d'interpretar amb molta cura atès el nombre de casos.

**% de dominància: mostra global**

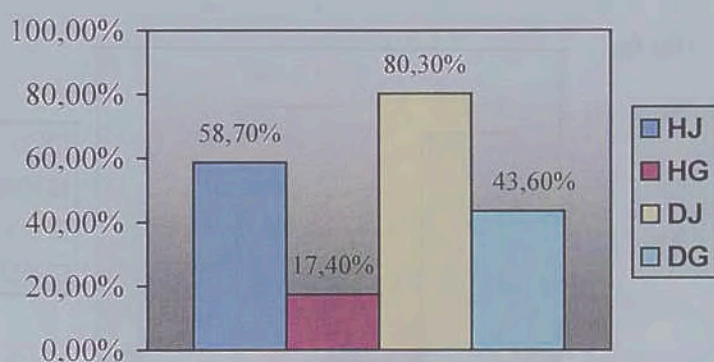


Figura 6. Diagrama de barres dels percentatges de dominància global

**% de dominància: adolescents sexe masculí**

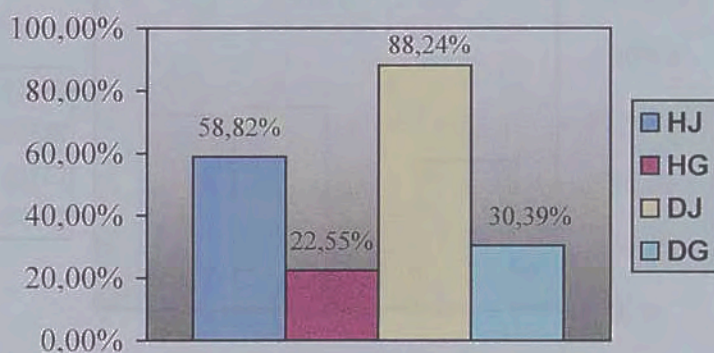


Figura 7. Diagrama de barres dels percentatges de dominància dels nois de 13 a 14 anys.

**% de dominància:adolescents sexe femení**

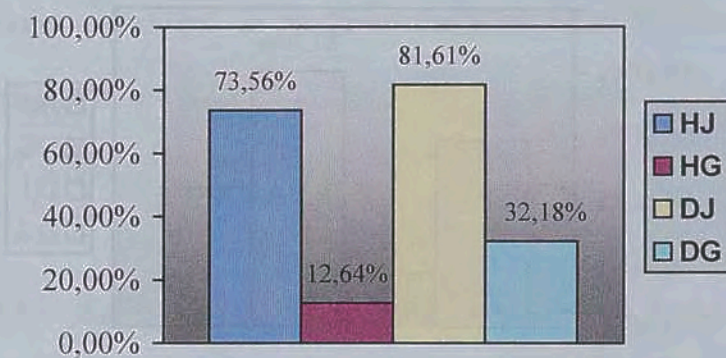


Figura 8. Diagrama de barres dels percentatges de dominància de les noies de 13 a 14 anys.

**% de dominància:nens de 6 a 7 anys.**

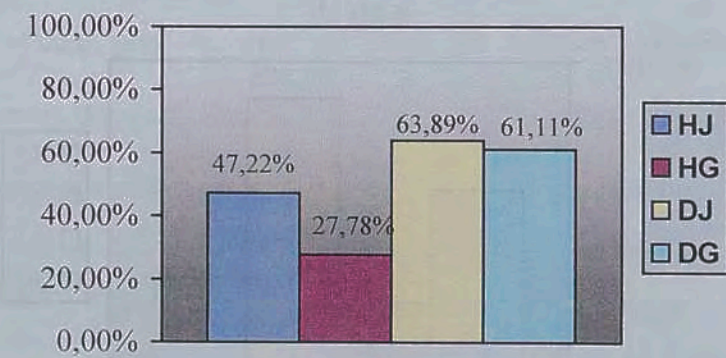


Figura 9. Diagrama de barres dels percentatges de dominància dels nens de 6 a 7 anys.



**% de dominància: nenes de 6 a 7 anys.**

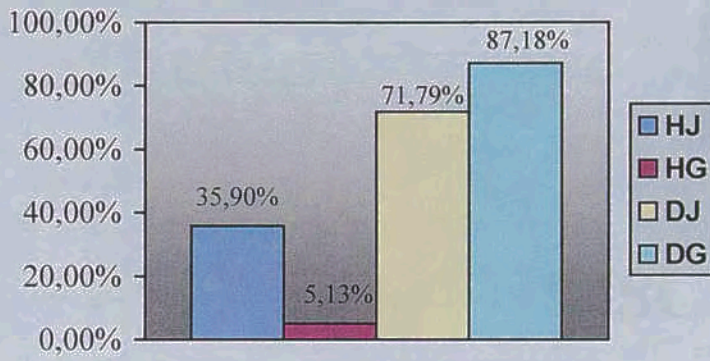


Figura 10. Diagrama de barres dels percentatges de dominància de les nenes de 6 a 7 anys.

# IV

## DISCUSSIÓ

## DISCUSSIÓ.

El nostre treball vol estudiar les preferències del nen de 6 a 7 anys i de l'adolescent de 13 a 14 anys sobre l'edat i gènere de l'odontòleg. Volem remarcar les dificultats que hem trobat per dur a terme el nostre propòsit, que són bàsicament de tipus documental. En la nostra recerca bibliogràfica informatitzada, assistida mitjançant les bases de dades electròniques MedLINE i PsycLIT, no hem trobat cap estudi que realitzi un plantejament com el que proposem. En general, la recerca en el camp dels aspectes psicològics en Odontopediatria, en el nostre país, és escassa. Podem destacar els treballs de Boj<sup>170</sup>, Jiménez<sup>171</sup> i Padrós<sup>172</sup>, estudiant aspectes com el paper de tècniques audiovisuals, la musicoteràpia o la valoració de l'ansietat mitjançant la interpretació del dibuix en pacients odontopediàtrics.

Per tant, ha calgut un important esforç per a adaptar les investigacions similars o relacionades en algun aspecte (dins l'àmbit de l'Odontologia, la Medicina o altres disciplines sanitàries), a les necessitats del present estudi.

Conduir un projecte d'aquestes característiques amb participants infantils i adolescents no és una tasca fàcil. Cal tenir presents, especialment en els nens de 6 a 7 anys, les dificultats de comprensió, el cansament i la progressiva pèrdua d'atenció en el desenvolupament de qualsevol prova similar. Amb una descripció acurada i adaptant el registre verbal de les explicacions a la franja d'edat corresponent, aplicant un ritme dinàmic i utilitzant la primera hora del matí per a la realització dels diferents qüestionaris, s'ha intentat minimitzar aquestes eventualitats. Tot i així, van ser descartats 13 participants, tots ells del grup de 6 a 7 anys.

