

ENFERMERÍA



Enfermería social

Domingo Palacios Ceña
Paloma Salvadores Fuentes (coords.)


EDITORIAL
SÍNTESIS

Enfermería social

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



NO fotocopies el libro

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Enfermería social

Domingo Palacios Ceña Paloma Salvadores Fuentes (coords.)



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Domingo Palacios Ceña
Paloma Salvadores Fuentes (coords.)

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995870-4-2

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

[Relación de autores](#)

[Prólogo](#)

PARTE 1:

ENFERMERÍA SOCIAL. CULTURA Y SALUD DESDE UNA
PERSPECTIVA HOLÍSTICA

[1. Proceso salud/enfermedad como fenómeno social.- Influencia de la cultura](#)

Inmaculada Corral Liria y M. a Gema Cid Expósito

[1.1. Introducción](#)

[1.2. La enfermería y el entorno cultural de la persona](#)

[1.3. Cultura y salud](#)

[1.3.1. Diferentes acepciones de cultura](#)

[1.3.2. Definición de cultura desde la perspectiva de la enfermería](#)

[1.3.3. Leininger y cultura](#)

[1.4. ¿Qué sucede cuando una persona adquiere una enfermedad?](#)

[1.5. La enfermedad traduce la relación del sujeto con el propio cuerpo](#)

[1.5.1. Factores que pueden determinar el impacto de la enfermedad](#)

[1.5.2. Determinación de la representación social ante una enfermedad](#)

1.6. La enfermedad desde la perspectiva del sujeto como individuo social

1.6.1. ¿La persona se encuentra en un contexto y entorno de normalidad?

1.6.2. Representaciones sociales ante el proceso

1.7. Sistemas médicos en el proceso de salud y enfermedad

1.7.1. Biomedicina y medicina tradicional

1.7.2. El papel de la cultura en la preservación de la salud y el desarrollo de la enfermedad

1.7.3. La cultura y la concepción de salud y enfermedad

1.8. Factores culturales en la salud y la enfermedad

1.8.1. Fase de cristalización de la enfermedad

1.8.2. Síntesis

1.9. Relación terapéutica culturalmente sensible

1.10. Antropología médica/antropología de la salud y la enfermedad

1.10.1. Postulados de la antropología de la medicina

1.10.2. Dimensiones de la enfermedad: disease/illness/sickness

1.10.3. Ejemplos de disease/illness/sickness

1.11. Conclusión

2. La familia como constructo social

Ángel Lizcano Álvarez

2.1. Introducción

2.2. La familia como sistema

2.2.1. El grupo familiar y sus cambios

2.2.2. Dificultades y complejidades

2.2.3. Relaciones de calidad

2.2.4. Elementos de una relación de calidad

2.2.5. La familia, el entorno y la sociedad

2.3. La familia como unidad cuidadora principal

2.3.1. La familia como facilitadora del proceso salud/enfermedad

2.3.2. La familia como apoyo social

2.3.3. Abordaje familiar ante el proceso salud/enfermedad

2.3.4. La enfermedad crónica en el núcleo familiar

2.4. La enfermera y el grupo familiar

2.4.1. Modelos teóricos

2.4.2. Valoración de enfermería de las interacciones del núcleo familiar

2.4.3. Diagnósticos de enfermería

2.4.4. Intervenciones de enfermería

2.5. Conclusiones

3. Inmigración y salud

Inmaculada Corral Liria, M a Gema Cid Expósito

[3.1. Inciso sobre las migraciones](#)

[3.2. Conceptos importantes en relación con el proceso migratorio](#)

[3.3. Más cuestiones a destacar](#)

[3.4. Migración y educación](#)

[3.5. Migración y salud](#)

[3.5.1. Trastornos más comunes vinculados al proceso migratorio](#)

[3.5.2. El síndrome de Ulises](#)

[3.5.3. Población inmigrante y sistema sanitario](#)

[3.5.4. Procesos migratorios y enfermería](#)

[3.5.5. Propuestas de actuación para reducir las barreras en el cuidado de enfermería a inmigrantes](#)

[3.6. Conclusiones](#)

PARTE II:

CUIDADOS INTEGRALES EN ENFERMERÍA SOCIAL

[4. Cuidados integrales aplicados por la enfermería](#)

Inmaculada Corral Liria, Domingo Palacios Ceña, Ángel Lizcano
Álvarez

[4.1. Introducción](#)

4.2. Cuidados integrales

4.2.1. Características de los cuidados integrales

4.2.2. Atención individualizada y multidimensionalidad

4.3. Las claves

4.3.1. Comunicación

4.3.2. Formación adecuada

4.3.3. Experiencia

4.4. Aspectos a considerar durante el cuidado

4.5. Cuidados psicosociales como segmento de los cuidados integrales

4.6. Ejemplos de casos de aplicación de cuidados integrales

4.6.1. Ante un paciente que debe someterse a una cirugía tipo prótesis de rodilla

4.6.2. Ante un paciente con una enfermedad crónica

4.6.3. Ante un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

4.7. Conclusiones

5. Universalidad y diversidad cultural. Cuidados transculturales

Inmaculada Corral Liria, Paloma Salvadores Fuentes

5.1. Introducción

[5.2. Definición de enfermería transcultural](#)

[5.3. Características de la enfermería transcultural](#)

[5.4. Los profesionales de enfermería bajo una mirada transcultural](#)

[5.5. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados](#)

[5.5.1. Puntos clave de la teoría de Leininger](#)

[5.5.2. Aspectos relevantes de la teoría de Leininger para la enfermería social](#)

[5.5.3. El Sol Naciente](#)

[5.5.4. Resumen sobre la diversidad y universalidad de los cuidados culturales](#)

[5.6. ¿Qué puede suceder si no tenemos en cuenta los enfoques culturales?](#)

[5.7. Conclusiones](#)

PARTE III:

EL ESPACIO SOCIO SANITARIO Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL

[6. Contexto y metodología de intervención social](#)

M. a Gema Cid Expósito, Paloma Salvadores Fuentes

[6.1. Nociones generales de la sociología desde el campo de la enfermería social](#)

[6.2. Contexto de la intervención sociosanitaria](#)

[6.3. Intervención social y equipo multidisciplinar](#)

[6.4. Nuevos ámbitos de actuación](#)

6.5. Metodología de intervención social

6.5.1. Método científico y enfermería

6.5.2. Enfoques metodológicos

6.6. Casos prácticos de intervención social desde la enfermería

6.6.1. Caso 1

6.6.2. Caso 2

6.7. Conclusiones

7. Redes sociales

Inmaculada Corral Liria y Domingo Palacios Ceña

7.1. Introducción

7.1.1. Tipos de redes de apoyo

7.1.2. Efectos del apoyo social en la salud de los individuos

7.1.3. Ejemplos de redes de apoyo organizadas. Los grupos de ayuda mutua

7.1.4. Aspectos importantes de las redes de apoyo

7.1.5. Ejemplos de organizaciones que prestan apoyo

7.2. Definición de red social

7.2.1. La red personal

7.2.2. Características estructurales de la red social de una persona

7.2.3. ¿Qué se entiende por equipo de salud con calidad y calidez?

[7.2.4. Telemedicina y redes sociales](#)

[7.3. Redes sociales de salud](#)

[7.4. Funciones de las redes de salud](#)

[7.5. Distintas posibilidades que ofrecen las redes sociales en lo concerniente a la salud](#)

[7.5.1. Comunidades de pacientes](#)

[7.5.2. Comunidades de profesionales](#)

[7.5.3. Blogosfera sanitaria](#)

[7.5.4. Comunicación directa](#)

[7.6. Ejemplos de este tipo de redes de salud](#)

[7.6.1. Decálogo de atención sanitaria hallado en la Web 2.0](#)

[7.6.2. Red social para enfermos crónicos](#)

[7.6.3. La red social Cure Together](#)

[7.6.4. Red social Lybba](#)

[7.6.5. Vitals.com](#)

[7.6.6. Blog Read Write Web](#)

[7.6.7. I'm too young for this](#)

[7.6.8. REDES: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales](#)

[7.7. Conclusiones](#)

PARTE IV:

INTERVENCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

8. Intervención de enfermería en el ámbito educativo

M. a Gema Cid Expósito

8.1. Introducción

8.2. Competencias de la enfermera escolar

8.2.1. Competencias en educación para la salud

8.2.2. Nutrición y alimentación

8.2.3. Actividad física saludable

8.2.4. Educación afectivo-sexual

8.2.5. Prevención de drogodependencias

8.2.6. Espacios saludables

8.2.7. Cuidados de enfermería en las urgencias y accidentes

8.2.8. Atención al enfermo crónico

8.3. Administración y gestión de un servicio de enfermería escolar

8.4. Conclusiones

9. Intervención de enfermería ante situaciones de vulnerabilidad: drogadicción, marginación social e instituciones penitenciarias

M. a Gema Cid Expósito, Domingo Palacios Ceña

[9.1. Introducción a la vulnerabilidad social](#)

[9.2. Pobreza y exclusión social](#)

[9.3. Redes sociales](#)

[9.4. Intervención de enfermería con profesionales de la prostitución](#)

[9.5. Intervención de enfermería en instituciones penitenciarias](#)

[9.5.1. Atención a personas con problemas mentales](#)

[9.5.2. Atención al recluso drogodependiente](#)

[9.6. Intervención de enfermería ante situaciones de drogadicción](#)

[9.7. Conclusiones](#)

PARTE V:

GÉNERO Y SALUD

[10. Conceptos y teorías sobre género y salud](#)

M a Gema Cid Expósito, Inmaculada Corral Liria

[10.1. Introducción al ámbito del género y la salud](#)

[10.1.1. Sexo](#)

[10.1.2. Género](#)

[10.1.3. Rol de género](#)

[10.1.4. Estereotipo de género](#)

[10.1.5. Identidad de género](#)

[10.1.6. Subjetividad](#)

[10.1.7. Sistema sexo/género](#)

[10.1.8. Desigualdad de género](#)

[10.1.9. Igualdad](#)

[10.1.10. Equidad](#)

[10.1.11. Patriarcado](#)

[10.2. Perspectiva o enfoque de género en salud](#)

[10.2.1. Perspectiva androcéntrica](#)

[10.2.2. Análisis de género](#)

[10.2.3. Indicadores de género](#)

[10.2.4. Empoderamiento](#)

[10.2.5. Mainstreaming de género](#)

[10.3. Teorías de salud](#)

[10.3.1. Paradigma biomédico](#)

[10.3.2. Teorías críticas](#)

[10.3.3. Teoría feminista de la salud](#)

[10.4. Líneas de acción en la salud de las mujeres](#)

[10.4.1. Línea de salud de las mujeres](#)

[10.4.2. Línea de las desigualdades de género](#)

[10.4.3. Línea de análisis de determinantes de género](#)

[10.5. Recorrido histórico por las corrientes de pensamiento feministas](#)

[10.6. Conclusiones](#)

[1 1. Desigualdades de género. Morbilidad diferencial](#)

M. a Gema Cid Expósito, Inmaculada Corral Liria

[11.1. Introducción](#)

[11.2. El malestar de las mujeres](#)

[11.3. Sesgos de género en salud](#)

[11.4. Morbilidad femenina diferencial](#)

[11.4.1. Sesgos en la investigación de la morbilidad específica: ciclo menstrual](#)

[11.4.2. Sesgos en el diagnóstico de la morbilidad invisible: Anemias y déficit de reservas de hierro, déficit de vitamina D](#)

[11.4.3. Sesgos en el diagnóstico de la morbilidad más prevalente y diferencial con respecto a la del sexo masculino](#)

[11.4.4. Sesgos en el diagnóstico y en la valoración de factores de riesgo relacionados con la mortalidad prematura](#)

[11.5. Conclusiones](#)

[12. Intervención de enfermería ante situaciones de desigualdad de género en salud](#)

M. a Gema Cid Expósito, Inmaculada Corral Liria

[12.1. Introducción](#)

[12.2. Modelo de análisis de determinantes de género: interacción entre el sistema biopsicosocial y el sistema sujeto/sexo/género](#)

[12.2.1. Factores determinantes de riesgos para la salud](#)

[12.2.2. Procesos psicosociales protectores de la salud](#)

[12.3. Modelos de género como determinantes psicosociales de salud](#)

[12.3.1. Modelo tradicional](#)

[12.3.2. Modelo en transición](#)

[12.3.3. Modelo contemporáneo](#)

[12.3.4. Modelo igualitario](#)

[12.3.5. La influencia directa de los modelos de género en la salud](#)

[12.4. Método para la práctica clínica con enfoque de género aplicado a la enfermería](#)

[12.5. Líneas políticas](#)

[12.6. Conclusiones](#)

PARTE VI:

VIOLENCIA DE GÉNERO, DOMÉSTICA Y PERFILES DE POBLACIÓN MALTRATADA

[13. Perspectiva jurídico-social. Políticas de salud y género](#)

Amaya Núñez Álvarez

[13.1. Introducción](#)

[13.1.1. Perspectiva jurídica](#)

[13.1.2. Perspectiva social](#)

[13.1.3. Perspectiva sanitaria](#)

[13.2. Conceptos y definiciones](#)

[13.2.1. Igualdad](#)

[13.2.2. Violencia en el ámbito doméstico o violencia doméstica](#)

[13.2.3. Violencia de género](#)

[13.3. Desarrollo legislativo en materia de violencia de género](#)

[13.3.1. Fundamento](#)

[13.3.2. Características](#)

[13.4. Conclusiones](#)

[14. Violencia de género e intervención de enfermería](#)

Inmaculada Corral Liria, M. a Gema Cid Expósito

[14.1. Introducción](#)

[14.2. Diferentes aserciones de violencia de género](#)

[14.3. Violencia de género/violencia familiar](#)

[14.4. Características de la organización familiar que facilitan la aparición del](#)

fenómeno violento

14.5. Causas de la violencia de género

14.6. Diferentes tipos de agresiones en violencia de género (y también en violencia familiar)

14.6.1. Física

14.6.2. Psicológica

14.6.3. Sexual

14.6.4. Aislamiento social

14.6.5. Violencia económica

14.7. El ciclo de la violencia o de violencia conyugal

14.7.1. Fase de acumulación de tensiones

14.7.2. Fase de explosión de la violencia o explosión violenta

14.7.3. Fase de "luna de miel"

14.8. Perfil del hombre que maltrata

14.9. Perfiles de la población maltratada. Mitos y realidades

14.10. Consideraciones importantes sobre la violencia

14.11. Intervenciones por parte de la enfermería ante las víctimas de violencia de género

14.11.1. Trastornos de la mujer maltratada

14.11.2 El papel de las instituciones sanitarias y de la enfermería en el

abordaje a las mujeres víctimas de malos tratos

14.11.3. Atención de enfermería a las víctimas de violencia

14.11.4. Cuestiones muy importantes a tener en cuenta cuando nos encontremos con una mujer víctima de malos tratos

14.11.5. Recomendaciones de prevención de la violencia en el sistema sanitario para la atención a la salud integral de las mujeres

14.11.6. Obstáculos para identificar o intervenir en casos de malos tratos desde los servicios sanitarios

14.12. Conclusiones

Bibliografía

Relación de autores

Coordinadores

Domingo Palacios Ceña

Profesor Titular de Universidad Interino del Departamento de Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría. Universidad Rey Juan Carlos. Diplomado en Enfermería, Licenciado en Humanidades. Doctor en Ciencias de la Salud.

Paloma Salvadores Fuentes

Profesora Catedrática de Escuela del Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Diplomada en Enfermería, Licenciada en Sociología, Licenciada en Historia. Doctora en Sociología.

Amaya Álvarez Núñez

Profesora Visitante del Departamento de Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría. Universidad Rey Juan Carlos. Licenciada en Derecho.

M.a Gema Cid Expósito

Profesora Colaboradora del Departamento de Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría. Universidad Rey Juan Carlos. Diplomada en Enfermería.

Inmaculada Corral Liria

Profesora Colaboradora del Departamento de Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría. Universidad Rey Juan Carlos.

Diplomada en Enfermería, Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Ángel Lizcano Álvarez

Profesor Colaborador del Departamento de Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Psiquiatría. Universidad Rey Juan Carlos. Diplomado en Enfermería. Máster en Salud Pública y Epidemiología.

Prólogo

Es un gran honor para nosotros como miembros de la Universidad Rey Juan Carlos escribir el prólogo de esta obra, que es el resultado de mucho esfuerzo y de un gran interés por parte de todos sus autores y autoras. El comienzo de este proyecto fue el resultado de una preocupación por los contenidos sociales que de manera progresiva iban incorporándose al trabajo de enfermería, independientemente de sus ámbitos de aplicación.

Si bien es cierto que el aspecto social nunca ha sido extraño para los profesionales de enfermería en España, en los últimos años percibíamos cómo iba creciendo la necesidad por parte de esta profesión de adquirir unos fundamentos teóricos en un campo tan amplio como el de los determinantes y factores sociales que podían condicionar y condicionaban la salud y la vida de las personas a las que cuidábamos.

El resultado de esta preocupación está en sus manos. Este libro es la culminación de un intento por dar sentido al trabajo del profesional de enfermería, que tiene multitud de condicionantes sociales que influyen en su trabajo y en los cuidados que procura la población, la familia y las personas enfermas.

Esperamos que sea un grano de arena en este campo de la enfermería que para nosotros es apasionante.

Domingo Palacios y Paloma
Salvadores (coords.)

Parte I
**ENFERMERÍA SOCIAL.
CULTURA Y SALUD DESDE
UNA PERSPECTIVA
HOLÍSTICA**

Proceso de salud/enfermedad como fenómeno social: Influencia de la cultura

1

1.1. Introducción

¿Qué significa cultura? ¿Cómo influye la cultura en la percepción de la salud y de la enfermedad? ¿El profesional de enfermería posee los conocimientos, herramientas y habilidades suficientes para tratar a la persona a la que cuida teniendo presente su cultura? Son preguntas que tratarán de resolverse a lo largo de este tema.

Valverde (2008) ha escrito sobre la necesidad de una formación del personal de enfermería que le permita proporcionar un apoyo a la persona ante la experiencia de estar enferma.

Desde la asignatura de enfermería social se pretende proporcionar al alumno las herramientas para que pueda profundizar en el conocimiento de este aspecto y llegar a aproximarse lo más posible a la experiencia de la persona enferma en contacto con su familia, con sus amigos, con unos valores, con unas creencias, etc., y dentro de la sociedad, que también va a interferir en este proceso. No hay que olvidar que toda persona se encuentra dentro de una sociedad en la que se puede sentir en mayor o menor medida integrado y su vez influido por su organización, su cultura o las diferentes culturas existentes, su sistema económico, su sistema político, su demografía, su sistema de salud, etc., todo lo cual va a influir en su percepción de la salud

y la enfermedad.

El personal de enfermería, al ofrecer cuidados a una persona o una familia en contacto y en relación con su comunidad, no puede limitarse únicamente a las manifestaciones físicas y orgánicas de dicha persona o familia. Esa mirada tendrá que "ir más allá"; habrá que tener una visión integral y global del individuo y del grupo con el propósito de adquirir un conocimiento sobre:

- Cómo se siente.
- Cómo vive su enfermedad, si se percibe como una persona enferma o no.
- Qué significado tiene para ella o para él sentirse de ese modo.
- Cómo repercute en su familia, en sus amistades o sus contactos sociales, en su trabajo, en sus aficiones y en sus creencias.
- Cómo se siente ante las situaciones de cambio.
- Cómo logra hacer frente a todo su entorno.
- Si requiere a su vez de unos cuidados y de un apoyo tanto profesional (no sólo de enfermería sino de otros ámbitos de la salud) como de redes sociales formales o informales.

Además es fundamental explorar:

- Cómo la persona interpreta su proceso de salud o enfermedad.
- Si considera la salud como un objetivo principal en su vida o en cambio se trata de una cuestión de mera supervivencia.
- Si tiene en cuenta su salud o descubre su relevancia cuando ya la enfermedad se ha manifestado.

También es básico captar si la sociedad:

- Entiende esa enfermedad y cómo trata a la persona que la padece (si la acepta o la rechaza).
- Establece una serie de barreras o impedimentos.
- Se deja llevar por sus creencias, por los estereotipos y rechaza al individuo enfermo o bien lo acepta.

Por último es necesario:

- Comprobar si la familia, la comunidad y la sociedad tienen información y si ésta es la correcta.
- Conocer si poseen los instrumentos necesarios para dar apoyo a personas que tienen una discapacidad y valorar si se encuentran o no en situación de dependencia, si precisan ayudas para cubrir alguna de sus necesidades o se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.

1.2. La enfermería y el entorno cultural de la persona

El profesional de enfermería podrá trabajar en el ámbito de la promoción, la prevención y la educación de la persona o la familia (tanto a los miembros más jóvenes como a los mayores), así como de sus cuidadores informales, en espacios habilitados para ello como colegios, institutos, centros culturales y zonas recreativas, para estar en contacto con esa realidad y no quedar limitado por lo que observa en un momento dado, lo que implica tener una visión reducida de la realidad. Es imprescindible que el alumno de Enfermería tenga clara esta idea desde un primer momento para desarrollar su formación y la construcción del cuidado desde esta perspectiva.

Esta visión tiene su base en la cultura, dado que a partir del conocimiento de ésta se puede llegar a entender cómo la persona percibe, vive e interpreta

su situación de salud o de enfermedad, y qué valor le otorga. Esto no es solamente aplicable a la persona, sino también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y, por supuesto, al personal sanitario, por lo que resulta de gran utilidad para poder comprender el porqué de muchas cuestiones que en ocasiones resultan oscuras.

1.3. Cultura y salud

No existe una definición estándar al hablar de cultura, un concepto estático a lo largo del tiempo; antes al contrario, a lo largo de la historia muchas ciencias como la sociología, la medicina, la antropología y la psicología, han estudiado este concepto y han puesto toda su atención y sus esfuerzos en unificar y clarificar significados.

El objetivo de este apartado no es hacer un recorrido por la historia de la cultura, pero sí resaltar la importancia que tiene para muchas personas el hecho de sentirse identificado con una cultura, con unos valores personales y sociales, con unas normas y unas estructuras sociales, y la influencia en estas personas de cuestiones políticas, económicas, etc.

Cada cultura establece su propia forma de comprender, adecuar y clasificar su mundo de acuerdo con su ideología y ésta define las representaciones y las creencias a través de las que se concretan las diversas formas de acción política, religiosa, filosófica y sanitaria. Esto, a su vez, determina las propias concepciones sobre la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte, que precisarán unos modos particulares de prevenir o curar la enfermedad, eliminar el dolor, promover la salud y proteger la vida. Son cuestiones muy significativas y no solamente en el ámbito de la persona, pues el nivel económico de un país se ve reflejado en su sistema sanitario y éste a su vez viene determinado por la salud y por la enfermedad de la población a la que engloba.

La cultura de la salud revela el grado de desarrollo alcanzado por el

hombre en el conocimiento y el dominio de su organismo, de manera que sus actos impliquen una conducta que debe propiciar un "modo de vida saludable".

1.3.1. Diferentes acepciones de cultura

A continuación se reseñan algunos momentos en los que los estudios culturales se tuvieron la máxima relevancia:

- En 1940 la cultura empezó a considerarse como el alma del pueblo. Su separación de los aspectos políticos y económicos permitió el reconocimiento de la diversidad cultural.
- En 1952 Kroeber y Kluckhohn presentaron en un estudio con más de ciento cincuenta definiciones de cultura; tras estudiarlas, las concretaron en una definición de este concepto como "un conjunto de características aprendidas, eruditas o tradicionales, de las personas y de los colectivos; pero también una forma estructurada de comprender y ejecutar comportamientos temáticamente diferenciados".
- Fejos, en 1959, hace referencia a la cultura como las características sociales inherentes de un grupo humano que se van transmitiendo de generación en generación. En estas características se encuentra incluida la visión del mundo, los valores, las creencias y las pautas de conducta social. Estas variables intervienen en el proceso de socialización de la persona y configuran la manera en que ésta vive la salud y la enfermedad.
- En el año 2000 Lisón, para hablar de la cultura, hace referencia a un universo limitado de ideas, costumbres y comportamientos. Este autor sugiere que se trata de "un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de las generaciones en un grupo social". Esta definición se puede tener presente para explicar cómo la

cultura evoluciona y genera progreso; además, en ella se incluyen las manifestaciones de los hábitos sociales, se va desarrollando una diversidad y las nuevas referencias pueden diferenciarse claramente de las anteriores o de otras más antiguas.

1.3.2. Definición de cultura desde la perspectiva de la enfermería

No obstante, entre todas las definiciones de cultura, no se puede obviar desde el punto de vista de la enfermería la que propone Leininger (1991): "un conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados". Es necesario, según este autor, un conocimiento sobre las "dimensiones de las estructuras sociales y culturales". La cultura es, por tanto, la "lente" con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, el "código" con el que leemos las acciones del grupo social al que pertenecemos y que compartimos con el resto de miembros de dicho grupo.

1.3.3. Leininger y cultura

Leininger plantea la cultura como una forma de vida dentro de un proceso individual y colectivo que contempla las acciones relacionadas con la salud, la enfermedad y los cuidados específicos de cada grupo humano y sostiene que existen prácticas de cuidados culturales entre los distintos grupos que pueden ser universales o distintas según el grupo social y que a su vez pueden diferir del cuidado enfermero.

La finalidad del profesional de enfermería es conocer esos cuidados culturales de diferentes zonas de estudio para que sea posible proponer un cuidado de enfermería culturalmente coherente y beneficioso para la persona, encaminado a evitar los choques culturales y las actitudes etnocéntricas por parte de los profesionales.