Per tal de no introduir cap element potencialment generador d'ansietat<sup>159</sup>, es va insistir que no es tractava de cap examen o prova puntuable. Tampoc ens vam identificar com a odontòlegs o personal sanitari.

En el nostre estudi, un 93,3% dels participants van manifestar preferència respecte al gènere del dentista i un 97,1% respecte a l'edat. Aquests resultats estan d'acord amb la literatura revisada en l'aspecte que les persones manifesten algun tipus de preferència sobre el gènere del facultatiu que l'ha de visitar.

La nostra hipòtesi respecte a la selecció del gènere del dentista proposa que els participants de 6 a 7 anys manifestaran preferència per un odontòleg del mateix sexe, mentre que els adolescents ho faran per un del sexe contrari. Els resultats indiquen que, per al global de la mostra, la preferència sobre el gènere de l'odontòleg és equiprovable. Ara bé, si estratifiquem per grups d'edat, canvia la situació. Així, els nens i nenes de 6 a 7 anys manifesten, de forma estadísticament significativa, una major preferència sobre un facultatiu del mateix sexe. Aquest resultat coincideix amb el de Barconey<sup>151</sup> i parcialment amb el de Kim<sup>153</sup>. Els adolescents del nostre estudi prefereixen, també significativament, un dentista del sexe contrari. Només podem contrastar, i amb precaució, aquest resultat amb el de Van Ness<sup>103</sup>, en un estudi realitzat amb nois entre 10 i 18 anys, els quals van manifestar una clara preferència per una metgessa, fins i tot en el supòsit d'una exploració genital. Nosaltres proposem diferents mecanismes que expliquin tal preferència. D'una banda, l'adolescència és un moment evolutiu crític que busca referències en altres models, època d'enamoraments i sentiments intensos, on es para especial atenció i atracció en persones de l'altre gènere, ja siguin del seu entorn (companys, professors) com alienes o imaginàries (cantants, actors, personatges de ficció, etc). Considerem que l'odontòleg també podria ser objecte d'aquesta particular



visió de l'adolescent, i que la preferència d'aquest sobre el gènere del dentista podria estar influenciada per un possible component romàntic o d'atracció cap al sexe oposat (parella genèricament complementària). D'altra banda, també pot jugar un paper destacat la pressió exercida pel grup de coetanis, ja que triar un model d'odontòleg del mateix sexe pot ser mal vist. És a dir, els companys poden considerar que si un noi tria un odontòleg vol dir que no li agraden les noies i si una noia selecciona una dentista significa que no li agraden els nois; mitjançant aquest mecanisme, l'adolescent pot veure's condicionat a l'hora de manifestar la preferència.

Així doncs, es pot considerar l'edat com a variable confusionista, ja que quan estudiem el total de participants, no es manifesten diferències en la preferència. Al mateix temps, l'edat del participant agafa especial rellevància, perquè es confirma la possibilitat que el nen i l'adolescent tinguin diferents preferències en funció del seu desenvolupament psicosexual ja que, com hem vist, cada etapa de l'evolució de la personalitat adopta uns determinats referents i models, canviant amb la maduració de l'infant.

Respecte a la preferència sobre l'edat, els participants manifesten una clara predisposició a triar un odontòleg jove, encara que no es detecten diferències significatives en funció de l'edat o el gènere del participant. Podem suposar que, en general, es prefereix un facultatiu jove perquè l'infant el percep com menys amenaçant, més "igual a ell".

Un dels aspectes del nostre estudi que considerem més interessants, per l'absència d'antecedents en la literatura, és l'anàlisi de la imatge de l'odontòleg com a element generador d'ansietat en el nen. El fet de presentar les diapositives dels diferents models d'odontòleg per a l'estudi de la preferència, ens va fer plantejar la possibilitat que la simple visió d'un dentista pogués augmentar l'ansietat. En els participants de 13 a 14 anys no es detecten diferències significatives entre els registres basal i posterior a

l'exposició. En canvi, en els nens i nenes de 6 a 7 anys, s'observa un increment significatiu en el nivell d'ansietat després d'haver estat exposats a la figura de l'odontòleg, increment que se situa entre 1.17 i 6.39 punts de l'escala STAIC. En el treball de Gadbury-Amyot<sup>154</sup>, la presentació d'un ambient dental, en format vídeo, va produir un increment de l'ansietat dels participants, tant dels catalogats com *altament ansiosos* com en els *poc ansiosos*. Tot i així, les diferències amb el present estudi són òbvies. Per una banda, el suport audiovisual és clarament diferent, ja que el vídeo ofereix l'escena completa d'una primera visita dental en un gabinet odontològic, amb totes les sensacions i records que pot evocar, mentre que la diapositiva mostra una imatge estàtica d'un model que únicament porta una bata clínica blava i que està fotografiat en un ambient no odontològic; per l'altra banda, els participants en l'estudi de Gadbury-Amyot són adults i aquest fet fa difícil contrastar les seves dades amb les obtingudes a partir d'una població infantil.

Però el cas és que, encara que no es coneix el mecanisme, sembla possible que la visió d'un dentista o d'un ambient dental generi ansietat, sense interacció o contacte presencial. L'explicació pot radicar en el fet que només veient la imatge de l'odontòleg es poden evocar o recordar altres experiències desagradables, associades a dolor i por. Però, fins i tot en el cas de no haver experiència dental prèvia, s'esdevé aquesta associació. Coincidim amb Gerbert<sup>149</sup> i Berry<sup>155</sup> en la negativa imatge que de l'Odontologia s'ofereix en llibres, pel·lícules i televisió. Nens i adolescents són grans consumidors de televisió i, a més, estan influenciats per les experiències dentals dels pares i altres familiars, per les exageracions o mentides que puguin explicar els companys... en definitiva, per una mena de tradició oral que es manté generació rere generació. Nosaltres suggerim que tot aquest entorn que envolta a l'odontòleg pot

predisposar que el nen desenvolupi certes actituds d'aversió i expectatives estereotipades negativament sobre l'ambient odontològic, que podrien explicar l'associació d'augment d'ansietat amb la visió de la diapositiva amb el model de dentista.