1.4. ¿Qué sucede cuando una persona adquiere una enfermedad?

Cuando una persona enferma se enfrenta a un mundo desconocido para ella e incluso para su entorno - su familia, su comunidad y sus redes sociales-, va a experimentar una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad, que implican un padecimiento, un sufrimiento, un dolor y un proceso social, ya que la enfermedad supone en mayor o menor grado una "incapacidad" o un impedimento para realizar determinadas acciones que hasta ese momento eran factibles.

Esta persona ha absorbido a lo largo de su vida una serie de creencias y costumbres (a su vez influidas por la cultura) que condicionan su manera de expresar su estado de salud, su situación, sus emociones... La sociedad en sí, a través de su historia, de las sucesivas generaciones, de las representaciones que forman parte de la imaginaria popular, puede tener su propia visión o percepción de la enfermedad, o incluso puede desconocerla y no tener las herramientas ni las condiciones necesarias para hacerle frente y facilitar la "adaptación" del individuo o grupo a ella. Se utiliza el término inglés *sickness* para aludir a la dimensión de la enfermedad que permite reconocer las condiciones sociales del enfermo y del personal sanitario, así como sus representaciones de la enfermedad, sea cual sea la sociedad a la que pertenecen. Esta dimensión también debe considerarse como parte del proceso de socialización de los conceptos *disease* e *illness*. Con ello, existirá una mayor aproximación a la realidad de la persona, se estará más cerca de ver al enfermo en su conjunto, desde una perspectiva holística.

1.5. La enfermedad traduce la relación del sujeto con su propio cuerpo

Aquí se observa la enfermedad desde la perspectiva de la persona según su padecimiento y según las interpretaciones sobre la realidad de esa enfermedad que la sociedad realiza. Cuando una persona cae enferma, se produce una respuesta emocional y a su vez esta respuesta se encuentra

relacionada con otras variables, que se describen a continuación:

- La personalidad del sujeto: sus comportamientos, sus sentimientos, sus pensamientos, si necesita estar en soledad o acompañado, si muestra "inestabilidad emocional", si intenta afrontar la situación y superarla u opta por resignarse y autocondolerse.
- La edad: va a influir tanto en el afrontamiento de la enfermedad como en la adquisición de conocimientos, los cambios de actitud, el autocontrol, etc.
- La identidad de la enfermedad: la presencia o ausencia de ésta, de sus signos o síntomas. Por ejemplo, padecer un cáncer de colon con estreñimiento e intolerancia a determinados alimentos, un infarto con dolor que se irradia al brazo izquierdo, etc.
- La causa o causas: ideas del paciente acerca del origen de la enfermedad (herencia, contagio, vicios, etc.).
- La duración: expectativas de la persona sobre la evolución del proceso.
- La familia o amigos: la complejidad de la estructura y la dinámica familiar afectarán al comportamiento del paciente.
- Las consecuencias en la persona: de carácter físico, psicológico, económico, social, familiar, etc.

1.5.1. Factores que pueden determinar el impacto de la enfermedad

Se destacan a continuación resumidamente los factores que pueden determinar el impacto de la enfermedad en la vida de la persona afectada.

- El tipo de enfermedad: su gravedad o amenaza potencial, su pronóstico, la incapacidad que produce, etc.

- La etapa del ciclo de la vida en que se produce la enfermedad: las responsabilidades, el grado de libertad, las tareas concretas e importantes o los logros influyen claramente en cómo la persona asume su enfermedad. Si la persona se encuentra en el momento de adquirir la enfermedad en una situación de gran responsabilidad, en una etapa de cambio o con algunos objetivos vitales no logrados, la amenaza potencial de la enfermedad puede ser mayor.
- El apoyo externo: este factor es considerado por muchos autores como un elemento clave en la morbimortalidad. Normalmente viene dado por la presencia, y ayuda concreta, de familiares, amigos, grupos a los que pertenece la persona (religiosos, sociales, de voluntariado, etc.), instituciones de salud y centros o asociaciones con capacidad de ayuda.
- Los recursos personales: este punto engloba un gran conjunto de elementos que incluye factores psicológicos como la autoestima, la autoaceptación, el carácter, el grado de autoconfianza, la integración y el grado de superación de experiencias negativas, además de rasgos como la valentía, la paciencia, la honestidad, el equilibrio emocional, el optimismo, la creatividad y la serenidad; factores interpersonales como la capacidad de establecer y mantener vínculos o de dar y recibir ayuda; factores culturales como la educación, el grado de información, los hobbies o el nivel académico, y factores espirituales como la fe, la orientación general de la propia vida, el desapego, etc.

El significado que la persona da a la enfermedad varía considerablemente y sobre todo debido al tipo de sociedad en el que se mueve, el significado de la enfermedad pasa a ser el que el personal sanitario (medicina y enfermería) le da y no realmente el que tiene para el individuo. La enfermería debe comprometerse a apoyar a la persona que sufre ante esa nueva y extraña situación en la que se encuentra.

1.5.2. Determinación de la representación social ante una enfermedad

Moscovici (1979) habla de la determinación de una representación social para tratar de explicar el papel que juegan tanto el individuo como la sociedad en el proceso de construcción de una representación social. Nos encontramos ante un proceso que permite al sujeto desarrollar un pensamiento natural, de adaptación a su enfermedad, además de proveerse de maneras de responder socialmente. Esto quiere decir que todo está influido por todo, pero sin obviar que hay determinadas enfermedades que han sido, y todavía son, rechazadas por la sociedad.

1.6. La enfermedad desde la perspectiva del sujeto como individuo social

En este marco, la enfermedad adquiere sus cualidades sobre el modo en que las personas la interpretan y a partir de ella moldean sus conductas. Designar algo como enfermedad tiene inmediatamente efectos sobre el paciente y su entorno social, por ello por lo que hay que detenerse en las circunstancias sociales que rodean un diagnóstico de enfermedad.

1.6.1. ¿La persona se encuentra en un contexto y entorno de normalidad?

El concepto "normal" alude a la norma, pero también a la moral. A lo largo del tiempo, este concepto se aplicaba a un perfil de persona que resultaba útil a la sociedad y que se adaptaba satisfactoriamente a ella (pues se considera que lo que hacía estaba "bien"), quedando circunscrito al ámbito de la moral. El dualismo "normalidad/anormalidad" representa un papel de gran importancia, ya que cumple "funciones de demarcación social". Esto significa que, además de constituirse socialmente, estos dos conceptos trazan líneas divisorias entre los individuos o grupos de una sociedad, etiquetando a unos y otros, seleccionando y a su vez controlando.

En relación con esta acepción de normalidad, la medicina construye la

enfermedad - a través de su diagnóstico - como una variedad que se desvía de las normas que representan la salud - lo normal-; por lo tanto, esta ciencia interviene como normalizadora, reproduciendo los esquemas de la moral. Pero la enfermedad no sólo implica una situación reconocida por el propio enfermo como observador objetivo y por el médico como científico, sino que además plantea la necesidad de interpretar el enorme espectro de significados que dan a la enfermedad las personas que rodean al enfermo.

La cuestión está en ver cómo se construye el concepto de desviación de la normalidad en ese entorno y qué consecuencias tiene. Al reconocer la enfermedad en una persona, los demás individuos modifican sus conductas frente a ella y con ello van modificando su propia subjetividad. La enfermedad cobra así un carácter material distinto al del simple mal y se convierte en un estado social. Como tal, este estado varía con la cultura y con los significados que se le atribuyen por parte de la sociedad.

Para Friedson (1970), lo esencial de este proceso es la forma en la que los individuos responden a la enfermedad tomando como referencia las cualidades simbólicas y representativas de la sociedad; puesto que existe todo un cúmulo de significaciones y reglas que abren un espacio a la posibilidad de designar a un individuo como "desviado de esa normalidad", independientemente de su conducta moral.

No es usual detenerse, en el día a día, a analizar en qué consiste la construcción de la desviación, por qué se llega a hablar de individuos "anormales" o "desviados"; sin embargo esos calificativos se usan habitualmente. Este hecho es un indicador del profundo consenso generalizado acerca de qué condiciones físicas y psicológicas del sujeto entran en la categoría de enfermedad y dicho consenso es lo que torna incuestionable la palabra médica: el diagnóstico. Esta palabra se asume con un alto grado de objetividad, está legitimada y se acepta naturalmente como identificadora de la enfermedad (sobre todo en las patologías de origen

psíquico). Este creciente consenso facilita la expansión de la jurisdicción médica a alteraciones que no son ya estrictamente biológicas, como por ejemplo, los estados psicológicos "anormales" como la "locura" o ciertas conductas sexuales, que están sometidas a una creciente medicalización. No obstante, esto no deja de reflejar un proceso social y por eso debe reconocerse la desviación no ya como un estado en sí mismo sino como "la valoración del significado de un estado" otorgado por la sociedad.

El punto de mira debe ponerse pues en el origen de ese significado construido y consensuado por la sociedad para el estado de "desviación". ¿Qué significa la desviación para la sociedad y cómo reaccionamos frente a ella? ¿Qué nociones cotidianas pueden repensarse y desarticularse? ¿Qué actitudes pueden transformarse? La desviación no presenta cualidades propias fijas y universales sino que es una atribución, por lo que el eje del análisis de la misma debe pasar por quien ha construido ese significado, es decir, por nosotros mismos. Debemos replantearnos si todo lo que consideramos como desviación de la normalidad lo es y si cuando usamos estereotipos y nos alejamos de la persona que tiene una enfermedad estamos realmente actuando de un modo correcto.

1.6.2. Representaciones sociales ante el proceso

Se ha hablado de representaciones sociales, que comprenden las creencias, los saberes, el sentido y el significado que las sociedades han dado a los hechos, y en este caso al hecho concreto de la enfermedad. Existen dos tipos de creencias:

- Las creencias resistibles, que hacen referencia a ideas presentadas como respuesta a estímulos sociales y que luego son abordadas por el sentido común para adoptar representaciones nuevas.

- Las creencias irresistibles son una suerte de ilusiones que las personas pertenecientes a un determinada sociedad no son libres de

desechar, adoptar o corregir, pues se trata de ideas, recuerdos o ritos inseparables de dicha sociedad, como si estuvieran al margen de todo razonamiento. Ejemplos de esto último son los prejuicios (que el profesional de enfermería abierto a lo intercultural intenta que desaparezcan), los proverbios, los significados compartidos y también los paradigmas que a su vez dan sentido a las diversas ciencias y disciplinas. Estas creencias van intervenir en la construcción de las representaciones sociales sobre una enfermedad.

1.7. Sistemas médicos en el proceso de salud y enfermedad

1.7.1. Biomedicina y medicina tradicional

Los aspectos socioculturales son fundamentales en el contexto de las políticas de salud, ya que es imposible sostener como metas de la atención sanitaria la equidad, la calidad y la eficiencia sin tener como referencia el punto de vista del "otro"; es decir, no se pueden definir las necesidades y condiciones de salud/enfermedad de las comunidades desde un paradigma y una cultura ajenos a las mismas.

En la medida en la que las ciencias médicas son consideradas dentro del ámbito de la ciencia occidental pura (medicina occidental o biomedicina), la consideración de la cultura y su influencia en la salud y en la enfermedad se menosprecia o ignora. Se considera que la cultura no es una variable que la medicina deba considerar o, en el mejor de los casos, que la medicina está por encima de las distintas realidades culturales.

Por contra se considera que las medicinas tradicionales o los sistemas tradicionales de salud son un producto cultural, pero no científico, de modo que persiste una dicotomía conceptual. El estudio de la medicina tradicional corresponde a las ciencias sociales y no a las ciencias de la salud. Esto es así porque desde el principio ha sido la antropología la ciencia encargada de

estudiar las medicinas tradicionales. En ese sentido, se consideran una construcción cultural, simbólica, mítica, religiosa o espiritual, pero nunca un tratamiento médico.

La medicina tradicional tiene dos niveles distintos de pervivencia histórica. Por un lado, la pervivencia de la memoria cultural a través de prácticas de salud ancestrales, con el uso de plantas medicinales preparadas de muy diversas formas, con rituales que asociados, etc. Se trata de una información abundante que permite suponer que la medicina tradicional está viva. Por otro lado está la pervivencia del uso cultural; además de recordarse, la medicina tradicional aún se usa en mayor o menor medida.

Llegados a este punto, se ha establecido que la medicina tradicional es un producto cultural y no científico, cuyo estudio corresponde a las ciencias sociales; pero esto no se corresponde con la realidad, pues se sigue empleando como tratamiento para recuperar la salud.

Esta dicotomía entre medicina tradicional y occidental, consideradas respectivamente como cultura y ciencia, va a perdurar en el tiempo y motivar comportamientos contrapuestos. Esta situación explica la notable crisis en la que había caído la medicina, reflejo de un profundo conflicto cultural. A partir de ese deseo de quitarle importancia a todo lo social se empezaba a ser consciente de que sin esa parte de la persona no se llegaba a tener una visión global de ella y no se obtenían los suficientes beneficios en los tratamientos. Poco a poco surgen nuevos estudios en los que se trata de comprender las prácticas médicas de diversos pueblos, de manera que se adentran en terrenos hasta ahora inexplorados tales como los conceptos de salud y enfermedad, las clasificaciones de las enfermedades y las relaciones culturales y ambientales en torno a la salud.

- Unificación de posturas entre la biomedicina y la medicina tradicional

Todo lo anterior demuestra que la biomedicina debe asumir una

percepción de su propia cultura y de las otras culturas que conviven con ella, ser consciente de su estatus y de las diferencias en cuanto al control y el poder existentes en la relación médicopaciente. Hace tiempo era impensable que, junto al paciente, se valorase también a la familia, a la comunidad o al resto de la población, pues lo importante es analizar a las manifestaciones fisiopatológicas exclusivas del paciente.

1.7.2. El papel de la cultura en la preservación de la salud y el desarrollo de la enfermedad

¿Cuál es este papel? Se pueden obtener condiciones óptimas de salud bajo una perspectiva integral si las necesidades de los pacientes son resueltas adecuada y satisfactoriamente. Esta optimización es posible porque su entorno y su grupo social le ofrecen un apoyo que cubre las necesidades demandadas.

Todo esto se puede resumir en la siguiente idea: cuando el territorio, los recursos naturales, las condiciones climáticas y estacionales, las tecnologías apropiadas y las reglas de interacción e intercambio funcionan y satisfacen a una sociedad, es posible pensar que ésta se encuentra más cerca de la salud. Para que todo esto sea posible la cultura debe estar presente en la preservación de la salud y resulta de máxima importancia concienciar a la población de que la salud es una necesidad vital de la sociedad. A menudo sucede que la enfermedad se introduce o se agrava en el momento en que esta situación se desequilibra y aparece la inequidad, la injusticia, la competencia, la guerra y la dependencia de otros dentro de un grupo social o en relación con otros grupos externos y dominantes (surge la enfermedad en el ámbito individual, social, económico y ambiental).

•Visión holística de la persona

Se trata de una meta posible, pero para ello los métodos de trabajo tendrán

que cambiar y ajustarse para hacer frente a esta pluralidad cultural, dado que al fin y al cabo promover la salud, prevenir enfermedades y fomentar el autocuidado son prácticas firmemente atadas a la cultura. La salud no sólo es un punto en el continuo salud/enfermedad, sino que refleja las creencias, los valores y las formas de actuar culturalmente conocidos y utilizados por un determinado grupo; de hecho, la salud como percepción y como significado, varía de una cultura a otra. Proporcionar un cuidado de salud que sea culturalmente congruente es un reto en la atención actual y un requisito en un futuro inmediato (véase este tema más desarrollado en el capítulo 7).

Así como existen diferentes acepciones de cultura, se pueden encontrar diversas concepciones de salud pertenecientes tanto al ámbito médico, anatomía y fisiología, como al cultural. En este último ámbito estarían la concepción político-legal (pues habría que hablar de un derecho a la integridad física), la económica (que alude a los procesos productivos) y la social (ya que una misma situación afectará de diferente manera a dos sujetos según el rol que desempeñen).

Por ejemplo, la inmovilización de una extremidad inferior implica un problema de salud para un trabajador de la construcción distinto del que supone para un directivo de empresa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1964) la salud es definida como un "estado físico, mental y social y no meramente la ausencia de la enfermedad". Por tanto, cada grupo social poseerá una definición de salud establecida de acuerdo a todo lo anterior, que podría diferir de la de otros grupos y encajar o no en la definición de la OMS. La salud se asocia con la vida, con la capacidad de vivir, y en ocasiones con el sufrimiento y también con la capacidad de luchar para reproducir esa vida, lo cual va a suponer un estado de satisfacción para la persona, para la familia e incluso para los grupos sociales. Así pues, la salud no puede considerarse como un "estado" y lo mismo sucedería con la enfermedad, puesto que ambas son

parte de un proceso, condicionado cómo se encuentra socialmente "organizada" la población, por su participación en el proceso productivo y cultural que la engloba y la influye y por sus propias concepciones.

1.7.3. La cultura y la concepción de salud y enfermedad

Hasta el momento se ha hablado de cultura con una significación "dinámica y cambiante" y se ha visto que ejerce una gran influencia en la salud y en la enfermedad de la persona, la familia y la sociedad. La enfermedad no puede ser reducida a las manifestaciones físicas y orgánicas, sino que debe abordarse el proceso de salud y enfermedad como "un todo", desde una perspectiva holística, y para ello, si la persona considera de máxima importancia la medicina tradicional para su tratamiento, el personal destinado a su cuidado no puede olvidarlo y mucho menos menospreciarlo. La concepción de la salud y la enfermedad puede variar notablemente de una sociedad a otra y se ha de tener muy presente en esta visión global.

1.8. Factores culturales en la salud y la enfermedad

No existe una respuesta única ni tampoco sencilla: cuando se habla de factores culturales en la historia de la enfermedad puede hacerse referencia a muchos y muy diferentes asuntos, en función de lo que se entienda por enfermedad y de qué manera se efectúe el acercamiento al estudio de este fenómeno en el pasado.

Rosenberg (1992) destacó que la enfermedad es siempre una entidad esquiva, que constituye al mismo tiempo un acercamiento biológico, un generador específico de constructos verbales que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, una ocasión de legitimar la identidad individual, una sanción de valores culturales y un elemento estructurador de las interacciones médico/paciente.

La ciencia y la medicina occidentales modernas son un constructo humano. Por ello, sólo constituyen un sistema de pensamiento y representación de la realidad, no la realidad en sí misma. Así que, al aludir a factores culturales estaríamos señalando un conjunto de factores también llamados socioculturales, que influyen en la construcción social del proceso salud/enfermedad/atención. Dado que una enfermedad se construye socialmente a partir de percepciones y reacciones diversas, a partir de un fenómeno o conjunto de fenómenos juzgados como anómalos desde una determinada idea de salud y dentro de un contexto sociocultural específico, se puede decir que, cuando se alude a factores socioculturales, se alude a un proceso determinado por distintos agentes sociales, así como por los conflictos potenciales entre ellos, que puede manifestarse -y así lo hace frecuentemente - en el tiempo y cuyo final nunca es totalmente definitivo, porque está sujeto a procesos de negociación social entre las partes implicadas, que son habitualmente de índole muy variada.

1.8.1. Fase de cristalización de la enfermedad

En este proceso de salud/enfermedad/atención conviene distinguir una fase de cristalización de la enfermedad como entidad específica, por la cual ésta cobra legitimidad intelectual y moral dentro de la cultura, hasta el punto de que la enfermedad se convierte en sí misma en un factor reestructurador de situaciones sociales, en un actor y en un mediador social (Rosenberg, 1992). Asimismo, el personal sanitario (antes los curanderos y chamanes...) desempeña a su vez un papel relevante en la definición de las enfermedades y en sus causas, influyendo en la conformación social de la enfermedad. El proceso de construcción de la enfermedad también es modulado en todo tipo de sociedades por la intervención de agentes sociales ajenos a las prácticas sanitarias, como los poderes políticos, sus instrumentos de coerción social y los grupos de presión de diversa índole (económicos, mediáticos, científicos, religiosos y culturales).

Una cosa es demostrar que los factores culturales intervienen en determinados tratamientos o en la pervivencia de problemas de desnutrición o de situaciones de violencia doméstica y otra muy distinta es que a partir de estas verificaciones el sector sanitario intervenga a través de los factores culturales para modificar la situación considerada negativamente. Se percibe cómo adquieren una gran importancia campos no tan específicos de la medicina, cómo todo se va relacionando en mayor o menor medida. Por ello al cuidar a una persona se la debe tratar como "un todo biofisico-social y espiritual".

Ha de reforzarse la idea de que la salud y la enfermedad son realidades cotidianas de las personas y los colectivos. En todos los grupos sociales se encuentran personas, saberes, habilidades, prácticas, valores e instituciones sociales que se han estructurado alrededor de las necesidades, los problemas, los intereses, los conceptos y las vivencias de la salud y la enfermedad. Asimismo, el cuidado de la salud y la enfermedad forman parte de la vida de las personas en los diferentes grupos socioculturales. Estar sano o enfermo no es lo mismo en todos los contextos socioculturales, por lo que, dentro de un mismo ámbito social y en el contexto de una región sociocultural específica, pueden encontrarse distintas maneras de «atender y padecer» las enfermedades (Osorio-Carranza, 2001).

1.8.2. Síntesis

En síntesis, tanto el cuidado de la salud como la práctica social ya sea cotidiana o institucional tiene su origen y se estructura a través del saber cultural, de las instituciones sociales y de las personas y sus concepciones propias de la vida (Duque, 2002). El cuidado de enfermería nace de esta raíz común con el cuidado de la salud. En los diferentes grupos sociales se encuentran diversos sistemas de salud que corresponden a formas particulares de comprender el fenómeno salud/enfermedad y a elementos sociales en el contexto local, nacional e internacional; estos elementos definen el horizonte

del cuidado de enfermería.

1.9. Relación terapéutica culturalmente sensible

Se debería evaluar la actitud hacia los cuidados culturales en enfermería, puesto que existen quienes piensan que se debe tratar a todos los pacientes de la misma manera y actuar simplemente de forma natural. Pero esta actitud se revela errónea ante el reconocimiento de las diferencias culturales y, además, no existe en realidad ningún comportamiento humano "natural". No se puede actuar de la misma forma con todos los pacientes y continuar pensando que se prestan cuidados culturalmente competentes.

Leininger (1991) sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas son un conocimiento y una práctica asistencial basados en la cultura. Hay diversas razones para 1 estudio de una teoría de los cuidados:

- La razón principal es, ante todo, la idea de la asistencia como un factor decisivo para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos.
- La segunda razón es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural.
- La tercera se basa en el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales, dado que sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo.
- La cuarta se fundamenta en que la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y

holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, de la salud, de la enfermedad y del bienestar como parte del conocimiento de la enfermería.

Los cuidados hacen referencia a la ayuda, al apoyo o las conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Son fundamentales para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida. Pero tienen significados distintos en función de las culturas y pueden estar determinados por la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo.

Los cuidados, para Leininger (1991), son el componente central, dominante y esencial de la enfermería y pueden ser diversos (con diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos dependiendo de la cultura específica, por ejemplo en el rol adjudicado a una persona enferma) o universales (con características comunes o similares en cuanto a significados, patrones, valores, creencias o símbolos en culturas distintas).

A modo de ilustración es válido afirmar que la diversidad y la multiculturalidad de todos los sujetos fundamentan el cuidado de enfermería. En este sentido, reconocer la dimensión cultural del quehacer del profesional de enfermería supone abrir una puerta y poner ante los ojos una realidad que transforma la práctica y la disciplina. Esto significa pasar de una actitud de abatimiento e impotencia a la sensibilidad y grandeza que genera el reconocer al otro como un sujeto competente y diferente, poseedor de múltiples saberes y con quien se comparten algunos elementos comunes, lo cual permite interactuar. También implica examinar las capacidades de uno mismo y del otro como constructores del mundo, como hacedores de mundos posibles y de realidades con raíces sociales e históricas, lo que refleja las incongruencias de unas prácticas hegemónicas en los servicios de salud y en las universidades que han contribuido a negar la diversidad cultural de pacientes, comunidades y estudiantes al buscar la homogenización, lo que ha dañado a

las personas y proporcionado unos valores que suponen dolor, resentimiento y desintegración social.

Reconocer la dimensión cultural como parte constitutiva de los colectivos y de las personas provee una serie de elementos para pasar de la atención con fines puramente instrumentales al cuidado-interacción, como una mano que protege, acompaña y propicia el desarrollo de la autonomía, además de reconocer lo común en la diversidad y la diversidad de lo común

1.10. Antropología médica/antropología de la salud y la enfermedad

Para poder estudiar la salud y la enfermedad en el ámbito de la cultura, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos, psicológicos y étnicos y no sólo los factores biológicos, nace una disciplina llamada antropología médica, que permite el encuentro entre la biología, la sociedad y la cultura. Se trata de una antropología de la salud y de la enfermedad para abordar los saberes y las prácticas curativas en la diversidad sociocultural asociados a las dimensiones sociales - sickness - y culturales - illness - de la enfermedad, así como los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las mismas, incluida la dimensión - disease-, y en sus prácticas de tratamiento y cuidado (Valero, 2003).

La antropología médica estudia cómo las personas en diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la salud y la enfermedad, los tipos de tratamientos en los cuales creen y a quién acuden cuando enferman. También aborda el estudio de cómo estas creencias y prácticas se relacionan con los cambios biológicos y psicológicos del ser humano en relación con la salud y la enfermedad (Helman, 1994).