La part final del nostre estudi ha volgut, un cop establerta la tendència a triar d'entre els diferents models d'odontòleg proposats, ordenar o escalar aquesta preferència. No hem pogut fer l'escalament d'interval proposat per Thustone ja que el model matemàtic emprat no s'ajustava a les nostres dades, i ha calgut assajar altres propostes d'escalament. En els nois de 13 a 14 anys el model preferit és de l'odontòloga jove. També ho és en les noies de 13 i 14 anys, però cal destacar que la preferència per l'odontòleg jove en aquest grup és superior respecte a la dels nois. Podem interpretar que les noies d'aquesta edat comencen a manifestar la tendència de seleccionar un facultatiu del mateix gènere, recollida en la literatura, especialment en disciplines com Medicina General, Ginecologia i Psiquiatria<sup>68</sup>, encara que en aquesta especial època del desenvolupament psicosexual, l'adolescència, els atrau la figura del sexe contrari. En els nens de 6 a 7 anys, la preferència dominant són les dones, i remarcuem que en les nenes el model preferit és el de l'odontòloga gran. En aquesta edat, el paper de la figura de la mare en el procés de modelització i tipificació genèrica podria ser interpretat com una possible explicació d'aquesta preferència.

Globalment, el model clarament dominant és el d'odontòloga jove; l'odontòleg gran és, per a tots els subgrups d'edat i gènere, el que presenta menys preferència. Com hem vist, la bibliografia revisada atribueix a la dona una superior empatia i qualitats comunicatives. Podem associar el patró de dominàncies del nostre estudi amb els resultats de Bernzweig<sup>67</sup>, que suggereix que nens i nenes es comuniquen millor amb metgesses i mostren preferències per a facultatius del mateix gènere. És possible que aquesta

dominància de l'odontòloga jove es pugui explicar per la millor comunicació i satisfacció del pacient amb una dona, com diferents estudis refereixen<sup>27</sup>. Que el model d'odontòleg gran sigui clarament dominat pot ser degut al fet que reuneix els estereotips d'agressivitat, domini, força, autoritat... és a dir, s'atribueixen les qualitats *instrumentals* clàssiques. El nen pot veure aquest patró com més amenaçant, especialment en comparació als trets *expressius* de la dona: tendresa, empatia, instint maternal, comprensió, etc.

No s'ha establert com a objectiu de la present tesi determinar les possibles causes que condicionen la preferència del pacient odontopediàtric sobre diferents aspectes de l'odontòleg, sinó que hem volgut constatar, com un primer pas, l'existència d'aquestes preferències. Tot i així, és necessari investigar en aquest aspecte, ja que la literatura presenta diferents factors que poden influir, de forma consistent, en la selecció de facultatiu. S'argumenta que els rols genèrics estan lligats al desenvolupament psicològic de l'ésser humà. Fins a quin punt els estereotips sexuals i la tipificació genèrica de l'individu poden condicionar la preferència mereix un estudi amb profunditat, encara que sembli evident que certes imatges preconcebudes, socialment tan arrelades, hagin de jugar un important paper.

Així doncs, la societat atribueix certes habilitats, característiques i trets diferencials a homes i dones. Aquesta tipificació va més enllà de les persones i arriba a professions, joguines, colors i tants altres elements de la vida quotidiana. Jugar amb nines o a cuinetes és femení, jugar a futbol o amb cotxes és masculí; el blau és color de nens i el rosa de nenes.

El desenvolupament psicosexual de l'infant i adolescent està, per tant, altament sotmès a la pressió d'aquestes tendències socials i culturals ja que, en el procés de modelització,

s'encarrega d'imitar o eliminar les conductes del seu entorn, segons si aquestes són reforçades o sancionades.

Etiquetar certes qualitats com a masculines o femenines, considerant determinats atributs o habilitats com a propis o més característics de l'home o de la dona, és una altra forma de perpetuar i arrelar els estereotips. L'empatia, l'habilitat comunicativa o la sensibilitat no haurien de ser conductes associades o exclusives d'un o altre gènere. L'*androgínia psicològica* és la disponibilitat en un mateix individu, independentment del seu sexe biològic, de qualitats tant instrumentals com expressives. Així, en un *odontòleg androgín* es reunarien tant la competència tècnica com la tendresa, la força com la delicadesa i, per tant, no s'associarien nivells de satisfacció més elevats en funció del gènere.

Creiem, doncs, que en les preferències del nen i l'adolescent sobre diferents aspectes de l'odontòleg, la tipificació genèrica de l'individu i la pressió dels estereotips sexuals intervenen de manera decisiva, però cal analitzar-ho amb deteniment.

L'aplicació pràctica d'aquests plantejaments en el camp de l'Odontopediatria té diferents lectures. Si en funció de l'edat del pacient es pot establir un patró de preferència per a un determinat model de dentista, pot interpretar-se que la seva satisfacció pot ser superior i, per extensió, pot veure's facilitada la seva col·laboració. Aquesta visió coincideix amb la de Steelman<sup>152</sup>, que considera que les nenes amb conducta disruptiva podrien ser més receptives i col·laboradores amb odontòlogues.

Però, per damunt de qualsevol especulació, el fet més important és que les nombroses evidències<sup>142-150</sup> sobre la preferència dels pacients per un professional comunicatiu, atent i comprensiu, per damunt d'aspectes més tècnics o d'habilitats intel·lectuals, han de motivar tots els professionals a desenvolupar habilitats comunicatives, exercir un estil empàtic i fomentar la interacció amb els pacients, augmentant així la satisfacció d'aquests



(i la pròpia) i millorant l'atenció odontològica. Aquesta és una possible via per eliminar la negativa imatge de l'odontòleg i el seu entorn, de promocionar la col·laboració i facilitar el maneig de conducta del pacient, aspecte aquest últim d'òbvia transcendència en Odontopediatria.

**V**

**CONCLUSIONS**



## CONCLUSIONS.

### I. Objectiu 1.

**Enunciat:** *Valorar les preferències dels infants i adolescents sobre el sexe (gènere) de l'odontòleg.*

**Conclusió:** A la població origen de la mostra que no manifesta indiferència (n=97, 93.3%), la preferència pel gènere del dentista és equiprovable ( $\chi^2=0.258$ , gl=1, P=0.612).

### II. Objectiu 2.

**Enunciat:** *Valorar les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat de l'odontòleg.*

**Conclusió:** Amb una confiança del 95%, el percentatge de nens de la població origen de la mostra (que no manifesta indiferència n=101, 97.1%) que prefereixen un dentista jove, està situat entre el 78.2% i el 92.1%.

### III. Objectiu 3.

**Enunciat:** *Observar la relació existent entre les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat i sexe de l'odontòleg, i el sexe dels nens.*

**Conclusió:** Respecte al gènere de l'odontòleg, els resultats indiquen una *associació estadísticament significativa en els dos grups d'edat*. En el grup de 6 a 7 anys el sentit de la relació indica una major preferència per un odontòleg del mateix sexe ( $\chi^2=6.612$ , gl=1, P=0.01), mentre que en el de 13 a 14 anys s'inverteixen les preferències i els joves tendeixen a preferir un dentista de l'altre sexe ( $\chi^2=6.689$ , gl=1, P=0.01). Pel que fa a la preferència per l'edat del dentista, a la mostra s'observa una preferència superior per un odontòleg jove, però no hi ha diferències significatives entre els grups d'edat estudiats.