1.10.1. Postulados de la antropología de la medicina

Existen una serie de postulados que definen actualmente la antropología de

la medicina:

- El uso de la noción de enfermedad y no de salud como objeto de estudio operacional.
- La articulación entre las dimensiones biológicas, sociales y culturales de la enfermedad.
- La variabilidad cultural de las formas de enfermar y su significación social.
- El problema de la eficacia terapéutica en relación con los contextos sociales.
- La necesidad de proyectos aplicados que legitimen la investigación y del uso de la estadística de la economía, de la sociología, etc.

Resulta que el problema que se hace más evidente si se retoma la afirmación tan pertinente hoy de Pujadas y Comelles (1980): "Lo que en algunas culturas cae dentro de la categoría de salud, en otras pertenece a la esfera de la enfermedad. Cada grupo humano posee su propia percepción de lo que es la enfermedad y las definiciones que de ella se dan no son necesariamente coincidentes. Podría decirse que la enfermedad es fundamentalmente, un modo de clasificar un conjunto de hechos significativos en una cultura y que no dependen de las condiciones objetivas desde la perspectiva médico-científica".

La enfermedad es universal y todos los grupos humanos han desarrollado y completado, dentro de su marco cultural, algún sistema teórico, más o menos elaborado, para explicarla, diagnosticarla, justificarla y combatirla. En consecuencia, es de vital importancia destacar la cultura en la etiología de la enfermedad (Checa, 1998).

Las prácticas culturales configuran sistemas de referencia para estructurar

la interacción social de los hombres y de las mujeres en su cotidianidad, según las particularidades de su participación en la división social del trabajo (Hinkelammert, 1981).

Es la familia como grupo social la que produce una serie de conocimientos y técnicas que permiten resolver situaciones de enfermedad, producto de la mezcla de conocimientos científicos y saberes populares utilizados en episodios agudos que no llegan a ser atendidos por los servicios de salud. En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, es en el enfermo en quien recae gran parte de la atención, porque su tratamiento tiene que ver más con la modificación de su estilo de vida que específicamente con el tratamiento farmacológico prescrito.

Es en el ámbito doméstico donde el enfermo vive las consecuencias de la enfermedad y las dificultades para cumplir con las prescripciones médicas, donde transita día a día y donde se desenvuelve, realizando enormes esfuerzos para lograr una mejoría, pues no sólo vive con el dolor, el sufrimiento, la angustia y los síntomas de la enfermedad sino con los efectos secundarios o indeseables del tratamiento. Charmaz (1983) encontró que la experiencia de las enfermedades crónicas en individuos de clase media estadounidense estaba influida por el impacto que generaban la comunidad, los amigos y los familiares con los que se desenvolvían cotidianamente. La manera de atender a estas personas estaba determinada por su transformación, por el aislamiento social, por los procesos de desacreditación y por las restricciones a las que eran objeto. La familia, en estos casos, representa un soporte importante para el cumplimiento de la prescripción médica, pues contar con el apoyo de los suyos facilita al enfermo el camino para hacer frente a la enfermedad, ya que para él no es sencillo encontrarse cada mañana ante sus propias necesidades y sin este apoyo necesario para modificar su existencia con el fin de tener una mayor calidad de vida. Según Robles et al. (1995), es evidente cómo los apoyos familiares repercuten en la enfermedad del sujeto, en su desenlace y lo consideran similar a un amortiguador del

estrés que influye en las conductas de autoatención desarrolladas en el cumplimiento del tratamiento prescrito.

1.10.2. Dimensiones de la enfermedad: disease/illness/sickness

Bajo la mirada de la antropología médica es necesario dividir la enfermedad en las siguientes dimensiones: disease, illness y sickness, como parte de esa mirada global de la persona. Estas palabras, que se traducen al castellano como enfermedad, tienen en inglés distintos matices:

- Disease: Alude a los diagnósticos médicos, la etiología y el pronóstico, y su significado se amplía para incluir lo psicológico y las dimensiones sociales de desorden. Se sustenta en la anormalidad o disfunción fisiológica o estructural de base orgánica.
- Illness: Tiene que ver con la respuesta del paciente al sufrimiento o a la enfermedad, lo que se conoce como "padecimiento" o mindful body, un cuerpo que siente físicamente la angustia de su malestar. El concepto illness incluye la atención, la percepción, la respuesta afectiva, la cognición y la valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones (Kleinman, 1980) y hace referencia a sus dimensiones culturales (Comelles y Martínez, 1993). Aborda la enfermedad desde la perspectiva emocional, es decir, trata de responder a la pregunta de cómo se siente el sujeto, cuáles son sus vivencias, cómo afecta a su vida el trastorno que padece. Hace referencia asimismo a la experiencia cultural y personal de la enfermedad, lo cual a veces es más importante para la persona que el propio estado patológico. Es un sentimiento, una experiencia completamente personal de no salud. A menudo acompaña a disease, pero este disease puede ser no declarado. Es el caso de fases asintomáticas previas al diagnóstico de la tuberculosis, el cáncer, la diabetes, etc. Antiguos illness pueden existir cuando el disease aún no ha sido encontrado. La educación de la medicina tradicional ha silenciado

escandalosamente el illness - en la ausencia de disease-, indispensable en la clínica. Estos padecimientos no pueden ser investigados por métodos de la biomedicina porque sus estudios dependen directamente del análisis de fenómenos experienciales, de sufrimientos informados y vividos por los pacientes. Esta presencia no puede objetivamente ser establecida por signos físicos. El cuerpo humano está sujeto a la ciencia, mientras el comportamiento personal (una función de la experiencia) está sujeto a la restricción ética, entre otras. Si disease e illness permanecen conceptual y prácticamente, entonces la experiencia y el comportamiento del paciente podrán ser tratados con medicamentos.

- Sickness: Se refiere al estatus social de la disfunción asumido por el individuo, asumiendo la importancia que la sociedad le da; de ahí en adelante el individuo incluye sus relaciones con los demás. El concepto sickness permite dar cuenta de las condiciones sociales e históricas de la elaboración de representaciones del enfermo y el personal sanitario, cualquiera que sea la sociedad involucrada. Esta dimensión ha de utilizarse para designar el proceso de socialización de disease e illness, permitiendo analizar los discursos, los comportamientos y las prácticas sociales ante la enfermedad.

Visto desde estas dimensiones resulta muy sencillo saber diferenciar las diversas partes de la enfermedad, aunque en la práctica resulta un proceso muy complicado y sin unas reglas estandarizadas para delimitarlas. Hay que tratar al enfermo y la enfermedad como un proceso único en interacción con su medio y saber aplicarles unos cuidados que cubran esa visión global.

1.10.3. Ejemplos de disease/illness/sickness

A continuación se muestran varios ejemplos a través de lo que se pueden distinguir estas dimensiones no de un modo delimitado, puesto que se ha dicho que cada persona las percibirá de una forma diferente, pero sí con un

predominio mayor de alguna de ellas.

1.10.3.1. Ejemplo de Disease

La brucelosis es una zoonosis que se transmite al hombre por contacto directo con animales infectados o con sus excrementos. La brucelosis humana presenta manifestaciones clínicas muy diversas, siendo muchas de ellas asintomáticas. La brucelosis aguda se manifiesta como una enfermedad febril de inicio súbito, con sudación profusa, desproporcionada respecto a la fiebre existente y de predominio nocturno, con dolores de localización articular (sin artritis), muscular o neurológica. La fiebre, la sudación y el dolor constituyen pues la tríada clásica de la brucelosis aguda. En el transcurso de su evolución pueden presentarse síntomas localizados (orquiepididimitis, sacroileítis y espondilitis, e incluso bursitis y tenosinovitis). Otras localizaciones pueden ser la aparición de granulomatosis hepática y neumopatía brucelósica. La afectación del sistema nervioso central y la endocarditis son las complicaciones más graves de la enfermedad.

La brucelosis tiene una marcada tendencia a producir recidivas, más frecuentes durante los tres primeros meses y en los casos sin tratamiento. En algunos pacientes, las consecuencias de la enfermedad se prolongan durante años, dando lugar a una "brucelosis crónica", de difícil delimitación, con artralgas, impotencia funcional musculoesquelética, parestesias y alteraciones neurovegetativas. Así pues, la brucelosis es una enfermedad con una extraordinaria variedad de formas de presentación, que puede manifestarse como trastorno bacteriano asintomático, síndrome infeccioso inespecífico o bien a través de cuadros focales con o sin síntomas sistémicos.

La expresión "brucelosis humana" es más correcta que las denominaciones "fiebre ondulante" o "fiebre de Malta", que hacen referencia a una de sus características clínicas y a una localización geográfica, respectivamente. Desde el punto de vista médico, sanitario y económico, la brucelosis

representa un problema de primer orden, fundamentalmente en España, donde es todavía endémica, lo que supone unos costes económicos muy elevados.

1.10.3.2. Ejemplo de Illness

El síndrome de Munchausen es un trastorno psicológico que se caracteriza por inventarse y fingir dolencias (o incluso autoinfligírselas mediante la ingesta de medicamentos o autolesiones) para llamar la atención de los médicos y ser tratado como un enfermo. Forma parte de los Trastornos Ficticios en las clasificaciones psiquiátricas internacionales (CIE-10 y DSM-IV).

Más conocido es si cabe el síndrome de Munchausen por poderes, por el cual un adulto provoca o hace fingir las enfermedades a un niño que está bajo su control, frecuentemente a hijos o sobrinos.

1.10.3.3. Ejemplo de Sickness

Un ejemplo del no pueden desligarse las consideraciones sociales es la lepra o el "mal de Hansen. Aunque es un hecho comúnmente aceptado que la enfermedad en todas sus formas afecta invariablemente a la vida social del individuo, pocas enfermedades han tenido consecuencias tan horribles para la vida social de los pacientes como la lepra. La sociedad ha reaccionado siempre de manera violenta a la visión de la desagradable apariencia de un enfermo. Pero mientras el cuerpo consumido de un tuberculoso ha inspirado lástima, las enfermedades de la piel han recibido la consideración de repugnantes, circunstancia que se ha visto agravada cuando, como en el caso de la lepra, han tenido el carácter de enfermedad incurable.

Entre las razones que pueden ayudar a explicar la importancia que llegaron a adquirir la segregación y el aislamiento como las medidas más extendidas

para combatir el problema de salud que suponía la lepra, se pueden citar las siguientes:

- En primer lugar la propia actitud de las familias de los leprosos, quienes ante la posibilidad de perderlo optaban por esconderlo.
- En segundo lugar por motivos económicos, pues dado que la mayoría de los pacientes reunían la condición de indigentes, resultaba más económico y más efectivo tenerlos juntos en una leprosería que tratarlos individualmente en sus casas o permitirles vivir de la caridad pública en las calles.
- En tercer lugar, está la posibilidad que la leprosería proporcionaba a los propios enfermos de lepra para combatir su ostracismo social, pues no en vano es allí donde conviven y comparten su infortunio con otros pacientes.

Históricamente han sido las órdenes e institutos religiosos dependientes de la Iglesia los que han dominado la asistencia y atención a los leprosos. Sólo desde la creación en 1948 de la OMS ha habido un interés por parte de los profesionales de la salud pública hacia esta enfermedad.

Desde las modestas enfermerías creadas en la Antigüedad, han sido numerosas las instituciones, asilos y establecimientos que diversos organismos de naturaleza religiosa han ido construyendo a lo largo de todo el mundo. Al descubrir la población indeseable de los leprosos, los religiosos descubrieron a un grupo de personas obligadas a vivir al margen de la sociedad, además de descubrir en el presente un nombre ligado a las más conmovedoras enseñanzas y prácticas religiosas. Se produjo el cambio de un estigma secular por un estatus moral hecho parábola. Pero la parábola tuvo otra consecuencia para los leprosos además de la atención médica y el simple cuidado. Poco a poco la enfermedad fue adquiriendo una condición moral y pasó a precisar de un diagnóstico moral. El estatus del leproso pasó a estar

condicionado por el estatus de los vigilantes, de los religiosos, aunque no de los médicos. Las leproserías, como otras muchas instituciones, aparecen con el fin de vigilar la desviación social (en el caso de la lepra condicionada por los cambios biológicos y sociales que acarrea la enfermedad) y ejercitar una función de control social. Además existe una estrecha asociación entre los atributos que se confieren a una persona que padece una enfermedad grave y la institución que lo alberga. El estigma que se asocia con el enfermo normalmente se hace extensivo a la institución, tal como suele ocurrir en el caso de las leproserías, lo que determina que el resto de la sociedad se desentienda de lo que se hace con los pacientes en tanto los mantenga físicamente segregados.

1.11. Conclusión

La relación entre la cultura y el proceso de salud/enfermedad, al igual que los cuidados integrales y holísticos, las redes sociales, la atención sociosanitaria y la perspectiva de género, pertenece a la columna vertebral de la enfermería social.

Con todo lo visto en este capítulo el alumno de Enfermería debe ser consciente de la importancia de tener presente la cultura de la persona tratada y su entorno en el proceso de salud/enfermedad desde el punto de vista social.

La familia como constructo social

2

2.1. Introducción

Según Pierre Bourdieu (1994) la familia es un constructo social, ya que es fuente de valores, moralidades y roles para la sociedad. La familia sería el "principio de construcción y de evaluación de toda relación social", según Bourdieu.

La familia es un grupo de personas vinculadas biológica y emocionalmente. En su interior todos nacen, crecen, se relacionan, enferman y mueren. Pero también es la unidad básica de socialización tanto en su entorno comunitario como en el conjunto de la sociedad, donde se produce una integración entre todos los individuos. Es una unidad dinámica cuyos miembros conviven y se organizan dando respuesta a sus expectativas personales y sociales, las cuales diseñan una historia de vida conjunta, familiar.

Dentro de esa construcción, la familia no es una unidad homogénea. Es un lugar de discusiones y de negociaciones, de alegrías y reencuentros entre parientes, sexos y generaciones; es el espacio donde se plantean cuestiones de identidad personal, de roles e ideologías domésticas que traen como resultado una serie de situaciones concretas.

Igualmente existen situaciones de crisis relacional-emocional, producidas en muchas ocasiones por cambios en el binomio salud/enfermedad de alguno

de sus miembros.

2.2. La familia como un sistema

Para la teoría sistémica toda familia es un sistema (fig. 2.1). Se trata de un conjunto de individuos que conforman un grupo en el que existen una serie de objetivos en común y una jerarquización de sus miembros.

Dicho sistema es abierto, es decir, que sus miembros intercambian información con su entorno y entre ellos mismos para mantener un orden interno. El sistema está formado por miembros que constituyen subsistemas como el conyugal, el de los hermanos o el de los abuelos.

Como se ha señalado anteriormente, la familia es un agente socializador que transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad en que se encuentra y que el individuo asume como propios.

En todas las sociedades el grupo familiar configura un sistema social universal, es el primero que entra en contacto con el individuo y es el que más influencia ejerce sobre él. El individuo establece un contacto y un vínculo muy estrechos con un grupo reducido de personas, su familia, en los primeros años de su vida. Es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir. La familia, junto con la religión, es la única institución desarrollada universalmente en todas las sociedades. Debe verse la familia como un microcosmos social, donde se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, el sexo, etc.

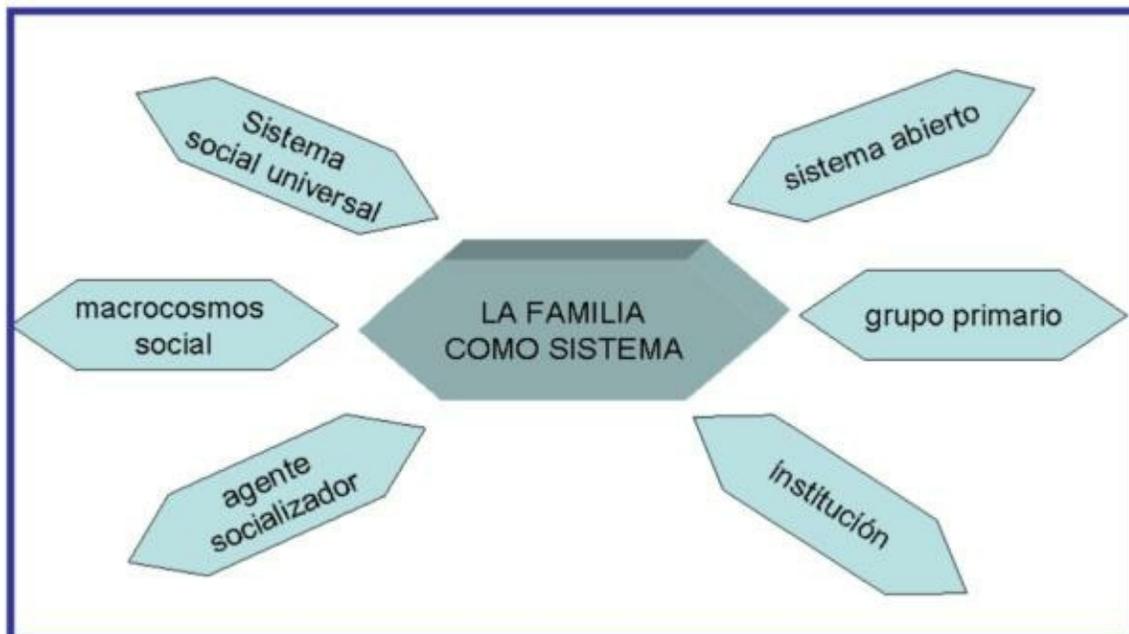


FIGURA 2.1 .La familia como sistema

2.2.1. El grupo familiar y sus cambios

La familia es un grupo social con unas características determinadas por la cultura, entre las que se incluyen la supervivencia, la reproducción, la crianza, la afectividad y una cooperación socioeconómica.

Durante las últimas décadas la familia ha experimentado una serie de cambios, como:

- El paso de una familia numerosa a otra nuclear.
- La coexistencia de diversas tipologías familiares: monoparentales, separadas con otra pareja, etc.
- El establecimiento de relaciones más igualitarias.
- La formación de la pareja por amor y no por conveniencia.

- Un empuje hacia la emancipación aunque por problemas socioeconómicos se viene realizando más tarde.

El objetivo fundamental de la familia es constituir un marco de desarrollo personal y de bienestar para todos los miembros y en todas sus facetas: biológica, psicoemocional, relacional, espiritual, ética e ideológica.

No siempre el sistema es lo suficientemente abierto para que todos los miembros puedan intercambiar información con el entorno, ya que existen dificultades y complejidades que pueden alterar el objetivo de conseguir un grado alto de bienestar y calidad de vida.

2.2.2. Dificultades y complejidades

Continuando con el enfoque de la teoría de los sistemas (Von Bertalanffy, Watzlawick, Minuchin), la interrelación de los subsistemas familiares provoca dificultades y complejidades como:

- La existencia de distintos roles con diversos compromisos e implicaciones con respecto al tiempo, disponibilidad, intercambio de información, etc.
- La coexistencia de diferentes generacionales (adulto/niño, joven/adulto, anciano/joven).
- La presencia de normas de funcionamiento en el reparto de tareas, ya sean formales o informales, pactadas o consensuadas.
- La afectación de las habilidades relacionales y las actitudes de los miembros al clima socioafectivo.
- La consciencia de las particularidades en el desarrollo personal de las distintas etapas vitales como son la adolescencia, el climaterio, etc.

- El nivel de adaptación a situaciones de coexistencia de varios subsistemas familiares (fig. 2.2).



FIGURA 2.2. Consecuencias de la coexistencia de sistemas familiares

2.2.3. Relaciones de calidad

Para afrontar todas las dificultades y complejidades entre subsistemas, las relaciones han de ser de calidad. Para ello deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Pactar y consensuar.
- Realizar un reparto equitativo de las responsabilidades y las tareas domésticas.
- Apoyar la toma de decisiones y asumir los diferentes roles.
- Rechazar que prevalezca la fuerza de las costumbres y los prejuicios sociales de género que han sido transmitidos tradicionalmente.
- Afrontar sin miedo el cambio de roles.

De cómo sean nuestras relaciones va a depender en gran medida que podamos desarrollar todo nuestro potencial humano. Para que haya una relación de calidad conviene que exista una motivación común entre los diferentes subsistemas.

Es importante conocer nuestras ideas sobre las cosas, nuestros sentimientos, gustos y deseos, y saber expresarlos. Asimismo, hay que saber escuchar, entender y respetar las ideas y sentimientos de los demás.

2.2.4. Elementos de una relación de calidad

- **Reconocimiento recíproco:** Se parte de que yo me conozco, me acepto y me valoro al igual que la otra persona a sí misma. Se debe reconocer que la otra persona es diferente y aceptarlo sin querer cambiarla.
- **Intercambio:** Se intercambian actividades, apoyo emocional, ideas, sentimientos. Debe haber PARIDAD en el intercambio y a su vez alternancia de roles. No es obligatorio corresponder - "tú me das por lo tanto yo te doy"-. Este tipo de relaciones hace que las personas no se sientan manipuladas, estafadas, infravaloradas, etc. Unas veces apoyo y en otras me apoyan.
- **Compromiso consensuado:** Se basa en poder expresar y desarrollarse plenamente en el proyecto de vida sin perjudicar el bienestar del otro. El compromiso está basado en el respeto mutuo y en querer progresar juntos. Debe existir una interdependencia pero también autonomía para cada persona en sus espacios vitales.

2.2.5. La familia, el entorno y la sociedad

La familia, como se comentó anteriormente, no es un sistema aislado sino abierto. Así pues, está en primer término en continua interacción con la comunidad (vecinos, amigos, compañeros de trabajo, familiares elementos

fuera del sistema, etc.). En un nivel superior estaría la relación con el entorno: medio ambiente, medios de comunicación, etc. Finalmente, la familia se encuentra en una sociedad; según la teoría sociológica del interaccionismo simbólico, esta interrelación produce en el individuo y en la familia, como sistema, unos significados que dan lugar a la elaboración de unas interpretaciones y adaptaciones de la realidad. Esto comporta una construcción de creencias, valores, costumbres y normas que, en lo que atañe a la enfermería, condiciona la interpretación que se tiene del binomio salud/enfermedad.

Todas estas relaciones socioculturales tan influyentes en el desarrollo de la familia hacen que el propio grupo, como sistema único, vaya desarrollando unos conceptos y actuaciones particulares frente a la salud/enfermedad, que se irán transmitiendo generación tras generación.

Por lo tanto, se debe considerar a la familia como la unidad de cuidado principal y como generadora de procesos que capacitan al individuo para el autocuidado.

2.3. La familia como unidad cuidadora principal

2.3.1. La familia como facilitadora del proceso salud/enfermedad

Desde la perspectiva sistémica, la familia desempeña un papel fundamental en la aparición y en el mantenimiento tanto de conductas saludables como otras favorecedoras de enfermedades.

La familia y los subsistemas (hijos, pareja, abuelos) se ejercen una influencia mutua en aspectos como:

- Los estilos de vida (hábitos alimenticios, patrón de sueño, realización de ejercicio cardiosaludable, etc.).

- La aparición de factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, la hipertensión, la hipercolesterolemia, etc.
- El seguimiento o la fidelidad a los tratamientos.
- La presencia o no de conductas de sobreprotección, la falta de recursos para resolver conflictos o afrontamientos eficaces, la adaptación al aislamiento social, el mantenimiento de la esperanza con respecto a los posibles desenlaces de la enfermedad, etc. Todo esto otorga un significado específico al proceso salud/enfermedad.

2.3.2. La familia como apoyo social

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.). Existen otras redes de intercambio de afectos y ayudas (que también son recíprocamente influyentes con la familia), ante procesos de la vida cotidiana, de socialización, de abordaje del proceso salud/enfermedad y de cuidados familiares.

Los amigos son elegidos por el individuo y con ellos se comparten intereses, aficiones y filosofía de vida, lo que genera sentimientos positivos de pertenencia, estima y seguridad. Los compañeros de culto también suponen una red de apoyo muy antigua que se caracteriza por encuentros periódicos con individuos con los que se comparten creencias, valores y un sentido de la vida. Los vecinos se convierten en ocasiones en el primer vehículo de apoyo en situaciones domésticas, aportando seguridad.

Las asociaciones de autoayuda son otra red de apoyo para la propia familia, ya que en ocasiones forman un microsistema de familias con el mismo problema y con las mismas experiencias vitales. Además, promueven cambios y formas de afrontamiento de la situación o el problema común.

Existen organismos como la Asociación de Cuidadores Familiares (ACF) que facilitan y contribuyen al desarrollo de la familia como red de apoyo principal.

2.3.3. Abordaje familiar ante el proceso salud/enfermedad.

Los miembros de la familia viven en un ambiente de interacción a través del cual se generan recursos para el crecimiento, el desarrollo, el desenvolvimiento y el alcance de un adecuado grado de bienestar por parte de todos sus miembros. Estos recursos, al margen de los de carácter material, se sitúan en el ámbito de los valores, las creencias, los conocimientos y las prácticas. Así, interpretamos que la familia es la red más estrecha y cercana de apoyo social y, en consecuencia, la unidad de cuidado básico. Cada miembro de la familia experimenta el proceso salud/enfermedad en función de la etapa vital en la que se encuentre. El cuidado eficaz del paciente requiere por tanto ampliar la atención a la familia.

Cuando se parte del dicho popular que afirma que "cada familia es un mundo", se ha de tener en cuenta que en ese significado de "mundo" se concentran un sinnúmero de situaciones, relaciones, vivencias, valores y normas que deben hacer reflexionar al profesional de enfermería acerca de la idea de que la familia es un "nicho ecológico" o un espacio donde se produce una simbiosis entre el desarrollo físico, psicoemocional e interpersonal y el entorno social. Esto obliga a que las intervenciones de enfermería sean intrínsecamente un proceso integral con una visión y un abordaje holísticos.

La aparición de un proceso patológico de alguno de los miembros de la familia, obliga a reajustes dentro del sistema. Esta adaptación al cambio, puede producir un nivel de responsabilidad que limite la facultad y la independencia de sus miembros y consecuentemente, la actividad de la familia, se centre en la enfermedad.

2.3.4. La enfermedad crónica en el núcleo familiar

Cuando el proceso de enfermedad se alarga, se pueden producir rupturas de vínculos familiares, que propician el traspaso de la carga del cuidado a otra persona o a los profesionales de la salud. Los procesos crónicos que suponen cuidados importantes pueden provocar asimismo en el núcleo familiar disfunciones significativas.

El grado de desorganización o vulnerabilidad familiar depende de tres variables:

Tipo de enfermedad

- Incapacidad asociada.
- Tipo de tratamiento que requiere.
- Ideologías y creencias sobre la enfermedad.

Dinámica familiar

- Existencia de relaciones de calidad.
- Grado de cohesión y adaptación.
- Aptitud previa motivada por situaciones similares.
- Establecimiento de coaliciones entre el paciente y algún miembro de la familia.

Fuentes de apoyo

- Personales.
- Administrativas.

- Económicas.

La enfermedad aguda produce en su fase inicial un shock emocional, pero se clarifica después, bien por resolución del trastorno o por fallecimiento del paciente. En cambio la enfermedad crónica necesita más reajustes y un proceso de adaptación mayor.

La desorganización de la estructura familiar comienza cuando se comunica el diagnóstico o cuando se están haciendo las primeras pruebas. Se suele buscar soluciones defensivas ante el problema. Hay un impacto emocional, un estado de shock inicial con desorden de sentimientos y emociones. En general, todas las familias pasan por tres fases, no necesariamente secuenciales, que coinciden con las señaladas por Hill (1949):

- Negación: Surge como defensa ante la angustia y la ansiedad. Se evitan las implicaciones negativas, se niega la realidad, no se quiere sufrir. Se actúa como si la enfermedad no fuera grave o incluso no existiera.
- Miedo: El temor aparece ante el desconocimiento de cómo afectará la enfermedad a la vida presente y futura. Aparecen sentimientos de tristeza y pena, pérdida de apetito, problemas de sueño, etc.
- Ira y resentimiento: Suele manifestarse a través de comportamientos paternalistas y controladores; la familia trata de ocultar y de no reconocer.

El nivel de comunicación de la familia se corresponde con su nivel emocional. Los conflictos en la comunicación favorecen las respuestas disfuncionales. El grado de permeabilidad de los límites indica el funcionamiento de la familia: unos límites rígidos y difusos son indicadores de una familia poco flexible y unos límites permeables revelan relaciones y contextos sociales y familiares de colaboración. La situación que viva en esos momentos la familia es otro añadido al shock que genera la aparición de la

enfermedad crónica. Por ejemplo, etapas vitales como el climaterio, la adolescencia, la ancianidad, etc., influyen notablemente, así como factores externos: desempleo, economía doméstica, pérdidas importantes, etc.

El cuidador principal se considera una persona de alto riesgo de disfunción si el grado de discapacidad de la enfermedad es considerable, ya que existe:

- Una pérdida del rol familiar.
- Una separación de su entorno social.
- Un cansancio físico y emocional.
- Problemas de pareja (de comunicación, sexuales, etc.).

2.4. La enfermera y el grupo familiar

2.4.1. Modelos teóricos

La familia, en tanto que unidad básica de cuidado, constituye en sí misma un recurso para la cobertura de todas aquellas necesidades que tenga cada uno de sus miembros. Para el profesional de enfermería, la familia debería ser su principal objeto de trabajo, al centrarse en la prevención y promoción de la salud, apostando por la autogestión del grupo y su capacidad adaptativa. El profesional de enfermería debe considerar que todo problema de salud se inscribe dentro de un contexto familiar y que este contexto es dinámico, está en constante cambio.

Sin embargo, en el trabajo con las familias existen problemas para el profesional, ya que éste está muy influido por la tradición, que ve como unidad de trabajo al individuo y no la familia. Además hay una importante laguna científica sobre cómo trabajar con las familias desde nuestra área de competencia; es decir, se carece de un modelo teórico desarrollado, acorde a

nuestra sociedad y cultura y centrado en la familia, que nos permita trabajar de una forma organizada y generalizada.

Existen diferentes modelos estadounidenses y canadienses, descritos brevemente a continuación

- Modelo estructural funcional de la familia de Marilyn Friedman (1986). Se basa en la interacción de supra sistemas en la comunidad, y con los miembros de la familia, como un subsistema, individualmente. El modelo está formado por dos enfoques, el funcional y el estructural. Los componentes del enfoque estructural son la composición de la familia, el sistema de valores, los patrones de comunicación, los roles y las jerarquías. Por su parte el enfoque funcional integra como elementos objetivos las necesidades físicas y los aspectos económico y reproductivo, las relaciones sociales y el lugar de la familia en la sociedad.
- Modelo de valoración familiar de Calgary (1980). Aglutina diferentes teorías de la Universidad de Calgary, Canadá. Está basado en tres categorías fundamentales: estructura, desarrollo y funciones de la familia.
- Modelo McGill de Moyra Allen (1980). Está orientado hacia la promoción de la salud en la familia. Se considera indistintamente como modelo conceptual o de intervención. Su autora, una teórica canadiense, sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia. Según Allen, el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de hábitos saludables en la familia y sus miembros a través de la activación de sus procesos de aprendizaje. Los principales conceptos del modelo son la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración. Para que se produzca un cambio, la familia debe ser un participante activo en los

cuidados.

Uno de los ámbitos donde se desarrollan más cuidados de enfermería centrados en la familia es la atención primaria, en el que desempeña su labor el profesional de enfermería familiar y comunitaria. Estos profesionales tienen un compromiso en la orientación hacia las personas, las familias y la comunidad, con una perspectiva holística a lo largo de toda su vida. Desde esta perspectiva, trabajar con la familia es estar en tránsito entre lo micro - y lo macrosocial, entre la individualidad y la colectividad.

2.4.2. Valoración de enfermería de las interacciones del núcleo familiar

Inicialmente el profesional de enfermería realiza la valoración familiar. Ha de tener en cuenta los siguientes puntos:

- El tipo de enfermedad, la historia de la misma y su repercusión en la persona y en las diferentes esferas de su vida (personal, familiar y social).
- Los integrantes del núcleo familiar y la estructura de éste.
- Identificar al cuidador o cuidadores principales. Es decir, la persona que dedique más tiempo o que tenga más influencia en el grupo familiar. En general, por cuestiones culturales y de género, este rol es adoptado por una mujer.
- Valorar las necesidades de cuidados de la familia sean expresadas o no, o sentidas.
- La relación entre subsistemas, los roles, las normas y la organización en las tareas domésticas, sociales, etc.
- Las limitaciones de tiempo, por cuestiones de trabajo o estudios, del resto de la familia.

- En qué etapa de desarrollo se encuentran sus componentes.
- Experiencias anteriores de procesos de enfermedad.
- Estrategias de afrontamiento y toma de decisiones. El proceso de comunicación.
- Conocer otros acontecimientos vitales críticos o afectivos dentro de la familia.
- La vivencia de la incapacidad por parte del paciente y de su familia.
- Valorar la existencia de sentimientos de desvalorización o de estigmatización de la enfermedad y sus consecuencias.
- Considerar el riesgo de ansiedad o de depresión.
- La capacidad de adaptación a la situación de irreversibilidad.
- Estimar el riesgo por parte de los cuidadores de expresar emociones como la crítica, la hostilidad, la sobreimplicación o la violencia intrafamiliar, muy relacionadas con el cansancio del cuidador.
- Las ideas sobre la enfermedad de la familia.
- El sistema de creencias, valores, religión, etc.
- Sistemas de apoyos personales, institucionales o económicos.
- La vivienda como espacio de convivencia y condicionante de la salud.

Los instrumentos que puede utilizar el profesional de enfermería son:

- El genograma, que proporciona información de la composición y estructura de las etapas del ciclo vital.

- El ecomapa, que representa un panorama gráfico de la familia y su situación, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, el flujo de los recursos, las pérdidas y las privaciones
- El test de APGAR familiar, que se utiliza periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.
- Los cuestionarios de MOS o de DUKE-UNC, que miden el apoyo social percibido.
- La escala de reajuste social, que analiza los agentes estresantes (divorcio, muerte, cambios de residencia, etc.).

Un momento clave en el sistema familiar es el inicio o la llegada del paciente a la vivienda con el problema de salud, especialmente en un proceso crónico. Pueden darse dos tipos de respuestas por parte de la familia, resumidos en cuadro 2.1.

Cuadro 2. 1. Respuestas de la familia ante la llegada a casa del paciente

ESTILO DE RESPUESTA	FAMILIA	PACIENTE
Centrípeto/ sobrepotección	Se vuelcan en exceso. Se habla y se vive para la enfermedad, con una constante tensión. Se fomenta la dependencia del enfermo.	Adopta actitudes de dependencia que estimulen respuestas hiperprotectoras por parte de la familia y favorezcan al mismo tiempo la rígida ejecución de las indicaciones médicas.
Centrífugo/ despreocupación	Se ignora la enfermedad y el sufrimiento del paciente. No hay apoyo emocional y físico	No acepta el papel de enfermo, intolerante con la familia y desobediente ante las indicaciones médicas. En esta situación es en el cónyuge en quien recae la carga psicológica.

2.4.3. Diagnósticos de enfermería

A partir de la taxonomía de la NANDA (2009-11) caben los siguientes diagnósticos de enfermería:

Dominio 7: ROL/RELACIONES

■Clase 2. Relaciones familiares: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia:

- 00060 Interrupción de los procesos familiares.
- 00159 Disposición para mejorar los procesos familiares.
- 00063 Procesos familiares disfuncionales.
- 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación.

■Clase 1. Roles de Cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales:

- 00061 Cansancio del rol de cuidador.

- 00062 Riesgo del cansancio del rol de cuidador.
- 00056 Deterioro parental.
- 00057 Riesgo de deterioro parental.
- 00164 Disposición para mejorar el rol parental.

Dominio 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

■Clase 2. Respuestas de afrontamiento: El proceso de gestionar el estrés del entorno:

- 00073 Afrontamiento familiar incapacitante.
- 00074 Afrontamiento familiar comprometido.
- 00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Dominio 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

■Clase 2. Gestión de la Salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar:

- 00080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.
- 00098 Deterioro del mantenimiento del hogar.

2.4.4. Intervenciones de enfermería

La atención de enfermería dirigida a las familias debe centrarse en tres pilares (Allen, 1980): la negociación, la coordinación y la colaboración. Y, de forma más concreta, ha de ocuparse de promover la salud y prevenir los problemas familiares:

- Educar en el control de los estilos de vida y los factores de riesgo.
- Enseñar habilidades para las relaciones interpersonales (comunicación, asertividad, etc.).
- Controlar los factores emocionales.
- Apoyar emocionalmente al cuidador principal y al resto de la familia.
- Orientar los cuidados al mantenimiento y la mejora de la dinámica familiar.
- Facilitar la adaptación de las familias a situaciones de crisis que puedan afectarlas (periodos de descanso para el cuidador, técnicas de autoayuda, etc.).
- Ayudar a identificar y utilizar los recursos (personales, sociales y económicos) disponibles para adoptar las estrategias de afrontamiento apropiadas.

El profesional de enfermería debe tener una comunicación terapéutica efectiva, basada en:

- Escuchar, mirar a la cara y comprobar que se ha entendido lo expuesto.
- La confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Proporcionar información objetiva y sin jergas.
- Favorecer la expresión de sentimientos.

- Conocer la opinión de todos los miembros de la familia.
- No descalificar y evitar los juicios de valor.

En la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), el Campo 5 recoge los cuidados que apoyan a la unidad familiar. Cabe destacar, en este enfoque sistémico, el Nivel 2 y la Clase X: Cuidados de la Vida. Éstos se definen como aquellas intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.

Las intervenciones planteadas en el Nivel 3 son:

- 7140 Apoyo a la familia.
- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar.
- 7260 Cuidados intermitentes.
- 7100 Estimulación de la integridad familiar.
- 7170 Facilitar la presencia de la familia.
- 7110 Fomentar la implicación familiar.
- 7130 Mantenimiento en procesos familiares.
- 5370 Potenciación de roles.
- 7150 Terapia familiar.

Según Lima-Rodríguez et al (2009), surgen las siguientes áreas de intervención:

- Dinámica familiar: incluyendo los elementos que intervienen en los procesos de regulación para mantener su estructura y función.
- Afrontamiento: considerado como la forma de enfrentarse a los acontecimientos y procesos vitales.
- Comunicación y relaciones entre los miembros de la familia.
- Roles familiares: destacando los de cuidador, cónyuges, padres, etc.
- Redes sociales: conjunto de relaciones interpersonales que integran a la familia en su entorno social.
- Provisión de cuidados a miembros dependientes.
- Promoción de la salud: estrategias familiares para controlar y fomentar el desarrollo saludable de sus miembros.

Otra intervención es la que se realiza con los grupos familiares. En esta intervención sólo participan los miembros de la familia sin el paciente. Esto puede ser un alivio para la familia, pero por otra parte no se puede observar la interrelación del familiar con el paciente, lo cual es fundamental en la valoración, diagnóstico e intervención de enfermería.

2.5. Conclusiones

La familia es un sistema que se relaciona con una comunidad, dentro de un entorno influyente. La interacción social influye en la dinámica familiar, al igual que los miembros de la familia interactúan e influyen en su socialización. Las relaciones para afrontar situaciones difíciles han de ser de calidad, con un compromiso de todos los integrantes en aras de su propia calidad de vida.

El bienestar familiar puede ser interrumpido por un desequilibrio en el

binomio salud/ enfermedad, que conduzca a nuevas situaciones que rompan el estilo de vida. Por ello se ha de realizar un afrontamiento eficaz por parte de todos los miembros. Una figura esencial en el equilibrio ante la aparición de una enfermedad crónica es la del cuidador principal, ya que es una persona con riesgo de sufrir una variabilidad en su armonía vital y psicosocial.

Es por ello que el profesional de enfermería debe cuidar a la familia como un ente global, como un sistema. Es primordial la valoración integral de todos los miembros, centrándose en el enfermo y en su cuidador principal, ya que ha de ser capaz de diagnosticar y de realizar las intervenciones adecuadamente para que pueda existir un afrontamiento eficaz de la familia ante la nueva situación de enfermedad, sobre todo si resulta ser una situación crónica de larga duración.

Inmigración y salud

3

3.1. Inciso sobre las migraciones

Se denomina migraciones a los movimientos que suponen para la persona, o grupo, un cambio en el entorno político, la localización geográfica, el ámbito administrativo, el social y el cultural, con el fin de asentarse temporal o definitivamente en un lugar distinto del de su origen. Por ello, se considera el fenómeno migratorio un proceso complejo y de carácter multidimensional que engloba aspectos demográficos, políticos, sociales, económicos y también identitarios. Esto último es de gran importancia, porque cuando una persona decide llevar a cabo una experiencia migratoria, tiene en su mente un proyecto de vida con una serie de expectativas, puesto que viajar de un país a otro puede ser un hecho puntual, pero vivir en un nuevo país supone un proceso de cambio, de adaptación a un nuevo contexto, para lo cual se requiere un tiempo. (Moreno, 2008).

En todo proceso migratorio se dan diferentes etapas, tanto desde la perspectiva de los sentimientos del inmigrante como de sus expectativas, así como por las relaciones que establece con la sociedad receptora y las que abandona en la sociedad de la que parte. Respecto a estas etapas pueden darse una serie de variaciones, dependiendo de quién las describa. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) podemos distinguir:

- La fase de origen, en la que se destacan cuestiones como:

- El lugar de procedencia.

-El motivo por el cual la persona se desplaza.

-Las relaciones que conserva en su entorno de origen mientras está fuera.

•La fase de tránsito, en la que se destacan cuestiones como:

-Los lugares por donde el migrante pasa

-Cómo viaja

-Cómo se mantiene mientras viaja.

•La fase de destino, en la que se destacan cuestiones como:

-El lugar a donde se dirige la persona.

-Las actitudes que encuentra a la llegada

-Sus condiciones de vida y de trabajo en el nuevo país.

•La fase de retorno (ésta no siempre se produce), en la que destacan cuestiones como:

-El lugar donde retorna y las condiciones en las que vuelve.

-Su familia y la situación en la que ésta se encuentra.

-Los recursos con los que cuenta y de los que carece.

El cometido de este capítulo no se centra en describir con detalle estas etapas, pero sí es necesario tenerlas presentes en todo momento, puesto que del afrontamiento, la evolución, la aceptación, la adaptación, la integración y la interacción-interrelación con la población destino de la persona que emigra, dependerá su salud.

En referencia a la evolución de los flujos migratorios en España en los

últimos años, es preciso resaltar que ha sido un país inminentemente emigrante hasta hace dos décadas, pero a partir de la década de los años ochenta se ha transformado en un estado caracterizado por la inmigración. Esta ha ido creciendo hasta el punto de que España se ha convertido en uno de los países europeos con mayor número de extranjeros que residen permanentemente en su territorio.

Dada la repercusión en el ámbito de la salud y las condiciones socioculturales a tener en cuenta, se hace imprescindible que la enfermería, como profesión dedicada al cuidado de las personas, tenga el máximo conocimiento posible de este asunto, para que dichos cuidados se hagan con una calidad óptima en el caso de tratar con una persona venida de fuera. Por eso, se deben tener presente una serie de conceptos muy importantes.

3.2. Conceptos importantes en relación con el proceso migratorio

La idea de integración social, omnipresente hoy en el lenguaje político y cotidiano relacionado con las migraciones, hace referencia al proceso dinámico y multifactorial que permite que las personas que se encuentran en "situación de desigualdad" participen del nivel mínimo de bienestar sociocultural, político, etc., en el que se encuentra su país de destino. Debe tenerse presente, no obstante, el peligro real de encubrir bajo este concepto lo que no sería más que un intento de pura asimilación, es decir, pretender cuando la persona emigra y llega a un nuevo país que deseche todo rasgo sociocultural específico y significativo de su lugar de origen y sea "engullida" totalmente por la sociedad receptora. Éste es el principal obstáculo al que se enfrenta el emigrante.

La percepción de la diversidad cultural se encuentra en la encrucijada de, por una parte, la admiración por lo exótico y lejano, importada por el turismo internacional, y por la otra, de la desconfianza ante la llegada de extranjeros a

nuestras ciudades. La imagen negativa que se construye de estas personas, que se colocan a menudo en un entorno de pobreza, genera entre los nativos sentimientos de resistencia y rechazo en muy diverso grado. El sentimiento de amenaza surgido de los discursos de las ideologías populistas es inoculado a buena parte de la ciudadanía, incluidos los jóvenes universitarios o con un nivel cultural alto. Así, en el aula nos encontramos con actitudes enfrentadas. Algunos estudiantes defienden acaloradamente al "otro" (a veces con tono paternalista) mientras que otros solamente ven aspectos negativos en la convivencia con ese "otro". Ambas partes reproducen así las actitudes y valores de una sociedad fuertemente polarizada.

Se sabe que el lugar de las relaciones interétnicas es la esfera pública y el dilema principal en las sociedades abiertas es cómo hacer frente a la gran diversidad cultural originada por el flujo migratorio procedente de los países en vías de desarrollo o subdesarrollados. Por eso se manejan con frecuencia los términos multiculturalismo e interculturalismo. Son conceptos que permiten una aproximación al estudio de la convivencia entre culturas. Los conceptos de diversidad cultural y multiculturalismo han acaparado el interés de las instituciones y de los profesionales, que orientan sus preocupaciones hacia las diferencias culturales: hábitos alimenticios y de indumentaria, barreras lingüísticas, prácticas religiosas, tradiciones que pueden resultar controvertidas, etc.

La noción de multiculturalidad refleja una diversidad cultural, lingüística e interreligiosa en una misma sociedad. Plantea un reconocimiento de las diferencias basado en los principios de igualdad y derecho a la diferencia. El respeto e igualdad entre la cultura nativa y la foránea dependerá de las políticas de acogida.

El concepto de asimilación hace referencia a los cambios en la cultura del inmigrante para adaptarse modelo de la sociedad receptora. Éste puede llegar a experimentar un rechazo hacia su propia cultura llegando a adoptar la de

acogida.

El debate entre multiculturalidad y asimilación podría resumirse en el cumplimiento del deseo de que por una parte se permita a los grupos minoritarios que vivan según sus propias creencias y por otra se evite el miedo o recelo que surge ante el riesgo de desorden social y de pérdida de la identidad de la sociedad de acogida. Entre estas dos posiciones surge el concepto de interculturalidad, que intenta conciliar la necesidad y la garantía de un marco de derechos y deberes comunes para todos. La interculturalidad es una condición necesaria para favorecer la integración, entendida como un proceso que requiere la participación de ambas partes. Plantea relaciones étnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad. La minoría mantiene parte de la estructura y costumbres, pero modifica y comparte otros aspectos con la población autóctona.

3.3. Más cuestiones a destacar

Otros elementos importantes cuando se aborda el tema de las migraciones son los problemas de comunicación, la accesibilidad a las instituciones sanitarias, la respuesta institucional a una demanda no prevista, la incidencia de los discursos políticosmediáticos y la configuración de estereotipos y prejuicios tanto en la población autóctona como en la población foránea, la morbilidad específica, las llamadas enfermedades de origen, los problemas psicológicos, el dilema entre los enfoques culturales y los sociales en relación con la salud y la actitud de los profesionales.

El desarraigo por el alejamiento del propio país, su cultura y sus gentes, aunque sobre todo de la propia familia, así como la dureza del proceso de adaptación al cambio obligan a que el inmigrante trate de buscar refugio entre los suyos. Las asociaciones constituyen una red importante, sobre todo en una primera fase del proceso migratorio, y sirven para amortiguar el shock y los trastornos psicológicos cuando se hacen presentes.

De todos modos, la presencia desigual y la implantación asimétrica de los grupos de inmigrantes dificulta en algunos casos el ofrecimiento de ayuda y cuidados sanitarios. La pregunta esencial para el profesional de enfermería es si está preparado y formado para trabajar con inmigrantes. En este capítulo se pretende como introducción al problema abrir los ojos y ampliar la mirada para que el profesional sea consciente de ello

3.4. Migración y educación

Desde la formación de pregrado los docentes deben sentirse comprometidos a que la formación de los estudiantes responda a las necesidades sociales y estar convencidos de que es imprescindible adquirir una competencia y un compromiso ante las necesidades que surjan. En este sentido se han puesto en marcha algunas asignaturas con la finalidad de llenar el vacío curricular respecto a estos temas. Sin embargo esto no es suficiente, puesto que lo ideal es que estos contenidos fuesen transversales y tuvieran un mayor peso, puesto que la base del "cuidado" es la relación con el "otro" y con su entorno, de manera que en la formación de los futuros profesionales de la salud adquiere un papel predominante el trabajo en la diversidad, en su vida cotidiana, en el aula y en la práctica clínica, como primer paso para reflexionar sobre los propios patrones culturales y conocer al otro (Roca, 2008).

El potencial transformador de las instituciones educativas es innegable y la universidad debe convertirse en el motor del cambio social. ¿Es posible, pues, una formación intercultural que promueva una práctica profesional respetuosa con la diversidad? No hay mejor receta para superar los obstáculos que la mirada crítica hacia uno mismo (Todorov, 1988). Para ello, "es indispensable que los profesionales de la salud sepan gestionar y analizar significados culturales, comprender la variedad de situaciones en las que se encuentran y ser capaces de relativizar los propios prejuicios" (Comelles 2003; Bernal, 2007).

En definitiva, se debe desarrollar la "capacidad para trabajar de manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurándose de que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos y grupos no se vean comprometidos".

3.5. Migración y salud

3.5.1. Trastornos más comunes vinculados al proceso migratorio

- Agotamiento físico y emocional
- Estrés
- Depresión
- Malas condiciones laborales
- Malas condiciones de la vivienda

La salud es una de las principales necesidades individuales de los migrantes (aunque la percepción de los mismos no sea ésta, puesto que no consideran la salud como una necesidad vital para su supervivencia, sino como una necesidad que hay que recuperar cuando se ha perdido) y debe ser atendida por los servicios de salud pública de las comunidades receptoras a través de una serie de políticas y prácticas que constituyen un auténtico reto para los profesionales sanitarios. Esta perspectiva, desde el ámbito de la salud, ha de ser global, abarcando el control de enfermedades contagiosas, las intervenciones de urgencia, las enfermedades crónicas, la salud mental, la comprensión de las creencias culturales y sanitarias, el respeto a los derechos humanos, la atención especial a las mujeres inmigrantes y muchos otros factores que repercuten en la salud de las personas que han venido de otro país.

Se recuerda que la migración es una situación de cambio vital y que, como todo proceso, se trata de un cambio que comporta ganancias y pérdidas. Existe una sensación de logro por todo aquello a lo que se accede, pero también un sentimiento de duelo por todo lo valioso que se deja atrás, con lo que la persona estaba o se sentía vinculada.