#### IV. Objectiu 4.

**Enunciat:** *Observar la relació existent entre les preferències dels infants i adolescents sobre l'edat i sexe de l'odontòleg, i l'edat dels nens..*

**Conclusió:** Respecte a l'associació *preferència pel gènere del dentista/ edat del nen*, els resultats indiquen una associació amb un grau de significació al voltant del criteri de significació ( $\chi^2 = 2.733$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.098$ ).

Pel que fa a la preferència *dentista jove/ dentista gran* i l'edat dels participants, els resultats indiquen una associació estadísticament no significativa entre l'edat preferida i el grup d'edat al qual pertany el nen ( $\chi^2 = 0.619$ ,  $gl=1$ ,  $P=0.431$ ).

#### V. Objectiu 5.

**Enunciat:** *Analitzar si la figura de l'odontòleg pot augmentar el nivell d'ansietat.*

**Conclusió:** Considerant les dades del total de la mostra i de la parcial d'adolescents, els resultats indiquen que la variació en el nivell d'ansietat no és significativa (global:  $t=-1.452$ ,  $gl=103$ ,  $P=0.150$ ; adolescents:  $t=1.446$ ,  $gl=67$ ,  $P=0.153$ ).

En contraposició, a la població origen de la mostra de nens de 6 a 7 anys s'observa un *increment significatiu en el nivell d'ansietat després d'haver estat exposats a la figura de l'odontòleg* (grup 6-7 anys:  $t=-2.940$ ,  $gl=35$ ,  $P=0.006$ ); amb una confiança del 95%, aquest increment se situa entre 1.17 i 6.39 punts de l'escala STAIC.

## VI. Objectiu 6.

**Enunciat:** *Escalar les preferències per als quatre models d'odontòleg globalment i en funció del sexe i edat dels infants i adolescents.*

### **Conclusions:**

- a) Entre els adolescents de sexe masculí s'observa que el model preferit és el de l'odontòloga jove.
- b) Entre les adolescents s'observa que el model preferit és, de nou, el de l'odontòloga jove. És interessant destacar que la dominància de l'odontòleg jove és superior en les noies que en els nois.
- c) En els nens de 6 a 7 anys, la preferència dominant són les dones. En aquest grup d'edat el model preferit és el d'odontòloga gran. L'odontòleg gran és, com en totes les anteriors situacions, el model clarament dominat. En aquest grup d'edat cal interpretar les dades amb molta cura, atès el baix nombre de casos.
- d) Globalment, per tant, el model clarament dominant és el d'odontòloga jove; l'odontòleg gran és, per a tots els subgrups, el que presenta menys preferència.

# VI

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.

1. **Nickel H.** El desarrollo psicofísico durante el periodo escolar. En: *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*, 1ª ed. Barcelona: Herder, 1978; 71-174.
2. **Worchel S, Shebilske W.** Infancia y niñez. En: *Psicología, fundamentos y aplicaciones*, 1ª ed. Madrid: Prentice-Hall Iberia, 1998; 312-26.
3. **Mussen PH, Conger JJ, Kagan J.** La personalidad y el desarrollo social: socialización en la familia. En: *Desarrollo de la personalidad en el niño*, 2ª ed. Méjico, 1985; 321-72.
4. **Mussen PH, Conger JJ, Kagan J.** Influencias extrafamiliares en la socialización. En: *Desarrollo de la personalidad en el niño*, 2ª ed. Méjico, 1985; 376-408.
5. **Davidoff LL.** Conducta social y cuestiones sociales. En: Davidoff Ll, editor. *Introducción a la psicología*. Mexic, D.F.: McGraw-Hill, 1989; 662-82.
6. **Dorsch F.** Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder, 1985; 643.
7. **Muñiz C.** Home i dona. Diferències entre els sexes. En: *Influència del sexe en l'Odontologia. Diferències genèriques*. Barcelona: 1995; 26-7.
8. **Basow SA.** Historical perspectives. En: *Gender: Stereotypes and roles*. Califòrnia: Brooks/ Cole Publishing Co, 1992; 106-17.
9. **Lindgren HC, Byrne D.** *Psicología: Tratado sobre las Ciencias de la Conducta*. Barcelona: Labor, 1977; 417-47.
10. **Myers D.** Géneros. En: *Psicología*, 1ª ed. Argentina: Panamericana, 1988; 151-69.
11. **Worchel S, Shebilske W.** Las relaciones interpersonales. En: *Psicología, fundamentos y aplicaciones*, 1ª ed. Madrid: Prentice-Hall Iberia, 1998; 598-607.

12. **Basow SA.** Gender stereotypes and roles. En: Gender: Stereotypes and roles. Califòrnia: Brooks/ Cole Publishing Co,1992; 2-22.
13. **Thaler BJ.** Communication, gender and sex roles in diverse interaction context. New Jersey: Ablex Publishing Co, 1987; 189-99.
14. **Watson RI.** La perspectiva psicoanalítica (en subapartado: Aprendizaje e identificación). En: Psicología infantil, 1ª ed. Madrid: Aguilar, 1977; 422-32.
15. **Carreras J, ed.** Diccionari de la llengua catalana, 6ª ed. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1987; 118.
16. **Bem SL.** The measurement of psychological androgyny. J Consult Clin Psychol. 1974; 47: 155-62.
17. **Font P.** Pedagogia de la sexualitat, 1ª ed. Barcelona: GRAÓ, 1991; 121-37.
18. **Mussen PH, Conger JJ, Kagan J.** La adolescència: cambio físico, sexo y desarrollo social. En: Desarrollo de la personalidad en el niño, 2ª ed. Méjico, 1985; 415-69.
19. **Nickel H.** Los cambios psíquicos durante la pubertad. En: Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia, 1ª ed. Barcelona: Herder, 1978; 321-91.
20. **Mussen PH, Conger JJ, Kagan J.** Adolescencia: identidad, valores y alienación. En: Desarrollo de la personalidad en el niño, 2ª ed. Méjico, 1985; 481-529.
21. **Nickel H.** Situación psíquica del adolescente. En: Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia, 1ª ed. Barcelona: Herder, 1978; 393-477.
22. **Allen DI.** Women in medical specialty societies. An Update. JAMA. 1989; 262: 3439-43.