Desde el punto de vista psicológico, la parte que tiene que ver con los riesgos y las pérdidas es lo que constituye el duelo o estrés migratorio (Achotegui, 2002). El proceso migratorio se considera de hecho un factor de riesgo para la salud de los individuos: desde el propio viaje, con riesgo para la vida, hasta las pérdidas, las separaciones familiares, la presión de las expectativas de la familia sobre la persona que migra y la obligación de "triunfar" en el proyecto de vida. Siguiendo los planteamientos de Achotegui (2002), los conceptos de estrés y duelo quedan asociados.

Se ha concretado por tanto que el estrés y el duelo describen cuadros específicos en el contexto migratorio, debido a una combinación de factores como el sentimiento de pérdida por todo lo que se ha quedado atrás o los fuertes cambios provocados por el hecho migratorio en sí. La conjunción de ambos es lo que inevitablemente produce el duelo migratorio, ante la necesidad de reconstruir la identidad alterada. Estos dos factores interactúan entre sí, produciendo una tensión característica en los procesos migratorios, en la búsqueda de un equilibrio positivo entre lo que se gana y lo que se pierde. En la medida en la que el inmigrante encuentra que la experiencia ha valido la pena, el duelo se va superando y el estrés va cediendo lo que significa que ha solucionado sus problemas y que la situación de duelo ha sido normal.

Por el contrario, se dan situaciones en las que la persona se encuentra con tal cúmulo de dificultades que su proyecto se verá muy comprometido e incluso abocado al fracaso. Aparece entonces el "duelo complicado" o síndrome del inmigrante con estrés crónico, múltiple y extremo, también

conocido como síndrome de Ulises (no obstante, no todos los duelos conducen a este síndrome), que puede desencadenar problemas psicológicos graves, principalmente de depresión. Por este motivo es importante conocer sus principales rasgos.

3.5.2. El síndrome de Ulises

Es un síndrome de naturaleza psicológica que se caracteriza por un estrés crónico asociado a la situación de las personas que migran al establecerse en un nuevo lugar. Estas personas son influidas por sentimientos de:

- Soledad, debido a la separación forzada de la familia y los seres queridos, lo que les genera sufrimiento.
- Fracaso del proceso migratorio, que les genera desesperanza.
- Miedo.
- Lucha por la supervivencia y la alimentación.

3.5.3. Población inmigrante y sistema sanitario

La atención sociosanitaria ante las migraciones precisa:

- Mejorar el conocimiento del estado de salud de los inmigrantes y determinar las prioridades preventivas y asistenciales para estas personas.
- Conocimiento sobre el rol de la medicina tradicional del lugar de origen.
- Resolver las desigualdades en el ámbito de la salud y las barreras de acceso en la utilización de los servicios sanitarios.
- Profundizar en las particularidades de la zona de origen: hábitos

dietéticos, características fisiológicas, rasgos culturales, tradiciones en salud maternoinfantil, etc.

- Conocer las estructuras sociales y económicas: formación deficitaria, deficiente control sanitario de los alimentos, factores de riesgo ambiental, limitaciones de acceso a recursos de salud, etc.
- Ayudar y garantizar un apoyo para prevenir trastornos vinculados al proceso migratorio: agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, hacinamiento y malas condiciones de vivienda y de trabajo.

Si se da un buen nivel de coordinación entre instituciones y en la comunidad, el entendimiento será más probable que si se trabaja de modo aislado desde los niveles de atención sanitaria y social. Este es un punto importante en relación con la atención sanitaria, pues la misma estructura de las instituciones sanitarias supone un obstáculo para el trabajo coordinado y flexible. La centralización de las decisiones, sin derecho a recurso por parte de la ciudadanía, supone un alejamiento de la realidad cotidiana y una falta de canales de retroalimentación. Además existe una actitud negativa a la hora de atender las demandas de los nuevos colectivos inmigrantes que impide ver a la persona con un enfoque global.

Otro punto importante en la relación del sistema sanitario con la población inmigrante es la mediación intercultural, que emerge como un instrumento de gran utilidad para mitigar los efectos de las tensiones manifiestas, para prevenir el desarrollo de tensiones latentes y para resolver los conflictos que puedan surgir a causa de las diferencias culturales.

La mediación intercultural se convierte en un instrumento imprescindible para garantizar la integración social de la población inmigrante y su acceso a los servicios públicos. Por ello, es una herramienta de sumo interés para la consolidación de los sistemas sanitarios. Su práctica puede tender puentes entre las diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad en las

distintas culturas que conviven en una misma sociedad.

El mediador intercultural es una persona inmigrante o no, reconocida y aceptada en la comunidad de intervención, que debe cumplir los siguientes requisitos:

- Conocer los recursos sociosanitarios.
- Conocer el tejido y la estructura asociativos.
- Facilitar el acceso a los recursos.
- Mediar en los conflictos.
- Derivar hacia los servicios sociosanitarios.
- Acompañar al inmigrante en el uso de los servicios sanitarios.
- Ayudar y apoyar.

Otras líneas de mediación que se hacen necesarias ante el aumento de la diversidad cultural son las vinculadas a la traducción y la interpretación cuando los pacientes y los profesionales hablan idiomas diferentes. No podemos obviar que existe un número significativo de inmigrantes que aún no hablan castellano y que no pueden recibir una atención de calidad como consecuencia de esta dificultad. Los profesionales están demandando la implantación de intérpretes que permitan una comunicación fluida y eficaz.

3.5.4. Procesos migratorios y enfermería

El profesional de enfermería se enfrenta a una serie de obstáculos al abordar en su trabajo las consecuencias del proceso migratorio. Se enumeran a continuación:

- La comunicación suele considerarse el principal obstáculo para la aceptación de los inmigrantes en la sociedad de acogida. La barrera lingüística se presenta como un problema añadido a la hora de atender a los pacientes.
- Existe una imposibilidad de atender las demandas colectivas y de intervenir en ellas.
- Hay una notable falta de tiempo y de espacio para la intervención, así como de organismos de coordinación de una intervención compartida.
- Resulta imposible realizar intervenciones preventivas.
- Existen dificultades para implicar adecuadamente a la población en procesos educativos y participativos.

Los profesionales de enfermería entablan relaciones con personas de contextos culturales diferentes. Estas relaciones no siempre son fáciles y en ocasiones están sesgadas por una "mirada" previa equivocada que dificulta la relación terapéutica.

El etnocentrismo y el prejuicio marcan, aquí también, el contacto inicial con el "otro". Además, en la gestión del día a día, los profesionales deben solventar las limitaciones en la comunicación, superar el desconocimiento de otros referentes culturales y su implicación en el proceso salud/enfermedad-terapéutica, mantener una actitud empática y, evidentemente, tratar con respeto, dignidad e igualdad al usuario. Como señala Comelles, el profesional de enfermería deberá hacer frente a "las dificultades de la valoración clínica y del tratamiento derivadas de barreras tales como el desconocimiento del lenguaje, las diferentes creencias sobre la enfermedad según el universo cultural del paciente, la validez de los instrumentos diagnósticos, las diferentes respuestas a los fármacos según las etnias y la contratransferencia, que vendrá dada por el grado de aculturación del inmigrante" (Comelles,

2003; Bernal, 2007).

La práctica de la enfermería se basa en la relación con "otros". Pero la comunicación se establece a partir de códigos culturales y de imágenes preconstruidas del "otro". Cuando esta imagen es negativa genera desconfianza y es fuente de malos entendidos. Todo ello repercute negativamente en la calidad de la relación asistencial, que debería ser terapéutica.

Hasta la fecha, el actual modelo sanitario no ha sido capaz de gestionar y planificar atendiendo a los cambios sociales, demográficos y culturales de la población. Los recursos sanitarios no se corresponden con el aumento de la demanda, ni los profesionales están suficientemente formados para atender las singularidades que de la inmigración. "El grado de desconexión y desconocimiento de los profesionales de la salud españoles de la teoría social y cultural es tal que es frecuente encontrar, en escritos serios recientes, concepciones decimonónicas como las de 'supervivencias culturales' aplicadas a algunas prácticas" (Comelles, 2003; Bernal, 2007). La formación biomédica en la que se basan los estudios de medicina y, en parte, los de enfermería, dificulta un enfoque holístico del cuidado, limita la comunicación y despersonaliza la práctica asistencial.

El cuidado de enfermería y su práctica diaria, como venimos diciendo, se insertan en el contexto social, y necesariamente, en el sistema cultural. Para Leininger (1978), la teoría de enfermería debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del paciente y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados de enfermería efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura. El respeto a la dignidad de la persona, a los significados de la salud, la enfermedad y los cuidados, deben guiar la práctica profesional. La enfermería es mucho más que una técnica. Se trata de cuidar la dimensión biológica, psicológica, emocional, social y cultural de la persona tratada.

El personal de enfermería se debe aproximar a la población inmigrante teniendo en cuenta una serie de aspectos, evitando siempre los prejuicios y los estereotipos:

- La condición de género y las desigualdades de rol más patentes en ciertas culturas:

-Flujos migratorios y mujeres. Los procesos migratorios han sido tradicionalmente masculinos y esto ha dificultado los estudios sobre la participación de la mujer en estos procesos, dado que ésta tenía la consideración de actriz secundaria, en calidad de acompañante y de madre, en un proceso protagonizado por el marido. Es preciso señalar que el contexto de la mujer se corresponde actualmente poco con la descripción citada. Ha cambiado el contexto global y también el de las sociedades receptoras.

La mujer actualmente, es, en muchas ocasiones, la promotora del proceso migratorio, lo cual la convierte necesariamente en un sujeto activo desde el punto de vista social. Además las sociedades receptoras han evolucionado progresivamente para dar más participación y peso social a la mujer.

¿Cuál es la situación de la mujer con respecto al cuidado de la salud y qué relación hay entre esa situación y el contexto particular de la mujer inmigrante? Se ha señalado un hecho contradictorio en relación con la salud de la mujer. Por un lado viven y se cuidan más, manteniendo hábitos de vida saludables, pero por el otro tienen peor percepción de salud que los hombres. Esta paradoja se explica por el estrés al cual están sometidas debido a la necesidad de compaginar la vida laboral y la doméstica. Atender estos dos frentes les obliga a estar en forma, de ahí que pongan énfasis en su cuidado, considerando su salud indispensable para poder atender a sus múltiples obligaciones.

La diferencia de obligaciones domésticas entre el hombre y la mujer es

la causa principal de que ésta exprese una percepción de la salud peor que aquél. Los síntomas de esta percepción se encuentran en mayores cuadros depresivos, sobremedicación, bajas laborales, etc. De todo esto se deriva que en la mujer se detecta una mayor preocupación por su cuidado y un mayor uso de los servicios sanitarios. Los estudios llevados a cabo sobre la mujer inmigrante y su salud muestran una importante similitud con los estudios relativos a la mujer en la sociedad española, aunque los factores que le son asignados a la mujer inmigrante adquieren proporciones mayores. Su situación sociolaboral es generalmente peor, lo que hace que sus jornadas de trabajo sean penosas y que su poder adquisitivo sea menor, y por tanto sus condiciones de vida más precarias. (De Miguel, 2004).

-Cadenas de cuidados globales. Pueden existir situaciones de familias divididas a causa de la migración y con sus esquemas de género mantienen una maternidad a larga distancia que da lugar a la creación de cadenas globales de cuidado. Se trata de cadenas de dimensiones transnacionales que se configuran entre el país de origen y el de destino con el objetivo de sostener cotidianamente la vida y en las que, en los hogares, se transfiere el trabajo de cuidador de unas personas a otras en función de jerarquías de poder fundamentadas en el género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencia" (Orozco, 2007).

Su disposición responde a la confluencia de factores sociales, económicos y culturales que operan en ambos extremos de la cadena, es decir, en las sociedades de origen y de destino. En este contexto, a la tradicional responsabilidad del cuidado de los niños y los ancianos, culturalmente asignada a las mujeres en el lugar de origen, se suma cuando emigran la responsabilidad de proveer recursos enviando remesas de dinero para garantizar el bienestar familiar, lo cual genera estas cadenas.

Es necesario que en los países receptores exista una demanda

importante, no satisfecha por la mano de obra local, para los trabajos de cuidado y también para la realización de las tareas domésticas requeridas para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud.

Por ejemplo: surgirá una cadena cuando una mujer latinoamericana que emigra a España deja a sus hijos bajo el cuidado de su madre o de su hermana en el país de origen y luego es contratada por una familia para cuidar a sus hijos o a los ancianos porque ambos padres trabajan.

- El valor de la salud percibida como algo no prioritario. Una gran cantidad de estudios realizados a diferentes poblaciones de inmigrantes muestran cómo la salud no es importante en su vida diaria y no supone una prioridad, excepto cuando afecta la capacidad laboral. Son por lo general otras cuestiones las que se ponen delante de la salud, principalmente las relacionadas con el motivo desencadenante de la migración.
- La concepción del sistema de salud y la atención sanitaria en el país de origen puede ser totalmente diferente de la que prevalece en el de destino.
- La existencia de un concepto de salud muy heterogéneo en relación con el síntoma, la enfermedad y el tratamiento.
- La dificultad para la comprensión del concepto de prevención (si es que se llega a percibir) y en consecuencia la capacidad de incorporar prácticas preventivas en salud. Prácticas que en muchas ocasiones "chocan" con las nuestras, como ciudadanos y sobre todo como profesionales de la salud.
- Las situaciones de desigualdad que vive la población inmigrante, a causa del desconocimiento, el déficit o la ausencia de derechos, el proceso del duelo migratorio, las condiciones laborales precarias, la carencia de apoyo social o familiar, la dificultad para acceder a los recursos

preventivos y la falta de experiencia en el sistema sanitario local, van a aumentar la vulnerabilidad en su salud.

Por otra parte la escasa formación de los profesionales en competencia cultural, la actual organización asistencial, la falta de tiempo para una atención y escucha de las demandas adecuada e incluso, en ocasiones, la poca sensibilidad hacia esta población pueden contribuir a cronificar, confundir o infravalorar la sintomatología expresada.

Todo esto puede conducir a una disconformidad en la persona atendida, a una impotencia del profesional, a un aumento de costes y a una frustración de todas las partes.

Como consecuencia de todo lo comentado en este apartado, cuando se realiza una valoración de enfermería de una persona inmigrante hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones importantes:

- La ruptura con sus valores tradicionales, su familia, sus amigos y sus modos de vida sociales.
- Las diferencias con la nueva cultura, que implican una serie de conceptos y actitudes acerca del mundo y de cómo una persona debe comportarse en él.
- Las dificultades de acceso. La inmigración normalmente propicia que el individuo retroceda en su estatus social con respecto a la sociedad de origen.

3.5.5. Propuestas de actuación para reducir las barreras en el cuidado de enfermería a inmigrantes

Con el objeto de profundizar en el camino de adaptación del sistema sanitario a la diversidad cultural, se están desarrollando algunas experiencias

formativas destinadas a trabajar tanto con la población inmigrante como con la autóctona. Desde diversas instancias se organizan charlas y talleres para dar a conocer a las personas inmigrantes el funcionamiento del sistema de salud, así como las vías de acceso al mismo.

Las intervenciones se deberían estructurar realizando proyectos tanto en el ámbito de la comunidad (pero no sólo en la comunidad de inmigrantes, sino en toda la sociedad) como en el de los servicios sanitarios, para tuviera efecto la reducción de estas restricciones. Las actividades a realizar serían:

- Programas de salud comunitaria.
- Programas de información sanitaria.
- Acciones específicas conjuntas para inmigrantes recién llegados.
- Formación en competencia cultural y medicina de la inmigración para los profesionales en activo y de los que se encuentran en periodo de formación.
- Servicio de traductores-intérpretes, mediadores y agentes de salud comunitarios integrados en los equipos de salud.
- Formación específica para los equipos de salud ("podemos pensar en la opción de ofrecer cuidados transculturales y además podríamos ser mediadores interculturales").
- Políticas de carácter general adaptadas a las necesidades y oportunidades que plantease esta diversidad creciente.
- Programas de formación e información para evitar la automedicación.

Los programas de acción en la comunidad, con la participación de la figura del mediador de salud, y la competencia cultural de los profesionales serían

las coordinadas que determinasen un mejor acceso y utilización de los servicios sanitarios con la finalidad de reducir las barreras entre el inmigrante y el sistema sanitario. Estos programas han de facilitar el acceso a la información y a los recursos sanitarios a las personas inmigrantes, especialmente aquellas que se encuentren en una situación sociosanitaria de mayor vulnerabilidad, para poder aumentar su autonomía y capacidad de decisión en relación a su salud.

Las actividades de los programas de salud comunitaria han de contar con la participación de los profesionales y de la población. además de vincularse al entorno del profesional comunitario de salud, y se desarrollan en cinco áreas fundamentales:

- El análisis de las necesidades objetivas y de las necesidades percibidas por la población y por los profesionales.
- El soporte a los equipos asistenciales.
- Los proyectos de información sanitaria y desarrollo de habilidades.
- La movilización comunitaria.
- La creación de redes entre profesionales inmigrantes y la sociedad civil.

3.6. Conclusiones

El profesional de enfermería deberá conocer los elementos fundamentales del proceso migratorio, las principales características de los sistemas sociales y familiares tradicionales, el peso de la legislación, el valor del hecho religioso y espiritual y el rol que pueden asumir ciertos acompañantes como promotores de la salud. El desarrollo de una actitud receptiva a lo nuevo y a lo que podemos aprender de los otros es el factor más importante del trato al paciente inmigrante. Acercarse a él y mostrarse cercano es clave para que

exista el entendimiento.

El objetivo tanto de las políticas establecidas por el país de destino para evitar situaciones de exclusión social como de las actuaciones encaminadas a preservar o mejorar las condiciones de salud y bienestar no puede ser solamente la asimilación, sino que debe buscarse una integración social completa.

Se deben promover los cambios en la organización sanitaria, extremadamente rígida: promoviendo el trabajo en red, interdisciplinar y transversal, dentro del propio sistema sanitario y con el personal, las administraciones, los servicios públicos y las asociaciones de una comunidad.

Existen diferentes formas de entender y analizar los problemas de salud/enfermedad de la población inmigrante. Una de ellas enfatiza la necesidad de profundizar en el conocimiento de los patrones culturales del inmigrante, para tener una visión global de éste y poder atenderlo adecuadamente; es una postura culturalista (Leininger, 1991; Spector, 2002). La otra subraya, sobre todo, la necesidad de incidir en los factores socioeconómicos, causantes de la demanda específica de atención; es una perspectiva sociopolítica.

La formulación de políticas que tengan en cuenta el bienestar físico, mental y social de los inmigrantes, sus familiares y sus comunidades y que establezcan los puentes necesarios entre las preocupaciones sanitarias y las necesidades de los inmigrantes y los nativos puede propiciar una mejora en la salud de todos. Es más, una gestión adecuada de la migración y salud puede contribuir a la estabilización de la sociedad, pues facilita la integración de los inmigrantes en las comunidades receptoras.

Los inmigrantes que gocen de un bienestar físico y mental tendrán mayores posibilidades a nivel educativo y laboral.

Los obstáculos para acceder a los servicios de salud y las dificultades en la relación paciente-profesional de enfermería repercuten en la salud de la población, en la calidad de la asistencia y en el uso de los recursos sanitarios. Será muy importante identificar las barreras de acceso, definir las y hacer lo necesario para romperlas o reducirlas, dentro del gran abanico de limitaciones que el sistema sanitario nos plantea (sobre todo desde el ámbito de la gestión), sin olvidar el contexto de crisis del estado del bienestar en el que se encuentra inmersa la sociedad europea. La mediación intercultural es crucial para que la construcción de la interculturalidad tenga su reflejo en el ámbito de la salud, en el que aparecen una importante resistencia al cambio de las concepciones tradicionales arraigadas en nuestra sociedad.

Parte II

**CUIDADOS INTEGRALES
EN ENFERMERÍA SOCIAL**

Cuidados integrales aplicados por la enfermería

4

4.1. Introducción

La enfermería se ha desarrollado a lo largo de la historia como una profesión con base científica. Por tanto, todo cambio y toda consolidación de nuevas técnicas deben ir respaldados por una teoría que les dé sentido y aporte una metodología, así como por una práctica que las haga útiles y funcionales.

El profesional de enfermería debe utilizar en sus investigaciones los hallazgos teóricos de sus prácticas clínicas (experiencia), pues la práctica debe verse como la fuente del conocimiento.

En la práctica profesional de la enfermería, los cuidados de la salud son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de su quehacer. Los cuidados requieren unas competencias personales, unos conocimientos científicos y un método sistemático de trabajo para cada persona, con una interacción única entre la dimensión físicopsicológica y el entorno, lo cual lleva a un enfoque del proceso salud/enfermedad individualizado.

4.2. Cuidados integrales

Se establecen cuidados integrales cuando el profesional de enfermería conoce a la persona a la que va a proporcionar atención sanitaria en su esfera física, mental, emocional, social y espiritual, con el fin principal de prevenir,

promover, conservar y recuperar la salud.

El cuidado físico implica ayudar a la persona a satisfacer las necesidades fundamentales y básicas que por una u otra razón es incapaz de llevar a cabo por sí misma.

El cuidado psicosocial implica cuidar de las necesidades psicológicas y sociales de la persona, ofreciendo información, seguridad, confort, etc.

Estos cuidados no son excluyentes entre sí ni prevalece uno sobre el otro. Si prevalecieran los cuidados físicos sobre los psicológicos, estaríamos aislando a la persona, anulando sus capacidades vitales. Se podrían realizar una serie de procedimientos adecuados, pero se perderían elementos importantes como hablar con el individuo para que muestre su preocupación por sus síntomas, calmar su ansiedad en caso necesario, identificar el significado de su situación o comprender los temores de su familia.

Así pues, si los cuidados se centran exclusivamente en el aspecto físico, quedaría aislado del paciente:

- Su entorno
- Su personalidad
- Cómo vive la enfermedad
- Cómo la ve la sociedad y la repercusión que esto tiene para él.

Así pues, los cuidados integrales deben incluir sistemáticamente los aspectos psicosociales de la persona y se tiene que tener presente para ello la orientación holística de la salud, que considera el contexto en el que se mueve la persona y a su vez reconoce todas sus facetas como significativas y considera que éstas interactúan y le afectan de forma global; la persona es un todo.

4.2.1. Características de los cuidados integrales

Para que los cuidados cubran de forma integral a la persona deben estar centrados en los elementos afectivos y en los técnicos. Ambos reflejan el nivel de compromiso y permiten comprender el significado que el cuidado tiene para el profesional y el paciente. El profesional de enfermería debe:

- Generar una relación de cuidados que inspire confianza.
- Desarrollar sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- Dar prioridad a los sentimientos positivos frente a los negativos.
- Ayudar a la satisfacción de las necesidades básicas.
- Usar procesos basados en la resolución de problemas.
- Proporcionar cuidados que cubran las necesidades culturales y el bienestar de las personas, familias, grupos y comunidades.
- Afrontar el cuidado de enfermería desde un punto de vista ético.
- Promocionar la enseñanza transcultural.
- Tener presentes las barreras culturales al implantar la educación para la salud (charlas educativas), pues pueden constituir obstáculos para interpretar estilos de vida según sea la cultura y el nivel de conocimientos de las personas tratadas.
- Evitar estereotipos tanto negativos como positivos de la persona.
- Permanecer a la expectativa al ofrecer cuidados sin dejar de lado las peculiaridades de la atención sanitaria en la zona en la que se trabaja.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que

permiten conocer, explicar, interpretar y predecir la práctica de esta disciplina. Para ello se tiene que ver a la persona a la que se prestan los cuidados de forma única e integral.

El modelo holístico en el que se basa este tipo de intervenciones considera al individuo desde una perspectiva global (descrita anteriormente), entendiendo que un estado psicológico determinado puede alterar radicalmente el proceso de enfermar y recuperar la salud. No se va a exponer en este tema ningún modelo de enfermería que se base en proporcionar unos cuidados integrales-holísticos, pero los profesionales de enfermería y el alumnado deberán profundizar en este asunto, puesto que es el sustento teórico y filosófico para la aplicación de este tipo de cuidados.

4.2.2. Atención individualizada y multidimensionalidad

Para ver a la persona de una forma única y como un todo se ha de tener en cuenta que la enfermedad y la salud no son un fenómeno exclusivamente biológico y que los aspectos psicosociales del cuidado, incluido el punto de vista de la persona tratada, pueden tener consecuencias importantes para la evolución física de la enfermedad. Hay dos aspectos ineludibles para el profesional de enfermería:

- Prestar los cuidados de forma individualizada, centrando la atención en la persona y adquiriendo una disposición adecuada para conocerla. Así, el paciente será a su vez capaz de conocer y confiar en el profesional de enfermería.
- Tener presente el concepto de multidimensionalidad. Si dispone de fortaleza física pero carece de los conocimientos y de una serie de habilidades cognitivas necesarias, el profesional de enfermería tendrá dificultades de adaptación y su salud peligrará.

Hay dos elementos que marcarán la calidad de las interacciones entre el

profesional y el paciente. Son los siguientes:

- La interdependencia: Se trata de la interacción recíproca entre las personas para promover la supervivencia. A lo largo de la vida, las personas progresan a través de diversas etapas de dependencia-independencia, con el ideal de mantener el equilibrio entre ellas.
- La socialización: Esencialmente es el proceso por el cual las normas sociales son interiorizadas.

Además, no se puede hablar de multidimensionalidad sin tener en cuenta:

- La autorresponsabilidad: Hace referencia a la filosofía de la salud que mantiene que la persona es finalmente responsable de su propia vida y tiene la posibilidad de tomar decisiones que determinan su forma de vivir. Se trata de una condición necesaria para poder asumir dicha responsabilidad y está estrechamente unida al autoconocimiento.
- El autoconocimiento: Consiste en poder centrar la atención en una experiencia particular y profundizar en el significado de ésta.
- El autocuidado: Alude a la práctica de actividades de cuidado que la persona puede hacer a título individual, y dependiendo de su situación, en un momento determinado.
- La autoestima: Supone una evaluación de la información extraída del autoconocimiento (como el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí misma), procede de los sentimientos de la persona acerca de sí misma y refleja el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo.

4.3. Las claves

4.3.1. Comunicación

La calidad de la relación es fundamental para que los cuidados tengan éxito. Una clave esencial es la comunicación, que resulta fundamental para informar a los pacientes y se caracteriza principalmente por ser específica para cada contexto de cuidado.

Los elementos que influyen en la comunicación, en síntesis, son los siguientes:

- **Percepción:** Es la imagen que uno se forja del mundo y del otro, un elemento esencial en la comunicación y un gesto personal e interno.
- **Valores y creencias:** No es suficiente valorar sólo lo que la persona considera importante, sino tener una perspectiva completa.
- **Aspectos sociales:** Si el profesional de enfermería no conoce estos aspectos, es muy difícil averiguar el sentido de los cuidados. A veces el significado que el paciente da al mensaje que recibe puede ser totalmente diferente al que el profesional quiere transmitir.
- **Aspectos culturales:** La cultura enseña a los individuos cómo comunicarse a través del lenguaje, de los gestos, de la ropa, la forma de utilizar el espacio; es un saber que se adquiere con el paso del tiempo y se transmite de generación en generación.
- **Aspectos individuales:** Son los propios de la persona a la que vamos a proporcionar cuidados.
- **Aspectos familiares:** Son los propios de la familia del paciente.

Para una buena comunicación hay que tener presentes una serie de factores psicosociales:

- Factores personales: Incluyen la edad, el sexo, la personalidad, la capacidad de adaptación y afrontamiento del estrés, las experiencias previas (propias o ajenas) respecto a la enfermedad, la hospitalización o las intervenciones, el significado que para la persona tenga la enfermedad (pérdida, ganancia, castigo), las creencias y valores personales, las habilidades para el autocuidado, la capacidad para adquirir conocimientos, el estado actual del paciente, la preparación psicológica del mismo, etc.
- Factores socioculturales: Entre estos se encuentran el significado social que tenga la enfermedad, la respuesta de la familia, su rol y su posición en la sociedad, la situación laboral y económica en la que se encuentre la persona al enfermar, los recursos sociales de apoyo de los que disponga, etc.
- Factores relacionados con la organización hospitalaria: Incluyen la organización del centro, las condiciones asistenciales y terapéuticas en las que se atiende al paciente, la organización arquitectónica del espacio, la actitud del equipo de salud, la confianza en el equipo asistencial, etc.
- Factores relacionados con la enfermedad: Es decir, el tipo de enfermedad (aguda o crónica), el pronóstico, las secuelas o potenciales incapacidades y las medidas terapéuticas que precisa.

4.3.2. Formación adecuada

Una formación adecuada del profesional debe permitir que desarrolle y mejore las habilidades de escuchar, observar, empatizar y comunicar correctamente.

La visión de la persona como un todo no debe ser dejada al azar o "a lo que salga", sino que debe ser practicada conscientemente e incorporar asimismo el cuidado psicosocial como una parte del cuidado de enfermería.

4.3.3. Experiencia

La experiencia va a venir determinada por el quehacer diario y tiene un gran valor para comprender a las personas, puesto que la teoría en estos casos no es suficiente.

El cuidado de los aspectos psicosociales es una actividad cualificada que mejora con la experiencia. Cuando un profesional tiene experiencia en la provisión de cuidado, pone más atención en la información que recibe.

Hay elementos de los aspectos psicosociales de los cuidados que pueden desarrollarse a través de la experiencia:

- Un profesional experto tiene una mayor capacidad de percepción y de comunicación, así como habilidad para evaluar las diferencias individuales.
- Se pueden seguir las reglas sin tener que pensar en ellas; por consiguiente, se es más eficaz y se pueden hacer más cosas en menor tiempo.
- Se desarrolla una perspectiva global que permite priorizar las reglas o no acatarlas si no se adecuaran al patrón que está intentando aplicar.
- Se adquiere una habilidad para percibir a los pacientes y sus familias, valorándolos y entrevistándolos lo más objetivamente posible, con el fin de restablecer la relación entre los aspectos psicosociales y fisiológicos.
- Hay una mayor disposición a aprender cosas nuevas a través de la experiencia; siempre se está aprendiendo y esta capacidad para aprender distingue la "simple experiencia" de la experiencia en sí.

4.4. Aspectos a considerar durante el cuidado

- El espacio de cuidado: Debe promover desarrollo integral de la persona y ser un espacio que favorezca el logro de equilibrio, armonía y bienestar por parte del paciente. Ha de ser un espacio terapéutico y relacional.
- Presencia: Estado de apertura hacia las necesidades del otro. No es tanto "estar-con-él" sino "ser-con-él". Uno puede estar-con-alguien desde el punto de vista de la contigüidad físico-espacial y, sin embargo, estar muy lejos, tener la cabeza en otro mundo, ser o estar mentalmente en otra parte.
- Intersubjetividad: Se basa en la subjetividad de la conexión entre el profesional y el paciente, posibilitada por el espacio de cuidado.
- Experiencia interpersonal: Acción de compartir la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento entre el profesional y el paciente. Implica la participación de ambos en la reformulación de significados y la interpretación de la experiencia.
- Intencionalidad: Focalización en el cuidado en el otro. Traer al otro a la propia conciencia. Es una propiedad de la conciencia de referenciar algo o apuntar hacia algo.
- Incondicionalidad: Aceptación del otro sin expectativas ni prejuicios, desde su esencia como ser humano, reconociendo su dignidad, valía y singularidad. Ser aceptado de manera incondicional como una persona única, valiosa e importante es fundamental para que el individuo pueda desarrollar su propio potencial. La aceptación facilitará la movilización de los recursos necesarios para que dicho individuo se esfuerce por alcanzar un equilibrio adaptativo.
- Responsabilidad de atenuar el sufrimiento del enfermo: El sufrimiento es una situación personal y colectiva provocada por variables sociales y tiene mucho de estructural y de comunitario. Atenuándolo se consigue

con más facilidad y eficacia "matar la muerte evitable" y eliminar la "muerte social", que tanto dolor genera entre los enfermos.

4.5. Cuidados psicosociales como segmento de los cuidados integrales

Los factores psicosociales son fundamentales porque:

- Desempeñan un papel crucial en el desarrollo de muchas enfermedades y en el proceso de recuperación.
- Permiten (como ya se ha comentado) desarrollar en el profesional de enfermería una serie de habilidades para observar, comunicar y comprender las respuestas ante la enfermedad y facilitar unos cuidados más efectivos. No hay olvidar que estas actitudes, comportamientos y respuestas de enfermería tienen efectos muy importantes en cómo la persona percibe los cuidados y responde a ellos en una relación terapéutica profesional-paciente. Se va a tener la capacidad de entender a las personas, se va a cuidar de las relaciones con los demás y se va a ayudar a que éstos consigan sus objetivos.
- Breve guía del proceso de atención de enfermería en la aplicación de unos cuidados integrales centrados en aspectos psicosociales

Para concretar todo lo comentado, se muestra una breve guía del proceso de cuidados de enfermería (PAE), en la que se especificarán aquellas intervenciones en las que se trabaja más la esfera psicosocial.

•Valoración:

- Recogida de datos (se anotan los que pueden ser más relevantes en este tema, aunque no sólo éstos).
- Información del paciente desde el conocimiento de las pruebas e

intervenciones que se le van a practicar, los resultados esperados, las posibles complicaciones potenciales y el modo de evitarlas.

- Significación de la enfermedad o de la intervención quirúrgica, con una valoración de las posibles implicaciones laborales, familiares (cambios en el rol, modificaciones temporales o permanentes del estilo de vida, etc.).
- Sentimientos y pensamientos del paciente, para conocer los temores, miedos, dolores, alteraciones o no de la imagen corporal, lo cual es de gran relevancia en los cuidados de apoyo.
- Impacto de la enfermedad o la cirugía en aspectos como el nivel de dependencia.
- Habilidades de adaptación.
- Recursos de apoyo -a través de redes naturales u organizadas.
 - Diagnósticos de enfermería a partir de los datos recogidos y agrupados en la valoración.
 - Planificación de los cuidados. Los objetivos dependerán de lo planificado con el paciente.
 - Intervenciones de asesoramiento. Son acciones dirigidas a proporcionar información sobre aspectos relevantes para la salud y el bienestar físico y psicosocial de la persona. También se cubre la enseñanza de técnicas, procedimientos, formas de autocuidado o de cuidado a los demás (al grupo familiar, grupo social, etc.). Se debe:
- Considerar la importancia de esta forma de actuación profesional por la ayuda que significa para la satisfacción no sólo de las necesidades implicadas en el acto inmediato - información o enseñanza-, sino,

implícitamente, de otras necesidades como la de seguridad, estima, comunicación, etc.

-Proporcionar un feedback para concretar y determinar el nivel de consecución de los objetivos previamente establecidos, subrayando los logros del paciente o de la familia y tratar las cuestiones sobre las que deberán seguir prestando atención como necesidades de salud.

•Intervenciones de apoyo: material (instrumental y emocional). El apoyo material o instrumental consiste en proporcionar a la persona aquellos medios o elementos necesarios para la comprensión de un fenómeno y para poner en marcha actuaciones adaptativas. Se debe:

-Proporcionar elementos de análisis de la situación o de los sentimientos, pensamientos o comportamientos problemáticos de la persona.

-Ayudar en la búsqueda de alternativas viables, proporcionando soluciones realistas y posibilitando su puesta en marcha.

-Fomentar la participación activa de la persona o los miembros de la familia en las decisiones sobre los cuidados.

El apoyo emocional comprende acciones de ayuda, motivación y esfuerzo que sirven de soporte emocional a la persona y la ayudan a efectuar los cambios necesarios para adecuarse a la situación, problema o dificultad. Se debe:

-Permitir y potenciar la expresión de sentimientos y pensamientos problemáticos para la persona

-Apoyar al paciente en el proceso de crecimiento personal, reforzando positivamente los comportamientos dirigidos al desarrollo del autoconocimiento y de las competencias personales.

-Apoyarle en el cambio de actitudes hacia sí mismo y hacia los demás.

- Apoyarle en los esfuerzos para afrontar las experiencias estresantes de la vida, reforzando los comportamientos adaptativos.

-Ayudar a las personas de la red social de apoyo.

- Ejecución de los cuidados teniendo en cuenta todo lo presentado en este tema.

- Evaluación de los resultados globalmente y a cada momento.

4.6. Ejemplos de casos de aplicación de cuidados integrales

4.6.1. Ante un paciente que debe someterse a una cirugía tipo prótesis de rodilla

Para conseguir unos resultados óptimos, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos en función de la etapa del cuidado en la que nos encontremos:

- Etapa del preoperatorio. Ésta debe caracterizarse por una necesidad de información y debe estar encaminada a proveer seguridad y control del medio ambiente.

- Etapa del postoperatorio: Aquí la enseñanza es el eje central de las actuaciones de enfermería.

El apoyo emocional y material es igualmente relevante en las dos etapas de la intervención.

4.6.2. Ante un paciente con una enfermedad crónica

En unos momentos lo más importante será la información y en otros el apoyo material o emocional. El objetivo es mejorar o solucionar el malestar físico y la crisis emocional, la pérdida de independencia, la afectación de la

escala de valores y filosofía de la vida, alteraciones en el autoconcepto y autoimagen, sentimientos de impotencia o desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la pérdida de control de sí mismo y del medio y respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

Pueden existir problemas en el entorno familiar debido a la pérdida de la homeostasis familiar anterior, como la pérdida del rol por parte del enfermo y los cambios en el rol que deben asumir los demás miembros de la familia, cambios en las responsabilidades, la separación del entorno familiar (cuando existe la necesidad de hospitalización), problemas de comunicación entre los miembros y distorsiones en las rutinas familiares.

Los problemas en el área social pueden centrarse en la pérdida de lazos afectivos y relaciones. Los más significativos son el cambio o pérdida de estatus (cuando la enfermedad conlleva la pérdida o el cambio en el empleo o variaciones en el nivel económico), el aislamiento social (por las limitaciones y la vivencia de la propia enfermedad), los cambios en la utilización del tiempo libre y las modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

4.6.3. Ante un paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

La persona que se encuentra ingresada en una unidad de cuidados especiales debe hacer frente a múltiples elementos estresantes, propios de la enfermedad y del proceso de hospitalización, así como generados por la estancia en dicha unidad, tales como:

- Una situación de riesgo total que conduce a una incertidumbre sobre su vida, lo cual genera un alto nivel de ansiedad.
- Una falta de control del medio, por su propia enfermedad, su elevada dependencia del equipo de cuidados, del tratamiento y de las máquinas.

- Un sentimiento de ansiedad ante la información sistemática tanto sobre los aspectos actuales, como sobre los futuros.
- Una despersonalización, por la situación en la que se encuentra el paciente, que le hace centrarse en los cuidados físicos y aumentar el sentimiento de impotencia.
- Una sensación de aislamiento, que también incluye una pérdida del contacto emocional con las personas significativas. Todo ello provoca un aislamiento social que puede generar sentimientos de desesperanza, hostilidad, ira, impotencia, soledad, etc.
- Una frialdad del entorno emocional, que caracteriza a estas unidades y que viene determinada por la necesidad de un ambiente aséptico y seguro.
- Un sentimiento de incomodidad por la falta de bienestar a causa del dolor, de la reducida movilidad, de las alteraciones en el patrón del sueño, etc.

Ante todos estos factores el profesional de enfermería puede acercarse a la esfera personal, familiar y social del paciente con el tipo de cuidado integral descrito y siempre teniendo presente la visión global de la persona, desde la multidimensionalidad de la misma y proporcionando una atención individualizada.

4.7. Conclusiones

La valoración, el diagnóstico, el tratamiento y la evaluación del individuo, la familia y la comunidad han de tener un enfoque holístico.

La enfermería es capaz de generar una presencia intencional, auténtica e incondicional que facilite la eliminación de barreras para el crecimiento del otro y para su transición hacia la recuperación de la armonía.

En el mundo de las relaciones y de la imagen personal, la salud generada en tal encuentro puede ser duradera y no un simple paréntesis de la situación de la persona.

Universalidad y diversidad cultural. Cuidados transculturales

5

5.1. Introducción

Durante estas dos últimas décadas, como se señalado en el capítulo 3, ha aumentado la llegada de inmigrantes a España, hecho que ha provocado que el personal de enfermería se encontrara ante personas con unas características y costumbres diferentes a las suyas. Esta situación, que ha propiciado cambios sociales, políticos y económicos, ha hecho que en ocasiones resulte complicada la aplicación de un cuidado apropiado y óptimo para quienes lo necesitan. Para evitar o minimizar esta situación lo máximo posible, se han empezado a estudiar y tratar en el ámbito de la enfermería temas como los cuidados culturales y la enfermería transcultural, fundada por Madeline Leininger en el año 1960.

La enfermería transcultural se ha hecho necesaria en la sociedad actual por las siguientes razones:

- Debido al marcado aumento a nivel mundial de las migraciones entre países y dentro de los mismos países, pues esto implica una diversidad creciente.
- Se ha dado un aumento de las identidades multiculturales (véase capítulo 3) y hay un deseo de que los profesionales sanitarios entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.

- En todo el mundo existen conflictos culturales, choques y actos de violencia, simultáneos a la mayor interacción entre culturas, que desencadenan un impacto sobre los cuidados de la salud.
- Existe un aumento del número de personas que viajan y trabajan en muy diferentes partes del mundo y que pueden precisar cuidados sanitarios fuera de su país.
- El uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados de salud supone a veces un conflicto con los valores culturales de los pacientes.
- Existe un aumento de las demandas legales fruto de conflictos culturales y negligencias, pero también de la ignorancia e imposición dentro de las prácticas sanitarias.
- Se ha dado un aumento en los problemas de género, con nuevas demandas del movimiento feminista a los sistemas sanitarios con la intención de que se tengan en cuenta las necesidades de mujeres y niños.
- Ha surgido una mayor necesidad por parte de la comunidad de servicios sanitarios basados en la cultura en diferentes contextos ambientales.

5.2. Definición de enfermería transcultural

Se trata de un área principal de la enfermería que se centra en el estudio y el análisis comparativo holístico de distintas culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas de cuidado, valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud/ enfermedad, con el objeto de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el campo científico y humanístico para proporcionar unos cuidados de enfermería específicos y universalmente culturales.

5.3. Características de la enfermería transcultural

Los principales rasgos de la enfermería transcultural son los siguientes:

- Vincula la enfermería con la diversidad cultural.
- Se presenta como una herramienta práctica y útil para mejorar la comprensión de los profesionales ante las creencias y problemas relacionados con la salud de personas procedentes de diferentes culturas.
- Proporciona la posibilidad de explorar, entender y aprender de la base cultural de los pacientes y sus acompañantes, incluyendo sus puntos de vista personales sobre la salud y la enfermedad, así como los de su comunidad, y asimilando los problemas sociales en los que se encuentran.
- Se centra en el cuidado y en el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo desde el punto de vista de sus valores asistenciales, las expresiones y convicciones sobre la salud y la enfermedad y los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica teniendo en cuenta la cultura.
- La diversidad implica la necesidad de comprensión por parte del personal de enfermería de la esfera particular del sujeto ante su salud, con el fin de garantizar un cuidado integral, coherente y beneficioso y una verdadera satisfacción de las necesidades del paciente.

5.4. Los profesionales de enfermería bajo una mirada transcultural

Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta los siguientes puntos si desarrollan su trabajo bajo la perspectiva de la enfermería transcultural:

- Deben saber que la salud y los cuidados son universales, pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud están definidas de manera diferente en cada cultura. En un contexto multicultural como el actual se ha de tener en cuenta esto para respetar la universalidad y diversidad de los cuidados y se hará proporcionando unos cuidados satisfactorios para la persona que tiene una cultura distinta a la nuestra.
- Deben tener conciencia de que las ideas preconcebidas, las racionalizaciones a partir de conceptos arbitrarios y la incapacidad para la autocrítica son consecuencia del etnocentrismo con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades, lo que nos hace injustos con las carencias y debilidades de los demás.
- Deben saber que los aspectos socioculturales son fundamentales en el contexto de las políticas de salud, ya que es imposible sostener como metas de atención la equidad, la calidad y la eficiencia sin tener como referencia el punto de vista del "otro". No se puede definir las necesidades y las condiciones de salud/enfermedad de las comunidades desde un paradigma y una cultura ajenos a éstas.
- Deben ser conscientes de que existe aún un conjunto de actitudes y situaciones como la ceguera cultural, los choques entre culturas, las imposiciones y el etnocentrismo que influyen muy negativamente en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Es necesario evitarlas teniendo presente la práctica de la enfermería transcultural.
- Para que se dé en la práctica respeto hacia todos los colectivos que integran una comunidad plural, es preciso comprender que es imposible respetar sin conocer. Dicho de otro modo, para practicar eficazmente la enfermería transcultural se debe profundizar en el conocimiento de esa comunidad plural. Y aún más, no sólo debe considerarse la enfermería transcultural, holística y armonizadora, como una opción, sino como el

ideal u objetivo a alcanzar en una sociedad plural.

- Pueden proporcionar cuidados con un fondo cultural diferente al suyo, pero para ello es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz. Numerosas referencias bibliográficas muestran cómo la comunicación intercultural es una herramienta que contribuye a mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, dado que existe un mayor entendimiento en el cuidado de las personas.

S.S. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados

Leininger desarrolló la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados como herramienta de conocimiento para guiar la práctica, la gestión, las funciones, los fundamentos y las investigaciones de enfermería.

5.5.1. Puntos clave de la teoría de Leininger

La teoría Leininger está basada en la convicción de que las personas de otras culturas pueden ofrecer una información adecuada y orientar a los profesionales para que les proporcionen la clase de cuidado que desean o necesitan (Marriner, 2001).

Los supuestos que dan forma a su teoría proceden de la unión de la antropología y de conceptos teóricos y prácticos de enfermería, pues ambas disciplinas comparten una visión holística de la persona.

Para acercarse a la comprensión de los cuidados culturales de un colectivo es necesario conocer las "dimensiones de la estructura cultural y social", que son los patrones dinámicos y los rasgos relacionales, estructurales y organizativos de una cultura particular, entre los que se incluyen:

- Valores religiosos, familiares, sociales, políticos, legales, económicos, educativos, tecnológicos y culturales.

- Factores etnohistóricos.

- La forma en la que estos valores pueden estar interrelacionados e influyen en el comportamiento humano en los diferentes contextos ambientales. CE1 "contexto ambiental" es la totalidad de un acontecimiento, situación o experiencia humana, sus interpretaciones e interacciones sociales en ambientes particulares físicos, ecológicos, sociopolíticos o culturales.

Uno de los objetivos más importantes de esta teoría consiste en ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar sistemáticamente, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué es lo universal de las culturas en estudio, así como qué pertenece al cuidado "genérico" o popular y al profesional. Así se podrán descubrir los puntos de vista de la persona de otra cultura que está siendo tratada.

5.5.2. Aspectos relevantes de la teoría de Leininger para la enfermería social

La meta de la enfermería transcultural es proporcionar cuidados que sean coherentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Las culturas muestran tanto diversidad (perciben, conocen y practican los cuidados de diversas formas) como universalidad (existen muchas características comunes en los cuidados).

Los conceptos fundamentales de la teoría de Leininger son la cultura, los cuidados, los cuidados culturales, la visión del mundo y los sistemas de salud o bienestar tradicionales.

- En cuanto al término cultura, se describe como los valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidos, compartidos y transmitidos por su comunidad y que orientan el pensamiento, las decisiones y las acciones específicamente. La cultura proporciona la base para los valores culturales, que identifican formas preferentes de actuar o pensar; estos valores generalmente perduran en el

tiempo y ayudan a la toma de decisiones. La cultura influye en la necesidad de los pacientes, a la hora de recibir cuidados, de obtener bienestar y recuperarse de la enfermedad. La cultura posee una gran influencia sobre el cuidado.

- Los cuidados hacen referencia a la ayuda, el apoyo o las conductas de estímulo que mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida. Los cuidados tienen significados distintos en las diferentes culturas, y pueden ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo.
- Los cuidados culturales hacen referencia a los valores y creencias que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupos) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte y la discapacidad. Por tanto, los cuidados culturales, al igual que la salud (que para Leininger es un estado de bienestar culturalmente definido, valorado y practicado y que refleja la capacidad de los individuos de llevar a cabo las actividades diarias de un modo culturalmente expresado), la enfermedad y el desarrollo humano, son muy diferentes dependiendo de la visión de las personas, de sus creencias, costumbres, valores, modos de vida, etc. Los cuidados, para Leininger, son el componente central de la enfermería.
- Cuando se habla de universalidad de los cuidados se alude a que el hecho de practicar cuidados a las personas que lo necesiten es un hecho intrínseco del ser humano.
- Cuando habla de diversidad de los cuidados se señalan las diferencias y variaciones en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos. Una clara conciencia de la diversidad permitirá apoyar o facilitar medidas asistenciales adecuadas para cada

persona.

- Cuando se vinculan los cuidados culturales con la diversidad y la universalidad el profesional de enfermería debería trabajar en los siguientes procesos:

1. Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: Se trata de ejecutar acciones y tomar decisiones para ayudar a las personas de una cierta cultura a mantener y preservar los valores asistenciales más relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar ciertas discapacidades y la muerte.
2. Adecuación o negociación: Comprende las acciones y decisiones profesionales creativas para afrontar las peticiones de los pacientes de otras culturas con el fin de obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios.
3. Rediseño o reestructuración: Abarca las acciones y decisiones profesionales que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar notablemente su modo de vida con el fin de que adopten esquemas de cuidados sanitarios nuevos y beneficiosos, que les proporcionarán un estilo de vida más saludable, pero sin dejar de respetar sus valores culturales y sus creencias.

5.5.3. El Sol Naciente

El Sol Naciente es una denominación creada por Leininger para la representación de los componentes esenciales de la teoría de los cuidados de la diversidad y de la universalidad. Simboliza la "salida del sol" (los cuidados) y significa que los conocimientos de la enfermería se elevan y se reconocen cada vez más claramente. Este concepto describe, en fin, a los seres humanos influidos por sus referencias culturales, su estructura social, su

visión del mundo, su trayectoria vital y su entorno.

5.5.4. Resumen sobre la diversidad y universalidad de los cuidados culturales

- Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.
- Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo, la supervivencia y también para afrontar la discapacidad o la muerte.
- Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería con el fin de orientar por el camino correcto la práctica de esta disciplina.
- La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.
- Los cuidados son esenciales para la salud y para la curación de signos, síntomas y enfermedades.
- Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo diferente (diversidad) y algo de semejante (universalidad) en todas las culturas del mundo.
- Toda cultura humana (local o popular) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos o populares y con una dimensión profesional que varían con respecto a las otras culturas.
- Los valores, las creencias, y prácticas culturales están influidos por la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), familiar (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico,

etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

- Los cuidados de enfermería beneficiosos y saludables que cubren las distintas necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de cada cultura.
- Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados adecuadamente por el profesional de enfermería.
- En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma.