23. **Kletke PR, Marder WD, Silbergere AB.** The growing proportion of female physicians: implications for US physician supply. *Am J Public Health.* 1990; 80: 300.
24. **Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD.** Influence of doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care.* 1993; 31: 795-800.
25. **Bensing JM, Van der Brink-Muinen MA, De Bakker DH.** Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med Care.* 1993; 31; 219-29.
26. **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: 384-92.
27. **Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA.** The influence of gender on physician practice style. *Med Care.* 1995; 33: 407-16.
28. **Britt H, Bashale A, Miles DA, Meza A, Sayer GP, Angelis M.** The sex of general practitioner. A comparison of characteristics, patients, and medical conditions managed. *Med Care.* 1996; 34: 403-15.
29. **Tillman RS.** Women in dentistry-a review of the literature. *J Am Dent Assoc.* 1975; 91: 1214-20.
30. **Austin GB, Tenzer A.** Female dental students: current status, motivation and future plans. *J Am Dent Assoc.* 1980; 100: 353-57.
31. **Waldman HB.** Some consequences of the increasing number of female american dentists. *J Am Dent Assoc.* 1981; 103: 563-7.
32. **Tillman RS.** Practice patterns of recent female dental graduates. *J Am Dent Assoc.* 1983; 107: 32-5.



33. **Niessen LC, Kleinman DV, Wilson AA.** Practice characteristics of women dentists. *J Am Dent Assoc.* 1986; 113: 883-88.
34. **Dolan TA, Lewis CE.** Gender trends in the career patterns of recent dental graduates. *J Dent Educ.* 1987; 51: 639-45.
35. **Wilson AA, Branch LG, Niessen LC.** Practice patterns of male and female dentists. *J Am Dent Assoc.* 1988; 116: 173-77.
36. **Reese JA, Lipton JA.** Contribution of women dentists to dental research. *Int Dent J.* 1990; 40: 139-41.
37. **Price SS.** A profile of women dentists. *J Am Dent Assoc.* 1990; 120: 403-7.
38. **Keels MA, Kaste LM, Weintraub JA, Kleinman DV, Verrusio AC, Neidle EA.** A national survey of women dentists. *J Am Dent Assoc.* 1991; 122: 31-41.
39. **Niessen LC.** Women dentists: 1992 and beyond. *J Dent Educ.* 1992; 56: 555-60.
40. **Brown LJ, Lazar V.** Trends in the dental health work force. *J Am Dent Assoc.* 1999; 130: 1743-9.
41. **Zillen PA, Mindak M.** World dental demographics. *Int Dent J.* 2000; 50: 194-234.
42. **Hamby CL.** Dental hygiene students: stereotypically feminine. *Psychol Rep.* 1982; 50: 1237-8.
43. **Hamby CL, Shapiro S.** An assesment of the sex-role status of dental hygienists located in three states. *Psychol Rep.* 1983; 53: 635-8.
44. **Hamby CL, Shapiro S.** Females in dentistry: variations in psychological androgyny. *Psychol Rep.* 1982; 51: 863-6.
45. **Lukken KM.** Androgyny and the career choices of allied health professions students. *J Allied Health.* 1987; 16: 49-58.

46. **Clerc JM.** Sexual identity and anticipated occupation of male and female allied health and medical students. *J Allied Health.* 1985; 14: 99-107.
47. **Vandever J.** Nursing students: stereotypically feminine. *Psychol Rep.* 1978; 43: 10.
48. **Edmunds M.** Gender and the nurse practitioner role. *Nurse Pract.* 1980; 5: 42-4.
49. **Horman DJ, Campbell JD, DeGregory JL.** Gender and the attribution of the nurse practitioner and physician status. *Med Care.* 1987; 25: 847-55.
50. **Egeland JW, Brown JS.** Sex role stereotyping and role strain of male registered nurses. *Res Nurs Health.* 1988; 11: 257-67.
51. **Jinks AM.** A study of attitudes to gender and nursing stereotypes in newly recruited student nurses. *Nurse Educ Today.* 1993; 13: 287-94.
52. **Fisher M.** Sex role characteristics of males in nursing. *Contemp Nurse.* 1999; 8: 65-71.
53. **Merluzzi TV, Merluzzi B.** Androgyny, stereotypy and the perception of female therapists. *J Clin Psychol.* 1981; 37: 280-4
54. **Bhargava G.** Sex-stereotyping and sex-congruency: components in the sex role definition of medical specialties in India. *Soc Sci Med.* 1983; 17: 1017-26.
55. **Bhargava G.** Professional identification: a study of female students at a medical college in India. *Soc Sci Med.* 1985; 20: 1169-75.
56. **Zeldow PB, Clark D, Daugherty SR.** Masculinity, femininity, type A behavior, and psychosocial adjustment in medical students. *J Pers Soc Psychol.* 1985; 48: 481-92.

57. **Long SO.** Roles, careers and feminity in biomedicine: women physicians and nurses in Japan. *Soc Sci Med.* 1986; 22: 81-90.
58. **Yarnold PR, Martin GJ, Soltysik RC, Nightingale SD.** Andogyny predicts empathy for trainees in medicine. *Percept Mot Skills.* 1993; 77: 576-8.
59. **Relman AS.** Here come the women (editorial). *N Engl J Med.* 1980; 302: 1252-3.
60. **Tillman RS.** Women dentists at work: views from de glass ceiling. *J Dent Educ.* 1992; 56: 569-70.
61. **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.
62. **Hamby CL.** The role of psychological androgyny in female students' dental career choices. *J Dent Educ.* 1982; 46: 536-41.
63. **Cordua GD, McGraw KO, Drabman RS.** Doctor or nurse: children's perception of sex typed occupations. *Child Dev.* 1979; 50: 590-3.
64. **Weisman CS, Teitelbaum MA.** Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med.* 1985;20: 1119-27.
65. **Roter D, Lipkin M, Korsgaard A.** Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care.*1991; 29: 1083.
66. **Hernández Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gervás J.** Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Primaria.* 1992; 10: 719-24.

67. **Bernzweig J, Takayama JI, Phibbs C, Lewis C, Pantell RH.** Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997; 151: 586-91.
68. **Delgado A, Martínez Cañavate T, García V, Frías J, Rueda T, Morata J.** Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico de familia. *Aten Primaria.* 1999; 23: 268-74.
69. **Barnsley J, Williams AP, Cockerill R, Tanner J.** Physician characteristics and the physician-patient relationship. Impact of sex, year of graduation and specialty. *Can Fam Physician.* 1999; 45: 935-42.
70. **Lorber J.** What impact have women physicians had on women's health? *J Am Womens Assoc.* 2000; 55: 13-5.
71. **Gough HG.** Specialty preferences of physicians and medical students. *J Med Educ.* 1975; 50: 581-8.
72. **Weisman CS, Levine DM, Steinwachs DM, Chase GA.** Male and female physician career patterns: specialty choices and graduate training. *J Med Educ.* 1980; 55: 813-25.
73. **Bergquist SR, Duchac BW, Schalin VA, Zastrow JF, Barr VL, Borowiecki T.** Perceptions of freshman medical students of gender differences in medical specialty choice. *J Med Educ.* 1985; 60: 379-83.
74. **Kutner NG, Brogan D.** Gender roles, medical practice roles, and ob-gyn career choice: a longitudinal study. *Women Health.* 1990; 16: 99-117.
75. **Zulkifli A, Rogayah J.** Career preferences of male and female medical students in Malaysia. *Med J Malaysia.* 1997; 52: 76-81.