5.6. ¿Qué puede suceder si no tenemos en cuenta los enfoques culturales?

Leininger sostiene que las principales consecuencias de no tener presente el enfoque cultural en los sistemas de asistencia de enfermería son que:

- Los pacientes mostrarán síntomas de conflicto, insatisfacción y tensión, así como preocupaciones éticas o morales.
- Los diagnósticos médicos y de enfermería producirán resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

Como ejemplo para reflexionar sobre cómo no se debe actuar y cómo no deben ser los cuidados proporcionados por el profesional enfermería, se propone el siguiente ejemplo: María es una madre primeriza de 35 años y de origen mexicano. Va al centro de salud para hacerle la revisión del mes de su hijo y de paso comentarle a su enfermera que tiene un dolor muy intenso en un pecho, que está un poco más inflamado que el otro y que ella no se

encuentra muy bien, pues tuvo temblores la tarde anterior. Su enfermera está acompañada por una estudiante de enfermería y cuando entra María en la consulta se queda encantada mirando al bebé y comentando lo bonito y sonriente que es el niño. En ese momento se aproxima al niño y se queda mirándolo durante unos segundos. María se enfada y rápidamente aparta a su bebé de ella y le dice que por favor no haga a su hijo mal de ojo y que seguro que a ella se la habían hecho y por eso se estaba empezando a encontrar mal. María se va de la consulta muy asustada.

5.7. Conclusiones

La comunicación intercultural requiere un compromiso con la cultura, las creencias y las experiencias de los pacientes, un compromiso que implica asumir los nuevos horizontes de conocimientos y apoyar al otro en cualquier circunstancia.

Se necesita desarrollar una mentalidad en la que las cosas se vean a través de los "ojos del otro", añadiendo a nuestro conocimiento el conocimiento de los demás.

Si el profesional de enfermería trabaja en el establecimiento de relaciones respetuosas con las personas y lucha y se esfuerza por incrementar el conocimiento de otras culturas a través de bibliografía y mediante el diálogo cara a cara y la escucha atenta del paciente, esa experiencia será muy útil en su práctica diaria.

"La teoría y el método de enfermería" son esenciales para la aplicación de unos cuidados correctos, pero también lo son los valores la actitud hacia el otro y hacia uno mismo.

La enfermería transcultural permite:

- Hacer hincapié en lo más importante.

- Investigar y comunicarse mejor, para intentar liberarse en la medida de lo posible del "yugo" impuesto por la medicina y por la sociedad en cuanto al control del propio saber y poder.
- La creación de una nueva forma de conocimiento más cercana a la persona.

El cuidado cultural de enfermería es un oportuno y relevante campo para el estudio y las prácticas de esta disciplina científica. De hecho, la relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia sanitaria permite al profesional de enfermería realizar un análisis integral del individuo, que tenga en cuenta tanto la enfermedad como los aspectos socioculturales, económicos, legales, religiosos y etnohistóricos del paciente.

Parte III
EL ESPACIO
SOCIOSANITARIO
Y LA INTERVENCIÓN
SOCIAL

Contexto y metodología de intervención social

6

6.1. Nociones generales de la sociología desde el campo de la enfermería social

La intervención social es la acción organizada de un conjunto de individuos frente a los problemas sociales. El objetivo de dicha intervención es generar un cambio social que repercuta tanto a nivel individual como colectivo.

El cambio generalmente es algo espontáneo en la evolución social; es la suma de los procesos que se producen para satisfacer las necesidades individuales y colectivas en un contexto histórico y social concreto. Ante los conflictos que genera dicha evolución, los grupos humanos buscan encontrar un equilibrio que revierta en una serie de beneficios sociales para la mayoría (Ruiz, 2005). La inercia social se opone a todos los cambios, por las reestructuraciones en el reparto de poder que se producen, pero finalmente puede más la búsqueda del equilibrio (siempre que no se interpongan barreras artificiales que eviten que se produzca dicho cambio).

El cambio social debe entenderse como algo positivo (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000), que nos lleva a mejorar las condiciones de vida a través de relaciones entre personas, dentro de un grupo o entre grupos. Así, se producirá la intervención sobre procesos sociales dinámicos y complejos que no sólo aborden el componente individual o grupal sino también estructuras

sociales, políticas, económicas, culturales etc. que lo envuelven y le dan sentido.

Podemos distinguir tres niveles de intervención social:

- La intervención social propiamente dicha, cuyos objetivos comprenden desde prevenir la desigualdad social y sus consecuencias hasta trabajar sobre la integración social en un sentido amplio.
- La intervención sociosanitaria, cuyos objetivos son los mismos que los de la intervención social, pero restringidos al ámbito sociosanitario.
- La intervención comunitaria, cuyos objetivos son muy variados, aunque siempre centrados en la comunidad o en determinados grupos sociales, no en personas.

El objeto de la intervención pueden ser por tanto individuos, familias, diversos grupos sociales, etc. La solicitud de intervención puede responder a necesidades particulares o puede proceder de una institución u organismo público.

El trabajador social asume funciones de sustitución o apoyo a la hora satisfacer las necesidades de un grupo social, familia o individuo. En ocasiones actúa como mediador.

Cuanto menos recursos tenga la persona objeto de la intervención para satisfacer sus necesidades o resolver sus problemas, más intervencionista será el trabajador social. Y por contra, cuanto más recursos se tengan, el trabajador social tendrá menos que dirigir y más que coordinar o mediar.

6.2. Contexto de la intervención sociosanitaria

Si definimos el concepto de intervención social desde el ámbito de la salud, hablaremos de la acción programada y justificada que se realiza sobre

un colectivo o un individuo con el fin de mejorar su estado de salud o eliminar situaciones de desigualdad sanitaria, generando así un cambio social.

Se caracteriza por una mediación del trabajador sociosanitario entre la persona y el medio comunitario en la que ambas partes trabajan activamente por el cambio: la persona recibe la mejora sociosanitaria y el trabajador se implica ideológicamente con el cambio.

El personal de enfermería se encuentra en una posición privilegiada en lo referente a la atención a personas, familias y comunidades puesto que tiene como punto de partida una visión integral y holística del individuo o grupo al que ofrece sus cuidados y una cercanía al paciente que no tienen otros profesionales del equipo multidisciplinar. Esta posición le permite conocer de primera mano las demandas de estas personas y grupos y valorar las posibles actuaciones.

A finales de siglo xx y principios del xxi la enfermería emprende grandes avances como profesión:

- Consigue la entrada en las universidades (los estudios oficiales pasan de Ayudantes Técnicos Sanitarios a Diplomados en Enfermería y luego a Grado en Enfermería).
- Adquiere un papel protagonista en la atención primaria, desarrollando un amplio abanico de servicios en las consultas.
- Comienza a tener un papel importante el asociacionismo (los sindicatos de enfermería).
- Se produce un importante aumento de la formación de posgrado con másteres y cursos de especialización que favorecen la creación de nuevos perfiles (investigación, gestión, docencia y nuevos ámbitos asistenciales como la enfermería escolar, el tratamiento del dolor y la

cooperación al desarrollo).

Estos avances, unidos a las demandas emergentes de la sociedad (drogadicción, instituciones penitenciarias, atención ante situaciones de vulnerabilidad, etc.), favorecen la creación de nuevos puestos de trabajo donde el personal de enfermería va a adquirir nuevas competencias.

Además, el desarrollo de las especialidades de enfermería (gracias al RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería), ha de afianzar el papel que el personal de enfermería tendrá en estos nuevos ámbitos de actuación.

6.3. Intervención social y equipo multidisciplinar

Los distintos ámbitos de intervención social donde el personal de enfermería va a trabajar precisarán diversos profesionales con diferentes perfiles, que puedan realizar dicha intervención con un enfoque multidisciplinar. Por ejemplo, si se trabaja en un proyecto de promoción y educación de la salud sexual con adolescentes escolarizados, será importante contar en el equipo de trabajo con profesores de secundaria, psicólogos, especialistas en sexualidad, etc.; o si se trabaja en un proyecto de cooperación internacional para la implantación de centros de formación de personal sanitario será importante conocer la labor de un antropólogo para ofrecernos un punto de partida sobre los intereses de la comunidad en el desarrollo de dicho proyecto.

En cualquier caso, ha de valorarse en cada proyecto la necesidad de contar con los profesionales adecuados para cada tipo de intervención social, profesionales que aporten conocimientos, habilidades y competencias que otros no podrían aportar y sin los que el equipo multidisciplinar no estaría completo y la intervención no sería del todo eficaz (Martín et al., 1990).

Un equipo multidisciplinar se compone de una serie de personas con

diferentes perfiles profesionales que trabajan juntas para resolver un problema de un individuo, una familia o un grupo social. Los miembros del equipo tienen un objetivo común - mejorar o mantener la salud - y un papel concreto; esto es, cada profesional aporta sus propios conocimientos, que se combinan con los del resto y permiten resolver dicho problema.

Generalmente se establece la figura del coordinador o director del equipo sin que esto menoscabe la importancia del papel que desarrolla cada profesional.

Su composición es muy variada, pero en el ámbito de la salud habitualmente participan enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos de familia o especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadores sociales. La intervención social amplía este abanico de profesionales y, según el problema a tratar y los objetivos del proyecto, participarán en el equipo antropólogos, sociólogos, economistas, educadores, etc.

El hecho de trabajar en un equipo multidisciplinar tiene múltiples ventajas debido a sus principales características:

- Riqueza de conocimientos por la aportación de las diferentes disciplinas que lo componen.
- Responsabilidad común, que minimiza las debilidades de los profesionales a nivel individual y destaca las fortalezas del grupo,
- Establecimiento de estructuras de responsabilidad más que de estructuras de poder o jerarquías estrictas.
- Derecho a discrepar, equivocarse y rectificar.
- Evaluación del rendimiento del trabajo como grupo, sin valorar los resultados por la abundancia de los mismos o por categorías de

relevancia.

6.4. Nuevos ámbitos de actuación

Generalmente, al hablar de la labor del profesional de enfermería, nos lo imaginamos trabajando en un hospital o un centro de salud, probablemente también en centros de asistencia geriátrica y, por supuesto, dando clases en las escuelas de enfermería. Pero hoy en día se debe responder a nuevas demandas sociales que reclaman personal de enfermería en:

- Centros de educación especial, infantil, primaria y secundaria.
- Centros penitenciarios.
- Centros de atención integral al drogodependiente.
- Centros de atención integral al inmigrante.
- Centros de atención a las mujeres víctimas de violencia de género.
- Organismos de cooperación al desarrollo.

Además, la evolución de estos ámbitos de actuación vendrá definida por las políticas de salud, cuyos ejes transversales de equidad, calidad y enfoque de género están contemplados dentro de esa visión integral y holística que aportan los profesionales de enfermería (Amador y Monreal, 2010).

En este sentido, podemos resaltar la importancia de los proyectos de investigación con fines intervencionistas, que financiados por iniciativas públicas o privadas, no sólo generan conocimiento y ciencia sino que también promueven dicho cambio social.

6.5. Metodología de intervención social

En líneas generales, la intervención social tiene una finalidad explícita de cambio frente a problemas sociales (necesidades no satisfechas): dicho cambio es demandado por los usuarios, no es algo impuesto por los profesionales.

Para que dicho cambio se produzca y la intervención sea eficaz, se debe partir de una valoración realista y realizada en un contexto real; esto es, la detección de las necesidades no satisfechas debe venir dada por una interacción con el grupo social donde se constaten las necesidades reales de la intervención. Debemos conocer las necesidades y los recursos de ese grupo de primera mano, por lo que si trabajamos desde la base comunitaria conseguiremos fomentar la participación de los individuos que componen el grupo y lograremos que el grado de satisfacción con los resultados obtenidos sea alto.

Es importante también no quedarse sólo en el entramado de un grupo, sino comprender los sistemas de relaciones que se establecen entre los grupos a pequeña y gran escala, los cuales afectan al grupo específico objeto de intervención, y por ende, al problema detectado.

Todo esto debe ser realizado con un estilo de intervención:

- Flexible e igualitario, donde los roles de profesional y cliente ocupen posiciones simétricas dentro de sistemas no jerárquicos.
- Proactivo, ya que el fin no es únicamente la cura o la asistencia clínica, sino lograr una mejora sustancial a través de una atención orientada al cambio social.
- Sustentado en la filosofía del autocuidado, que persigue la máxima autonomía de individuos, familias, grupos y comunidades potenciando los recursos que promuevan el cambio social y posibilitando la creación de estructuras comunitarias que canalicen la demanda de ayuda

profesional siempre que los recursos propios resulten insuficientes.

6.5.1. Método científico y enfermería

El método científico con el que trabaja la enfermería - el proceso de atención de enfermería (PAE) - va a desarrollar en sus diferentes fases las actuaciones necesarias para definir las necesidades no satisfechas, plantear actuaciones que satisfagan dichas necesidades y, una vez evaluado todo el proceso, registrar los resultados obtenidos tras la intervención. Las fases del PAE son por tanto las siguientes:

- Valoración de las necesidades no satisfechas y recogida de datos mediante entrevistas, revisión de la documentación obtenida, de estadísticas y de bibliografía sobre el tema con la finalidad de obtener información para elaborar un juicio clínico sobre el problema en el que se está interviniendo. Debe ser una labor continua y normalizada, que responda a la realidad social y a los problemas reales o potenciales de la sociedad.
- Diagnóstico de enfermería, donde se define y se da un nombre al problema además de establecer las causas del mismo. Se debe trabajar sobre problemas o necesidades reales y no satisfechos por la comunidad; de nada sirve promover actuaciones frente a la violencia de género en comunidades donde la población masculina ha sido devastada tras una guerra, por ejemplo.
- Planificación de:

o Objetivos: generales, en función del problema, y específicos, en función de las causas concretas; a corto, medio y largo plazo; que guíen la intervención para satisfacer las necesidades y promover el cambio social.

oActividades: a partir de las causas del problema; serán actividades educativas, de promoción, de prevención, etc.

Ejecución de las actividades planificadas, tanto por los profesionales como por los interesados.

- Evaluación de todo el proceso, de cada una de sus fases y de su conclusión, así como del cumplimiento de objetivos y del resultado de la intervención propuesta.

6.5.2. Enfoques metodológicos

6.5.2.1. Investigación de intervención preventiva (IIP)

Desde el paradigma post-positivista, la IIP tiene como objetivo poner en funcionamiento en la comunidad un plan de acción que promueva un cambio social, buscando resolver o prevenir problemas que se analizan e identifican en una primera fase de investigación. Tras la identificación, se revisan estudios previos basados en factores de riesgo y de protección y se confirman estrategias de intervención eficaces a través de intervenciones piloto; posteriormente, se realizan ensayos a gran escala para asegurar la generalización de los resultados. Si éstos son positivos, se promueve su implementación en la comunidad.

Con este enfoque se han obtenido importantes avances en tratamientos preventivos, implantando prácticas generalizables, pero se han planteado dudas sobre su uso y su generalización con problemas de naturaleza psicosocial (Hombrados et al, 2006). Los aspectos sociales y conductuales de las intervenciones comunitarias requieren un ajuste al contexto sociocultural del momento en el que se realizan, lo mismo que un medicamento ha de ajustar la dosis en función del sexo, el peso, la edad, etc. Estas intervenciones deben adaptarse a las circunstancias económicas, políticas, sociales, legales y culturales del momento social que vive el grupo en cuestión.

En este sentido se plantean dos limitaciones: la necesidad de consenso para definir los problemas, las causas y las posibles soluciones y el conflicto social que surge a la hora de decidir cómo priorizarlos, tratarlos y legitimarlos en función de ese contexto sociocultural del momento en el que se dan (circunstancias económicas, políticas, legales, valores sociales y culturales). Guba y Lincoln (Hombrados et al, 2006) critican que el enfoque:

- No tiene en cuenta el contexto en el que se dan los problemas.
- Refleja una gran distancia entre las grandes teorías y su aplicación a contextos locales concretos.
- Excluye el sentido y propósito de las experiencia vitales.
- Tiene problemas con la fundamentación en valores de los hechos y de la naturaleza de la relación entre el investigador y el objeto de estudio.

En base a estas críticas, podemos conjeturar una limitación a la potencialidad de la conexión entre la práctica y la investigación: extrapolar la efectividad de la buena práctica del investigador dentro de unas condiciones concretas y definidas (casi de laboratorio) a la implementación por parte los profesionales y su doble adaptación particular - del profesional que realiza la intervención y del grupo social concreto con sus características y circunstancias específicas - hace que sea dudosa la garantía de que por ejemplo ciertos cambios en el comportamiento individual sean extensibles a varios individuos de distintas clases sociales.

6.5.2.2. Investigación de acción participativa (IAP)

Desde el paradigma crítico contextualista, la IAP se propone como una herramienta metodológica de rigor científico que desarrolla un compromiso con los grupos desfavorecidos y promueve la responsabilidad con los resultados obtenidos. Es un método de investigación y aprendizaje colectivo

de la realidad basado en un análisis crítico y en la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social (Hombrados et al, 2006).

Este método trata de analizar a los individuos, sus relaciones y los contextos específicos en los que se dan; busca desarrollar estrategias que fomenten la participación y la autodeterminación de las personas que configuran los distintos grupos sociales, pues así se asegura de que todos los colectivos, por pequeños que sean, se hagan visibles.

La IAP promueve la conciencia sociopolítica, facilitando así la intervención y el cambio social, una herramienta que utiliza para conseguir los niveles máximos de bienestar y calidad de vida en las comunidades.

Con este enfoque se otorga a los individuos que son miembros proactivos de la comunidad un papel activo en la creación y prestación de servicios sociosanitarios. Se establece un rol igualitario entre investigadores y participantes, lo cual resalta e incrementa las fortalezas de los grupos. En este sentido, para Hall el "proceso de investigación debe estar basado en un sistema de discusión, indagación y análisis, en el que los investigados formen parte del proceso al mismo nivel que el investigador. Las teorías no se desarrollan de antemano, para ser comprobadas o esbozadas por el investigador a partir de un contacto con la realidad. La realidad se describe mediante el proceso por el cual una comunidad crea sus propias teorías y soluciones sobre sí misma" (Amador y Monreal, 2010: 140).

Los principales problemas que plantea la IAP afectan a la priorización de problemas: los valores son siempre cambiantes, lo que supone una dificultad a la hora de decidir qué problema tiene prioridad sobre otro y, en ocasiones, lo que los agentes sociales hacen se contradice con lo que los agentes sociales dicen hacer sobre sus valores, por lo que el investigador debe decidir si toma en consideración el discurso o las acciones de los agentes para dar prioridad a uno u otro problema. No hay una realidad única, han de tomarse en cuenta las

diferentes construcciones que los agentes sociales hacen de sus realidades a la hora de dirigirse hacia una u otra dirección: todas las construcciones sociales son válidas para los miembros de los grupos sociales, pues éstos son los que la construyen, reconstruyen y median frente a miembros de otros colectivos sociales con el fin de negociar la jerarquización de valores.

Para no caer en errores metodológicos, debemos tener claro que al trabajar con grupos sociales nuestro objetivo será generar un proceso de planificación asimilable, tras una contextualización, a otras situaciones y no obtener unos resultados extrapolables a todos los contextos comunitarios. Además debemos actuar a dos niveles:

- Desde el equipo de profesionales hacia las esferas de poder político, económico, organizativo, etc., para conocer las necesidades y los recursos disponibles para la comunidad según sus características políticas, económicas, estructurales, organizativas, demográficas, etc.
- Desde el equipo de profesionales hacia la propia comunidad para conocer las necesidades sentidas como tales, los recursos y las capacidades reales de los grupos sociales que forman la comunidad con el fin de potenciar esas capacidades e implementar procesos que respondan a los problemas cotidianos que precisen de un cambio social.

Además, debemos realizar sistemáticamente una contextualización del grupo social con el que vamos a trabajar: analizar su historia, su cultura, sus estructuras de poder, sus valores y creencias, etc. Y no sólo esto, sino contextualizar asimismo sus relaciones y el medio social en el cual se dan. Para ello, y para afinar con nuestros procesos de intervención, debemos apoyar nuestras investigaciones en enfoques metodológicos tanto cuantitativos como cualitativos.

6.6. Casos prácticos de intervención social desde la enfermería

6.6.1. Caso 1

Ana es una enfermera que trabaja en el servicio de urgencias de un hospital de una ciudad de doscientos mil habitantes. Tiene turno de noche fijo y trabaja todas las semanas el viernes o el sábado de 22 a 8 h. Durante estas jornadas, viene observando cómo en el último año se ha incrementado el número pacientes de entre 14 y 23 años, de ambos sexos, que llegan al hospital con intoxicación etílica.

Ana decide investigar sobre el trabajo que realiza la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, los fondos que el ayuntamiento destina a la información sobre alcohol y otras drogas y si existen planes de intervención desde los servicios de atención primaria para prevenir el consumo de alcohol. Se entrevista con varios centros educativos de la zona y descubre que desde éstos no se promueve ningún tipo de actividad preventiva. Además, entrevista a jóvenes que acompañan a otros a los servicios de urgencia y, vía telefónica, a los propios afectados, de lo que obtiene una información relevante sobre los motivos y las causas de consumo de alcohol.

Con toda la información, Ana elabora un plan de acción que presenta en su hospital, en atención primaria, en los centros educativos y en el ayuntamiento de la ciudad. Se constituye un equipo de trabajo y se solicitan diferentes subvenciones públicas y de iniciativas privadas para desarrollar el plan de acción creado.

6.6.2. Caso 2

Cristina es una enfermera que trabaja en atención primaria de un barrio de la ciudad de Madrid. Una tarde, tras terminar la jornada laboral, comenta con su compañera médica la noticia de los telediarios sobre el aumento del consumo de la píldora postcoital desde que se administra en las farmacias sin receta médica.

Al día siguiente, revisa los centros educativos de enseñanza secundaria que tienen su centro de salud como centro de referencia y decide llamar para solicitar cita con los orientadores de dos de estos centros, para preguntarles sobre los programas o la información sobre prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual que ofrecen a los alumnos.

Con toda la información, Cristina elabora un plan de acción que presenta en su centro de atención primaria, en los centros educativos y en el ayuntamiento de Madrid. Se constituye un equipo de trabajo y se solicitan diferentes subvenciones públicas y financiación privada para desarrollar el plan de acción creado.

6.7. Conclusiones

El gran desarrollo que la enfermería vive como profesión desde finales del siglo xx abre un nuevo campo de intervención a los profesionales de enfermería: la intervención social, que permite unos cuidados integrales de calidad dirigidos a promover un cambio social y que los individuos y grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad, dependencia y con demandas sociales sean beneficiarios de una intervención enfocada a conseguir mayores niveles de salud y bienestar.

Redes sociales

7

Antes de comentar qué es una red social, es interesante citar las palabras del creador del término, el antropólogo inglés John Barnes, que en 1954 la consideraba como:

La totalidad de la vida social, que se ha de contemplar como un conjunto de puntos (nodos) que se vinculan por líneas para formar redes totales de relaciones. La esfera informal de las relaciones interpersonales se contempla así como una parte, una red parcial de un total.

7.1. Introducción

Frente a las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, como el diagnóstico de una enfermedad crónica, una mala situación económica, etc., las personas requieren poner en marcha unos procesos de adaptación o resolución para los que necesitan la ayuda de recursos externos o fuentes de apoyo.

En su relación con el medio las personas mantienen intercambios o interconexiones dinámicas con otras personas formando redes sociales o de apoyo que influirán en su conducta.

El estudio, análisis y representación de estas redes constituye un importante complemento en el abordaje de distintas situaciones, necesidades o problemas del ámbito de la salud, ya que permite obtener una visión más amplia de factores que articulan directa e indirectamente el desarrollo del individuo.

7.1.1 Tipos de redes de apoyo

Las redes de apoyo se pueden clasificar en:

•Naturales o informales, que a su vez se dividen en:

-Familia.

-Amigos, vecinos, etc.

-Compañeros de trabajo, de estudios, etc.

-Compañeros de culto y creencias.

Se establecen a partir de las interacciones propias de la vida de cada persona y configuran la denominada red social, que está formada por aquellas personas con las que se mantienen contactos o lazos sociales.

La mayoría de las veces, la familia constituye la base del sistema de apoyo natural del individuo. El individuo no puede escoger a todos los miembros de su familia, ya que algunos vienen dados por nacimiento. Sin embargo, los amigos, que sí se pueden escoger, son considerados como tales por compartir intereses, objetivos, gustos, aficiones, etc., todo lo cual es fuente de sentimientos positivos, de pertenencia, de estima y en definitiva de seguridad.

•Organizadas o formales, que se subdividen en:

-Grupos de ayuda mutua (autoayuda) o asociaciones voluntarias (de alcohólicos anónimos, mujeres maltratadas, enfermos diabéticos, renales, cardíacos, etc.).

-Voluntariado institucional.

-Ayuda profesional.

Surgen a partir de la propia incapacidad de las redes naturales para proporcionar la ayuda y el apoyo que las personas necesitan en una sociedad cambiante, radicalmente diferente de épocas anteriores por los rápidos cambios sociales y vitales.

Además de ser diferentes de las redes naturales en cuanto a objetivos, medios de actuación y forma de creación, la relación que se establece entre los miembros que integran estas redes organizadas también es peculiar.