76. **Gjerberg E.** Medical women - towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Soc Sci Med.* 2001; 52: 331-43.
77. **Boerma WG, van der Bruink-Muinen A.** Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe: a signal to health care planners. *Med Care.* 2000; 38: 993-1002.
78. **Heiliger PJ, Hingstman L.** Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med.* 2000; 50: 1235-46.
79. **Bowman MA.** Women physicians: facts, fantasies, and prospects. *J Med Pract Manage.* 1986; 2: 130-4.
80. **Ramírez de Arellano AB.** "Pink collar" medicine: implications of the feminization of the profession. *P R Health Sci J.* 1990; 9: 21-4.
81. **Frank E, Harvey L, Elon L.** Family responsibilities and domestic activities of US women physicians. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 134-40.
82. **Baxter N, Cohen R, McLeod R.** The impact of gender on the choice of surgery as a career. *Am J Surg.* 1996; 172: 373-6.
83. **Kruijthof CJ, van Leeuwen CD, Ventevogel P, van der Horst HE, van Staveren G.** Career perspectives of women and men medical students. *Med Educ.* 1992; 26: 21-6.
84. **McFarland FK, Smith JA, West AC, Rhoades RD.** American female physicians in South Carolina: role models and career satisfaction. *South Med J.* 2000; 93: 982-5.

85. **Todisco J, Hayes S, Farnill D.** Career motivations of male and female students. *Psychol Rep.* 1995 ;77: 1199-202.
86. **Reed V, Buddeberg-Fisher B.** Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ.* 2001; 35: 139-47.
87. **Colletti LM, Mulholland MW, Sonnad SS.** Perceived obstacles to career success for women in academic surgery. *Arch Surg.* 2000; 135: 972-7.
88. **Ackerman-Ross FS, Sochat N.** Close encounters of the medical kind: attitudes toward male and femal physicians. *Soc Sci Med.* 1980; 14A; 61.
89. **Kelly JM.** Sex preference in patient selection of a family physician. *J Fam Pract.* 1980; 11: 427.
90. **Alexander K, McCullough J.** Women's preferences for gynecological examiners: sex versus role. *Women Health.* 1981; 6: 123-34.
91. **Waller K.** Women doctors for women patients? *Br J Med Psychol.* 1988; 61: 125-35.
92. **Graffy J.** Patient choice in a practice with men and women general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1990; 40: 13-5.
93. **Fennema K, Meyer DL, Owen N.** Sex of physician: patients' preferences and stereotypes. *J Fam Pract.* 1990; 30: 441-6.
94. **Weyrauch KF, Boiko PE, Alvin B.** Patient sex role and preference for a male or female physician. *J Fam Pract.* 1990; 30: 559-62.
95. **Heaton CJ, Márquez JT.** Patient preferences for physician gender in the male genital/ rectal exam. *Fam Pract Res J.* 1990; 10: 105-15.
96. **Elstad JL.** Women's priorities regarding physician behavior and their preference for a female physician. *Women Health.* 1994; 21: 1-19.



97. **Serbus C.** Survey of women's opinions of male mammographers. *Radiol Technol.* 1994; 65: 174-82.
98. **Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG.** Patient preference for genders of health professionals. *SocSci Med.* 1997; 44: 1531-40.
99. **Phillips D, Brooks F.** Women patients' preferences for female or male GPs. *Fam Pract.* 1998; 15: 543-7.
100. **Kappahn CJ, Wilson KM, Klein JD.** Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *J Adolescent Health.* 1999; 25: 131-42.
101. **Gray J.** The effect of the doctor's sex on the doctor patient relationship. *J R Coll Gen Pract.* 1982; 32: 167.
102. **Nichols S.** Women's preferences for sex of doctor: a postal survey. *J Gen Pract.* 1987; 37: 540.
103. **Van Ness CJ, Lynch DA.** Male adolescents and physician sex preference. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154: 49-53.
104. **Greenberg RP, Zeldow PB.** Sex differences in preferences for an ideal therapist. *J Pers Assess.* 1980; 44: 474-8.
105. **Fenton WS, Robinowitz CB, Leaf PJ.** Male and female psychiatrists and their patients. *Am J Psychiatry.* 1987; 144: 358-61.
106. **Kaplan M.** Patients' preferences for sex of therapist. *Am J Psychiatry.* 1996; 153: 1.
107. **Schmittiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP Jr.** Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. *J Womens Health Gend Based Med.* 1999; 8: 825-33.



108. **Thompson M, Nussbaum R.** Women's preferences for providers of and settings for Pap smears. *J Am Womens Assoc.* 2001; 56: 11-4.
109. **Schmittiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP Jr.** Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. *J Gen Intern Med.* 2000; 15: 761-9.
110. **Roter DL, Hall JA.** Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship *J Womens Health.* 1998; 7: 1093-7.
111. **Arnold RM, Martin SC, Parker RM.** Taking care of patients-does it matter whether the physician is a woman? *West J Med.* 1988; 149: 729-33.
112. **Hall JA, Roter DL.** Medical communication and gender: a summary of research. *J Gend Specif Med.* 1998; 1: 39-42.
113. **Young JW.** Symptom disclosure to male and female physicians: effect of sex, physical attractiveness, and symptom type. *J Behav Med.* 1979; 2: 159-69.
114. **McNaughton-Fillion L, Chen JS, Norton PG.** The physician's appearance. *Fam Med.* 1991; 23: 208-11.
115. **Hanes CM, Myers DR, Dushku JC, Davis HC.** Gender differences in the characteristics of dental services provided for children. *J Dent Child.* 1992; 59: 437-43.
116. **Tillman RS, Horowitz SL.** Practice patterns of recent dental female graduates. *J Am Dent Assoc.* 1983; 107: 32-5.
117. **Roberts MW, McIver FT, Phillips CL.** Gender trends among specialists in pediatric dentistry. *J Dent Child.* 1993; 60: 140-2.

118. **Blinkhorn FA, Blinkhorn SA, Tickle M.** A profile of the dentists working in the community dental service in the United Kingdom in 1999. *Br Dent J.* 2001; 190: 266-8.
119. **Roberts MW, Vann WF, Jr.** Gender differences in student withdrawals from postdoctoral programs of pediatric dentistry:1986-1990. *Pediatr Dent.* 1992; 14: 92-3.
120. **McEwen EM, Seward MH.** Women dentists at work. *Br Dent J.* 1988; 165: 380-2.
121. **Matthews RW, Scully C.** Working patterns of male and female dentists in the UK. *Br Dent J.* 1994; 176: 463-6.
122. **Solomon ES, Hayes MJ.** Gender and the transition into practice. *J Dent Educ.* 1995; 59: 836-40.
123. **Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE.** A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J.* 2000; 188: 90-4.
124. **Haupt MI.** Gender shift in pediatric dentistry. *Pediatr Dent.* 1998; 20: 307.
125. **Dolan TA.** Gender trends in dental practice patterns. A review of current U.S. literature. *J Am Coll Dent.* 1991;58: 12-8.
126. **Bureau of Economic and Behavioral Research.** The 1988 survey of dental practice. Chicago, American Dental Association; 1989.
127. **McKnight C, Myers DR, Dushku JC, Davis HC.** Gender differences in the characteristics of dental services provided for children. *J Dent Child.* 1992; 59: 437-43.
128. **Waldman HB.** Will there be a difference in the pediatric dentists of the future? *J Dent Child.* 1992; 59: 38-40.

129. **Waldman HB.** Increasing interest in pediatric dentistry? *J Dent Child.* 1992; 59: 296-300.
130. **Waldman HB.** 1980-1990: what a difference ten years have made in the future of pediatric dental practice. *J Dent Child.* 1989; 56: 458-62.
131. **Waldman HB.** Changing number and distribution of pediatric dentists. *J Dent Child.* 1989; 56: 375-7.
132. **Barr ES, Seale NS, Waggoner WF.** The experiences of women pediatric dental residents: a survey. *Pediatr Dent.* 1992; 14: 100-104.
133. **Seale NS, Waggoner WF.** Attitudes of program directors toward women in pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent.* 1992; 14: 105-109.
134. **Subcomitee 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. *Pediatr Dent.* 1992; 14: 94-99.
135. **Waldman HB.** Would you believe that during the 1990's, applications to pediatric dental training programs more than doubled? *J Dent Child.* 2000; 67: 425-7, 407.
136. **Muñoz C, Boj JR, Sabaté M, Xalabardé A, Jiménez A.** Tendencias diferenciales en Odontología según el sexo. *Rev Vasca Odont.* 1996; 6: 157-61
137. **Casals E.** ¿Cómo somos y qué pensamos los odontólogos del 2000? *Aneo Rev Nac Odont.* 1994; 6: 13-7.
138. **Scholle RH.** Women, myths, and dentistry (editorial). *J Am Dent Assoc.* 1980; 100: 496.
139. **Rosenberg HM, Thompson NL.** Attitudes toward women dental students among male dental students and male dental faculty members. *J Dent Educ.* 1976; 40: 676-80.

140. **Rosenberg HM, Cucchiara AJ, Helpin ML.** Dental student's attitude to gender roles. *Soc Sci Med.* 1998 ;47: 1877-80.
141. **Solomon E, Gray C, Whiton J.** Promotion and appointment to administrative positions of dental school by gender. *J Dent Educ.* 1990; 54: 530-4.
142. **Gale EN, Carlsson SG, Eriksson A, Jontell M.** Effects of dentists'behavior on patients' attitudes. *J Am Dent Assoc.* 1984; 109: 444-46.
143. **Rankin JA, Harris MB.** Patients' preferences for dentists' behaviors. *J Am Dent Assoc.* 1985; 110: 323-27.
144. **Green TG, Lang WP, Jacobson JJ.** Patient preference for forms of address and other behaviors of dentists. *J Dent Educ.* 1988; 52: 255-58.
145. **Kelly MA, Lange B, Underhill TE, Dunning DG.** Patient preferences for selecting a dentist. *J Dent Pract Admin.* 1989; 6: 119-24.
146. **Holt VP, McHugh K.** Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice. *Br Dent J.* 1997; 183: 365-70.
147. **Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kaariainen R.** Comparison of ideal and actual behavior of patients and dentists during dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1995; 23: 374-8.
148. **Wanless MB, Holloway PJ.** An analysis of audio-recordings of general dental practitioners' consultations with adolescent patients. *Br Dent J.* 1994; 177: 216.
149. **Gerbert B, Bleecker T, Saub E.** Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry. *J Am Dent Assoc.* 1994; 125: 265-72.
150. **White MV, Betz NE, Beck FM.** Dental patients' perceptions of women dentists. *J Am Dent Assoc.* 1982; 105: 223-6.

151. **Barconey LS, Johnson R.** Parental influence on child preference of a dentist. *J Dent Child.* 1986; 53: 101-104.
152. **Steelman R.** Age and sex predilection of unmanageable Hispanic pediatric dental patients. *J Dent Child.* 1991; 58: 229-32.
153. **Kim TT.** Gender preferences of pediatric patients and their caretakers. AAPD 52th Annual Congress (abstract). Toronto 1999.
154. **Gadbury-Amyot CC, Williams KB, Overman PR, Glaros A.** The effect of personal protective equipment on high and low-dental fear patients. *J Dent Hyg.* 1994; 68: 75-81.
155. **Berry JH, McCann D.** Dentistry's public image: does it need a boost? *J Am Dent Assoc.* 1989; 118: 687-92.
156. **Gillis JS.** Cuestionario de Ansiedad Infantil (Child Anxiety Scale). Madrid: TEA Ediciones, 1992.
157. **Spielberger CD.** Cuestionario de Autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC, State-Trait Anxiety Inventory for Children). Madrid: TEA Ediciones, 1990.
158. **Sarason IG.** Stress, anxiety and cognitive inference: reactions to test. *J Pers Soc Psychol.* 1984; 46: 929-38.
159. **Cattell RB.** Análisis científico de la personalidad. Barcelona: Fontanella, 1972.
160. **International Committee of Medical Journal Editors.** Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. *Med Clin.* 1991; 97: 181-86.
161. **Villarroya O, ed.** Medicina Clínica. Manual de Estilo. Publicaciones Biomédicas. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995.

162. **Altman, DG.** Practical Statistics for Medical Research. Chapman and Hall, 1991.
163. **Armitage P, Berry G.** Estadística para la investigación Biomédica. Madrid: Doyma, 1992.
164. **Colton T.** Estadística en Medicina. Barcelona: Salvat, 1979.
165. **Schwartz D.** Métodos estadísticos para médicos y biólogos. Barcelona: Herder, 1985.
166. **Thurstone LL.** La medición de la inteligencia, la aptitud y el interés. Buenos Aires: Paídos, 1967.
167. **Dunn-Ranking P.** Circular triads: distributions and applications. En: Scaling methods. New Jersey: LEA, 1983.
168. **Yela M.** La ley de los juicios comparativos y la construcción de escalas psicológicas. Rev Psicol Gen Apl. 1966; 21: 659-90.
169. **Siegel S.** Non-parametric statistics. New York: McGraw-Hill, 1956.
170. **Boj JR.** Técnica audiovisual como medio complementario al tratamiento odontológico del paciente pediátrico. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1988.
171. **Jiménez A.** Estudio del efecto de la música en pacientes odontopediátricos. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1995.
172. **Padrós E.** El dibujo como método de valoración de la ansiedad en niños de 5 a 8 años. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, 1996.


# VII

## ANNEXOS



# **Annex 1**

**Annex 1.** Reproducció de la carta enviada a la directora de l'Escola Maristes Valldemia.



**UNIVERSITAT DE BARCELONA**

Plaça de Glòria, 1, 08018  
 Poble Nou, 4th - Carrer de Selma 2  
 08017 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

**Dircció de Ciències de la Salut**

**Facultat d'Odontologia**

Departament de Ciències Morfològiques  
 i Odontològiques  
 Unitat Departamental d'Odontologia

**Vicaria d'Odontologia**

**Senyor Director del Centre:**

Senyor, som dos alumnes de doctorat, Carles Muñiz i Bovera Lloret, i estem realitzant un estudi adreçat a alumnes de 1er curs d'HECB i 2on d'F.S.O., que forma part de la investigació objecte de les tesis doctorals que desenvolupem sota la direcció dels Professors i Catedràtics Dr. Joan Ramon Boj - Universitat de Barcelona- i Dr. Santiago Estañ - Universitat autònoma de Barcelona

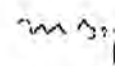
Un dels nostres objectius és esbrinar si existeixen preferències en els nens i adolescents a l'hora de triar un odontòleg segons el gènere i edat del mateix i, també, si la presència de certs elements de la seva indumentària, com per exemple les ulleres de protecció o la mascareta, poden facilitar o dificultar no únicament la tasca de l'odontòleg sinó també la cooperació del nen.

M'adreço a vostè ja que, per tal d'assolir aquests objectius, necessitaríem realitzar l'esmentat estudi en una mostra dels alumnes del seu Centre, estudi que es dividiria en les següents parts:


- Introducció ( presentació als nens, durada aproximada 5' )
- Distribució d'escala de mesura d'ansietat (10')
- Olfactuari (30')
- Projectió de dispositius (10')
- Test d'ansietat (10')

D'altra banda, penseu que és necessari entrevistar-nos amb vostè per poder-li comentar personalment tots aquells detalls i dubtes que consideri oportuns sobre l'estudi, que no té cap altra finalitat que la merament científica. Agraïm, d'avantunà, la seva col·laboració.

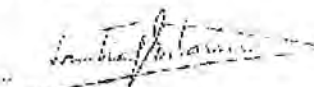
Prof. Dr. Joan Ramon Boj




Carles Muñiz



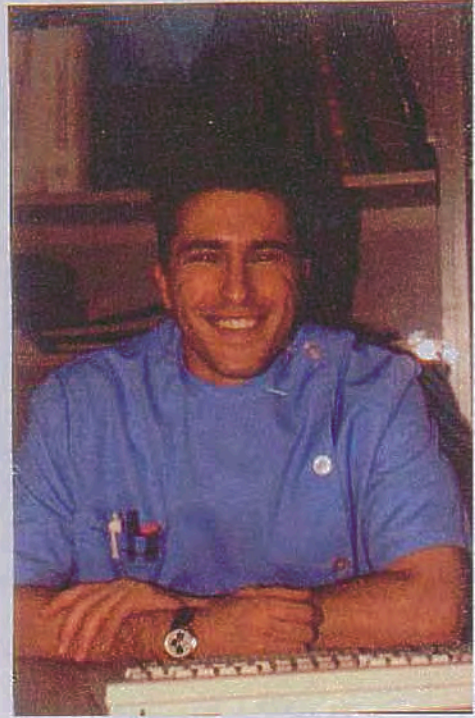
Prof. Dr. Santiago Estañ



Bovera Lloret



## **Annex 2**



**Annex 2.** Models d'odontòleg: Dona Jove, Home Jove, Dona Gran i Home Gran

## **Annex 3**

**Nom i cognoms:** \_\_\_\_\_ **Edat:** \_\_\_\_\_

**Escola:** \_\_\_\_\_ **Curs:** \_\_\_\_\_

**Sexe:**    
H D

**Professió del pare:** \_\_\_\_\_

**Professió de la mare:** \_\_\_\_\_

**Instruccions per a respondre correctament:**

- Heu de marcar amb una creu la resposta o les respostes que escolliu, per exemple així:



- Hi ha preguntes on podreu marcar més d'una resposta i d'altres on només haureu de senyalar-ne una. El monitor us indicarà com fer-ho en cada cas.
- **Això no és un examen ni cap prova puntuable. No hi ha respostes bones ni dolentes. Heu de respondre el que penseu.**
- Moltes gràcies per la vostra col·laboració.

**1. Has anat mai al dentista?**

- Sí.  
 No.

**2. Per què hi vas anar?**

- Per empastar una càries (dent picada).  
 Per posar aparells d'ortodòncia (dents posades malament).  
 Per fer prevenció (revisió anual, fer una neteja, fer fluor).  
 Per treure un queixal.

**3. Et va agradar anar-hi?**

- Sí.  
 No.  
 Indiferent.

**4. Explica'ns com va ser la visita i com era el dentista:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Era simpàtic.        | <input type="checkbox"/> No era simpàtic.        |
| <input type="checkbox"/> Em va tractar bé.    | <input type="checkbox"/> No em va tractar bé.    |
| <input type="checkbox"/> Jo tenia por.        | <input type="checkbox"/> Jo no tenia por.        |
| <input type="checkbox"/> Jo estava nerviós/a. | <input type="checkbox"/> Jo no estava nerviós/a. |
| <input type="checkbox"/> Em va fer mal.       | <input type="checkbox"/> No em va fer mal.       |



**5. Com era el teu dentista?**

- Home.
- Dona.
- Gran.
- Jove.

**6. Tant si has anat com si no has anat mai al dentista, digues com preferiries que fos el teu dentista:**

- Home.
- Dona.
- Gran.
- Jove.
- No m'importa com sigui.

**7. T'agradaria ser dentista?**

- Sí.
- No.
- M'és igual.

**8. Digues per què t'agradaria, o no, ser dentista:**

- M'agradaria com a feina.
- M'agrada curar la gent.
- El meu pare/mare és dentista.
- No m'agraden els dentistes.
- Em fan por els dentistes.
- Vull ser una altra cosa.

**9. Penses que podries ser un bon dentista?**

- Sí.
- No.

**10. Per què creus que podries ser, o no, un bon dentista?**

- Perquè no faria mal.
- Perquè faria els “empastes” molt bé.
- Tractaria molt bé els pacients.
- Perquè no m'agrada aquesta feina.
- Prefereixo dedicar-me a una altra cosa.
- Perquè em fan por les agulles.

**Moltes gràcies per la vostra participació.**