Mientras que la red social de un individuo está compuesta por personas relacionadas directamente con él, pero no necesariamente entre sí, pues los amigos de una persona no conocen siempre a sus familiares o a sus compañeros de trabajo, o incluso a otros amigos que forman parte de esa red individual, la red organizada está formada por personas que mantienen relaciones y roles interdependientes y objetivos comunes.

Los grupos sociales que componen las redes de apoyo organizadas pueden tener dos tipos de orientaciones:

- Crear, desarrollar y mantener la ayuda a los demás mediante el "voluntariado institucional" y la "ayuda profesional".
- Orientarse hacia sí mismos para establecer nuevas relaciones con personas con preferencias o problemas semejantes y practicar fundamentalmente la autoayuda; es el caso de las asociaciones de mujeres, de consumidores, de enfermos crónicos, etc.

7.1.2. Efectos del apoyo social en la salud de los individuos

Dentro de los efectos que el apoyo social tiene en la salud física y mental de las personas, destacan los siguientes:

- Las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo

y tienen mejor salud física y mental que aquellos que no las tienen.

- Reduce directamente el impacto de los acontecimientos estresantes.
- Su ausencia produce sentimientos de impotencia y falta de control en los individuos y sus familiares.
- Su crecimiento cualitativo y cuantitativo - tanto de las redes naturales como de las organizadas-, aportará a los pacientes una mejor calidad de vida.
- El papel fundamental, para la persona y su entorno, frente a un diagnóstico de enfermedad crónica. Nos extenderemos más adelante en este asunto, por su importancia e implicación en la familia y en los grupos de ayuda mutua, como fuentes de apoyo natural y organizado.

7.1.3. Ejemplo de redes de apoyo organizadas. Los grupos de ayuda mutua

En el mundo sanitario, los grupos de ayuda mutua suelen ser asociaciones de personas que tienen un problema común, lo sienten como tal y lo comparten. Se unen voluntariamente para conseguir un determinado objetivo o para mejorar su situación. Entre los grupos de ayuda mutua se encuentran las asociaciones de personas afectadas por una determinada enfermedad (por ejemplo, enfermos de Crohn o de colitis ulcerosa).

7.1.4. Aspectos importantes de las redes de apoyo

En el ámbito institucional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, define el fomento de los autocuidados como uno de los ejes principales en la atención a la salud de las personas, e incluye la potenciación de la autoevaluación y de la ayuda mutua. El apoyo social proporciona al individuo sentimientos de pertenencia a un grupo, de aceptación por parte de las personas que le rodean y de

importancia por ser tal y como es y no por lo que hace, lo que refuerza su autoestima y su autoconcepto, volviéndolo más hábil en el manejo de situaciones difíciles y estresantes.

7.1.5. Ejemplos de organizaciones que prestan apoyo

FEAFES. La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental es la única organización de ámbito estatal que agrupa a las federaciones y asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de España. Sus competencias son:

- La defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familias.
- La mejora de su calidad de vida.
- La representación del movimiento asociativo.
- La oferta de una serie de servicios, actividades y programas.
- La rehabilitación a población en régimen penitenciario, a la que ofrece una atención integral biopsicosocial respetando su diversidad.

ASAV. La Asociación Salud y Alternativas de Vida mantiene un convenio de colaboración en materia de salud mental con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior y FEAFES.

7.2. Definición de red social

Las redes sociales pueden definirse como un conjunto delimitado de individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc., vinculados unos con otros a través de una relación o conjunto de relaciones sociales. Las redes sociales son estructuras sociales compuestas por individuos u organizaciones conectados.

Las redes sociales de pacientes o comunidades virtuales (virtual communities) de salud o grupos de apoyo on-line (online support group/community) son espacios virtuales donde personas con enfermedades o condiciones similares se ponen en contacto y comparten tratamientos y problemas de salud. Estas redes ofrecen a las personas con problemas específicos de salud la oportunidad de compartir experiencias, buscar, recibir y proporcionar información, consejos e incluso apoyo emocional on-line. Internet ha sido y es una herramienta muy valiosa, ya que permite vencer las barreras geográficas y relacionarse a pacientes en todo el mundo.

Las redes sociales virtuales se definen como unidades sociales cuyos miembros tienen algún tipo de relación como grupo e interactúan usando tecnologías de la comunicación, desde cualquier parte del mundo, a cualquier hora y a un bajo coste.

7.2.1. La red personal

Qué es una red personal. Este concepto alude al mundo social de cada sujeto; se integra a lo largo de la vida por medio de diversos los lazos afectivos y funcionales surgidos en relaciones cotidianas.

Es ampliamente conocida la influencia que ejercen las redes personales en la retroalimentación sobre aspectos de cuidados sanitarios, rutinas de ejercicio y dietas, pero sobre todo en la visita oportuna al médico y el apego a los tratamientos, lo cual es el mejor afrontamiento en procesos crónicos y degenerativos o ante pérdidas o crisis.

7.2.2. Características estructurales de la red social de una persona

Las relaciones pueden ser formales (en el sentido de establecerse con instituciones regladas) o informales, permanentes o pasajeras, en proceso o consumadas, direccionales o no, superficiales o profundas, conscientes o

inconscientes. Todas dependen de la naturaleza del problema analizado, aunque pueden ser muy diversas y múltiples.

Por forma de la red se entienden la expresión abstracta de la relación y las propiedades de la configuración del todo o de alguna de las partes; es decir, lo que se suele describir por pautas, modelo o estructura de la red.

Los tipos de datos pertinentes para las redes serán los relacionales, que expresan contactos, lazos, conexiones, vínculos, servicios dados o recibidos, comunicaciones entre grupos a partir de agentes, etc.

7.2.3 ¿Qué se entiende por equipo de salud con calidad y calidez?

Un equipo de salud con calidad y calidez constituye una primera red, una red mediadora que tiende a conocer la red personal de aquellos que requieren un mayor apoyo y se extiende a todos los elementos capaces de proporcionar algún recurso real o potencial a nivel personal, familiar, grupal e institucional, con la finalidad de afrontar los distintos costes (emocionales, sociales y económicos) que se plantean en este ámbito.

7.2.4 Telemedicina y redes sociales

Antes de hablar de redes sociales de salud haremos una breve referencia a la telemedicina y las redes sociales, puesto que ambas están transformando el mundo de la salud y constituyen herramientas muy útiles en los procesos de apoyo, interpretación y transmisión de información entre pacientes y profesionales. Con la telemedicina, los profesionales de la salud pueden comunicarse con el paciente, emitir un diagnóstico y realizar tratamientos a distancia gracias a la tecnología.

7.3. Redes sociales de salud

Una red social sanitaria es un grupo de personas (y la estructura social que

colectivamente crean) que se funda a partir las tecnologías de la información y la comunicación con el objetivo de llevar a cabo actividades de atención y la educación sanitaria de manera colectiva. Se conciben como estructuras sociales de apoyo a pacientes.

Las redes sociales se encuentran en la actualidad más cerca del ciudadano y las redes sociales de salud suponen una apuesta para beneficiar a la sociedad, ya que actúan como un punto de encuentro, aparecen como tejidos de intercambio de información, de conocimientos, de consejos, etc. Pacientes, familiares, médicos, investigadores y periodistas tienen su punto de encuentro en estas redes y comunican, comparten, apoyan a especialistas y a otros pacientes. La clave es compartir y no sólo en asuntos de salud física, sino también en el apoyo psicológico y social, o simplemente impresiones. Los testimonios de pacientes, familiares y profesionales sirven para crear estímulos positivos. No se puede dejar de lado un estudio de las redes de investigadores, el tejido en movimiento de dicha "renovación rápida de los conocimientos". Gracias a que esta aproximación permite concebir las relaciones más allá de los grupos previamente identificados, el análisis estructural ofrece la posibilidad de asimilar los sistemas complejos de relaciones trans-institucionales trans-disciplinares y transnacionales.

Los miembros de la red del paciente son en principio los destinatarios de toda información que se publique en la red social. Esta información que se pone a disposición de los miembros de la red, una vez recibida, tiene un tratamiento equivalente al de cualquier otra comunicación: una carta, un mensaje de correo electrónico, etc. La información se ha transmitido en el contexto de una relación con unas personas concretas, de modo que no se puede decir que la información se haya hecho pública en sentido estricto. No toda la información accesible puede ser utilizada, lo que viene a marcar un límite importante a lo que un paciente puede hacer con la información publicada en una red social.

Otra cuestión será cuando sea posible el acceso a la información de otros participantes en la red social que no sean parte de la red personal de este paciente, lo que se denomina redes sociales abiertas. La puesta a disposición de la información a un conjunto indeterminado de personas será determinante para entender que la información ha sido hecha pública por el propio paciente, este ha renunciado a la protección de datos y en particular, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento.

En resumen, la participación en las redes sociales constituye uno de los elementos definitorios del paciente, pues le permite compartir experiencias e informaciones, tratamientos y resultados, y gestionar de un modo mejor su relevancia. Asimismo, hay una responsabilidad en el tratamiento de su historial clínico, de manera que no puede publicar sin más toda la información incluida en el mismo sin tener en consideración la existencia del derecho a la intimidad y a la protección de datos de terceras personas.

Con todo lo anterior se puede concluir afirmando que la red social sanitaria es la trama de interrelaciones profesionales que se generan entre el equipo de salud y la población que recibe atención; interrelaciones enfocadas al establecimiento de vínculos significativos con el sujeto sano o enfermo y su familia, especialmente con quienes cumplen la función de responsables o cuidadores.

7.4. Funciones de las redes de salud

Las redes de salud cumplen las siguientes funciones:

- Se utilizan, a un nivel teórico intermediario, para dar cuenta de las concepciones y de las percepciones de la salud y la enfermedad. Se puede estudiar la manera en que las redes intervienen para integrar o remodelar los mensajes de salud pública, la información sobre los tratamientos, la percepción de los riesgos de salud, etc.

- Ponen de manifiesto la manera en que dichas percepciones compartidas pueden influir en los comportamientos de salud.
- Constituyen una herramienta poderosa para la descripción y la interpretación de los procesos de apoyo, ayuda y cuidados que provienen de ciertos miembros de la red personal de los pacientes. Puede estudiarse cómo las redes de tratamiento y cuidados de la enfermedad combinan intervenciones de pacientes y de profesionales.
- Ejercen, como se ha estudiado en algunos trabajos los efectos positivos de la inserción de los individuos en redes con propiedades específicas en la salud, tanto física como mental. De este modo las redes sociales son entendidas como uno de los determinantes sociales más importantes de la salud.

7.5. Distintas posibilidades que ofrecen las redes sociales en lo concerniente a la salud

7.5.1. Comunidades de pacientes

En ellas, los pacientes hablan sobre su enfermedad, comparten experiencias relacionadas con ella y con los diversos tratamientos recibidos, lo que supone una ayuda a los enfermos para afrontar su dolencia, dejando así de sentirse solos frente a la enfermedad y también aprendiendo sobre ella a partir de los testimonios de otros.

Además, los profesionales de la salud pueden utilizar las vivencias reflejadas en estas comunidades para realizar su trabajo de una forma más humana y cercana al paciente.

7.5.2. Comunidades de profesionales

Los profesionales ponen en común sus dudas en ellas a la hora de

desarrollar la práctica clínica, así como las experiencias y diversas informaciones que puedan resultar de utilidad a sus compañeros de profesión, obteniendo así pautas para ofrecer una mejor atención al paciente.

Si antes acudir a sesiones clínicas y congresos era la única posibilidad que los profesionales de la salud tenían para compartir conocimientos y puntos de vista, la aparición de comunidades en Internet ha hecho más fácil ese flujo de información, ampliando además el número de participantes posibles y, por tanto, la cantidad de información.

7.5.3. Blogosfera sanitaria

La blogosfera sanitaria en castellano es amplia y cuenta con diversos puntos de vista que incluyen no sólo a los profesionales de la salud, sino también blogs de estudiantes de diferentes grados y módulos relacionados con las ciencias de la salud o incluso sobre documentación y biblioteconomía sanitaria. Se puede decir que la blogosfera sanitaria crece a diario.

Además ofrece una visión crítica sobre temas de salud, ya sean noticias recientes o asuntos tan antiguos y tratados como la correcta relación médico-paciente o diversas vicisitudes en la práctica clínica diaria.

7.5.4. Comunicación directa

No se debe olvidar que redes sociales como Facebook o Twitter facilitan la comunicación directa entre profesionales de la salud y pacientes.

También permiten al equipo médico realizar teleasistencia en el caso de las dudas más sencillas (ahorrando al paciente una consulta poco necesaria o, por el contrario, apremiándolo a acudir al centro de salud si fuera urgente) y en muchos casos, incidir en la prevención de diversas enfermedades relacionadas con el modo de vida.

Se han mostrado las ventajas que tienen este tipo de redes, pero es muy importante concienciar a la población de que su utilización debe considerarse como un medio y no como un fin a la hora de mejorar la calidad asistencial.

7.6. Ejemplos de este tipo de redes de salud

7.6.1. Decálogo de atención sanitaria hallado en la Web 2.0

La Web 2.0, de la que surge este decálogo, se basa en la idea de usuario como productor de contenidos, publicando sus gustos, emociones, contactos y valoraciones:

1. Cada persona dispondrá de un registro bibliográfico interactivo, apoyado por archivos multimedia, desde su nacimiento. Este registro "interopera" a través de la red global de proveedores de atención en salud y otros servicios esenciales, siendo accesible en cualquier momento y desde cualquier sitio. Sobre sus datos la persona puede actuar como un agente de control, extendiendo el acceso a su propia comunidad de confianza e incluyendo a familiares y amigos cercanos.
2. Cada persona dispondrá de un nivel de conocimiento sobre su proceso de salud igual o superior al de cualquier otro usuario implicado en servicios preventivos, de promoción de la salud, de diagnósticos terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.
3. Cada persona recibirá una atención holística e integral.
4. Cada persona pertenecerá a diversas redes sociales en las que convergerá con otros individuos, en persona o virtualmente, con los cuales compartirá diferentes intereses paralelos o complementarios.
5. Cada persona participará en los esfuerzos de investigación en salud como miembro de redes sociales de interés, las cuales asegurarán que

existen las garantías y consentimientos requeridos en cada una de las fases y no solo al inicio; se ejercerá la tutela de aquellos individuos voluntariamente implicados y se promoverá la diseminación libre de los resultados, sin costes para la comunidad global.

6. Cada persona tendrá la capacidad de crear la masa crítica necesaria para transformar cualquier área de interés inicialmente limitada por su baja incidencia o su escaso interés comercial o político, generando auténticos centros virtuales monográficos de actuación. Por ejemplo, el desarrollo de hospitales globales para enfermedades raras.
7. Cada persona tendrá acceso a mecanismos de retroalimentación permanente mediante los que podrá verificar los resultados de calidad clínica que se produzcan en cada centro de atención, en el ámbito de los grupos o de los profesionales sanitarios individuales, participando en los procesos de revisión y validación de los niveles de acreditación de calidad y de la mejora de los servicios disponibles.
8. Cada persona podrá contribuir a la creación, el mantenimiento y la mejora de los servicios sanitarios, en especial mediante comunidades de interés en torno a patologías o problemas concretos; desempeñarán un papel especial las webs híbridas o mashups.
9. Cada persona podrá participar en el diseño, desarrollo, implementación y refinamiento de sistemas de evaluación de los productos y servicios ofertados por las empresas u organismos públicos de provisión, con el énfasis puesto en la satisfacción de las expectativas creadas durante su promoción o la forma en que se cubran las necesidades reales de los destinatarios.
10. Cada persona estará dotada de mecanismos de "veto" suficientes para actuar en caso de que no sean respetados los principios anteriores por ocultación, manipulación o cualquier otro instrumento de opacidad,

malicia o irresponsabilidad en los procesos.

7.6.2. Red social para enfermos crónicos

Hace unos años un grupo de ingenieros del Instituto Tecnológico de Massachusetts crearon el portal Patients Like Me ('pacientes como yo'). Se trata de una web que anima a los enfermos de dolencias crónicas a contar sus experiencias, dar a conocer su historia médica, sus tratamientos, sus avances y sus retrocesos, todo ello con el fin de forjar una comunidad que los apoye y que ellos mismos sean un ejemplo de lucha y de cómo seguir viviendo con una enfermedad que los acompañará de por vida para los nuevos integrantes de la red.

Las cuatro enfermedades más comunes en esta página son la esclerosis múltiple, el párkinson, la depresión y el SIDA. La web es descrita como un refugio que acoge a las personas que padecen esa enfermedad y a sus familias y constituye un lugar donde pueden intercambiar opiniones con otros pacientes, médicos e investigadores. Según sus familiares, supone un buen modo de "facilitar a los pacientes los conocimientos necesarios para controlar sus enfermedades y compartir sus experiencias con personas que padecen la misma dolencia".

7.6.3. La red social Cure Together

Constituye una red donde los pacientes puede apoyarse mutuamente, comparar síntomas, factores desencadenantes, tratamientos disponibles, obtener ideas que pueden comentar con su médico y conectarse on-line con otras personas que trabajan en temas de salud o que sufren la misma dolencia para poder hablar. Cure Together ha recibido muchos galardones por sus innovadoras ideas en pro de la salud, y fue ganadora en 2009 del concurso de la Mayo Clinic para ideas que transforman la salud.

7.6.4. Red social Lybba

Lybba es una innovadora plataforma de red social que une a pacientes, profesionales de la salud e investigadores en una red de apoyo. Tiene una presencia activa en Twitter y en Facebook conectando a cientos de personas con el objetivo de mejorar la información y los recursos sobre salud.

7.6.5. Vitals.com

Es un atractivo site que permite evaluar a los distintos médicos en base a las opiniones de sus pacientes, así como saber en qué instituciones han estudiado los profesionales. Una verdadera killer app (aplicación asesina) que ayuda a tomar decisiones razonadas antes de elegir a un facultativo. También hace recomendaciones a partir de los síntomas sobre a qué médico se debería consultar.

7.6.6. Blog Read Write Web

Hace un análisis bastante interesante de las mejores redes sociales de salud, es decir, lugares donde los afectados de una dolencia determinada pueden organizarse libremente y crear grupos de autoayuda.

7.6.7. I'm too young for this

Un espacio de autoayuda específico para gente joven que sufre cáncer. Fue seleccionada como una de las mejores webs del 2007 por la revista Time. Busca ayudar a los jóvenes que padecen cáncer en Estados Unidos a través de herramientas sociales que les son familiares.

7.6.8. REDES: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales

Se ocupa del tema "redes y salud", lo que significa ante todo reconocer la legitimidad de las ciencias sociales en un campo durante mucho tiempo

reservado a la medicina y otorgar a la "salud" una dimensión social que no deja de subrayar la importancia de los profesionales, pero que también tiene en cuenta a los profanos. En un contexto global de redefinición de los cuidados médicos según un prisma consumista, la aproximación estructural a los sistemas sanitarios puede esclarecer los mecanismos organizacionales e individuales de quienes participan en ese cambio.

Por otra parte, y dado que constituye un nivel de realidad intermedio, la aproximación estructural a la salud permite capturar la manera en que son percibidos la salud, la enfermedad, los riesgos y sus factores tal y cómo son conformados por las discusiones personales entre profesionales y profanos.

7.7. Conclusiones

Los beneficios que aportan las redes sociales permiten colaborar, compartir y cooperar para crear contenidos.

Las redes sociales han cobrado gran importancia en la vida cotidiana y ello también se ve reflejado en la comunidad sanitaria y en los pacientes.

La aparición de redes sociales ha facilitado enormemente la comunicación entre personas, por lo que son una herramienta muy útil a la hora de mejorar la calidad asistencial por parte de los profesionales sanitarios, así como la situación de los pacientes en cuanto al conocimiento y la vivencia de su enfermedad. Gracias a las redes sociales también se puede mejorar la relación entre el personal sanitario y los pacientes.

Parte IV
INTERVENCIÓN SOCIAL
DE LA ENFERMERÍA

Intervención de enfermería en el ámbito educativo

8

8.1. Introducción

En pleno siglo xxi es incuestionable la necesidad de contar con un profesional de enfermería en el ámbito educativo, no sólo por la labor asistencial que pueda desarrollar en la atención a escolares con problemas de salud o frente a urgencias o accidentes, sino por otra labor más importante: la promoción de la salud y de estilos de vida saludables como parte integrante del currículo educativo de los escolares (Merino, 2011).

La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, de 3 de octubre de 1990, establece que la educación para la salud (EpS) debe ser un eje transversal en la educación escolar, integrándola al currículo docente desde los ciclos de infantil y primaria hasta el de secundaria, con el fin de que los escolares desarrollen hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan el desarrollo personal. La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (Boletín Oficial del Estado, núm. 106, de 4 de mayo de 2006) y la puesta en marcha de la enseñanza por competencias apoyan esta idea.

La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 7 y dentro del ámbito de actuación dice: "...a los diplomados en Enfermería les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de las enfermedades y

discapacidades".

- Antecedentes históricos

En España, la salud escolar comienza su desarrollo, a principios del siglo xx, limitada a la prevención y profilaxis de enfermedades transmisibles y la evaluación del crecimiento. En 1934 se publica el Reglamento del cuerpo de la inspección médicoescolar del estado, que sigue vigente en la actualidad, donde se dice que "la actividad de la inspección médico-escolar no sólo debe ser sanitaria, sino sanitario-pedagógica". A mediados de siglo hay un cambio de patrón de los problemas de salud de la infancia debido a la mejora en las condiciones sanitarias y de vida y a los avances del proceso de industrialización; se pasa del examen de salud colectivo al individualizado.

Con la instauración de la democracia en España, el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social adquiere las competencias en salud escolar que tenía el Ministerio de Educación, y elabora el RD de 25 de agosto de 1978 sobre Ordenación de los Servicios de Sanidad Escolar; en su artículo 7 afirma que se desarrollarán prioritariamente labores de "educación sanitaria en el medio escolar tanto a los alumnos, como a los padres y al profesorado", además de acciones sobre higiene de la alimentación, la educación física, la prevención de enfermedades transmisibles en el medio escolar y condiciones higiénicosanitarias del entorno escolar y del ámbito social en el que se encuentre ubicado el centro. La escolarización se hace obligatoria de 6 a 14 años, lo cual añade un problema: el fracaso escolar. El equipo de salud escolar junto con el equipo de orientación de la escuela (psicólogo, pedagogo, etc.) trabajan en conjunción con profesores y familias buscando eliminar este mal de final de siglo. En este periodo se desarrolla la reglamentación y las relaciones entre organismos e instituciones de educación y salud. Una orden del 7 de octubre de 1980 estableció las normas de actuación de los Servicios de Sanidad Escolar en los centros docentes de carácter privado.

Con la constitución del Estado de las autonomías se transfieren las competencias en materia de sanidad escolar a las comunidades autónomas, que legislan individualmente sobre esta materia. A principios del siglo xxi, el objetivo de la salud escolar pasa a ser la promoción de la salud definida como "el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control sobre los determinantes de la salud y, por tanto, para mejorarla" (Carta de Ottawa, 1986) y la educación para la salud se convierte en la herramienta clave para infundir en los escolares el espíritu de los estilos de vida saludables.

La OMS propone la "Iniciativa global de salud escolar" (1995), que busca potenciar los estilos de vida saludables de los escolares para que desarrollen plenamente su potencial y eviten los riesgos para su salud. Todo esto se lleva a cabo a través de las escuelas promotoras de salud, que son entidades dinámicas que responden a las necesidades sociales mediante un abordaje integral y holístico, organizando los múltiples recursos y los distintos ámbitos sociales que están involucrados en la formación de los niños.

La escuela promotora de salud busca mejorar las condiciones sanitarias ofreciendo oportunidades de aprendizaje en la escuela, con el fin último de conseguir el desarrollo humano integral de todos los miembros de la comunidad educativa, potenciando los servicios de salud escolar para educar en ambientes escolares saludables en sus dimensiones física y psicosocial, instaurar servicios y programas de nutrición y seguridad alimentaria, promover la educación física, el deporte y las actividades recreativas propias de cada etapa escolar, etc.; todo ello utilizando como herramienta clave la educación para la salud y en coordinación con la comunidad.

En lo que se refiere a los profesionales de enfermería en concreto (López, 2010), las primeras enfermeras que desarrollan su actividad en el ámbito educativo lo hacen en centros de educación especial como el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos de Madrid (INRI). Allí se desarrolla

una actividad muy orientada a la asistencia de los escolares con problemas de salud crónicos. A finales de los años ochenta, tras la aprobación de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, se produce la integración en los colegios de educación general básica e institutos de bachillerato y formación profesional (actualmente centros de educación infantil, primaria y secundaria) de alumnos con necesidades educativas especiales y aparece de manera casi extraoficial la figura de la enfermera escolar. En 2001 se produce su incorporación a la plantilla de los centros de educación infantil y primaria en la comunidad de Madrid, además de permanecer como figura importante en los centros de educación especial.

Esta presencia se hace necesaria tanto para promover el desarrollo integral de los escolares como para facilitar los cuidados de salud necesarios dentro de la jornada escolar; las actividades comprenden desde el desarrollo de objetivos educativos en alumnos con necesidades educativas específicas, con carácter particular, hasta la promoción y el mantenimiento del nivel máximo de salud y desarrollo integral de la población escolar, en general.

8.2. Competencias de la enfermera escolar

Hoy en día, la enfermera escolar es una figura institucionalizada y consolidada en muchos países (Suecia, Estados Unidos, Suiza, Francia, Inglaterra, etc.), en colegios privados y de carácter extranjero de nuestro país, en colegios públicos de educación especial y en colegios ordinarios de integración de algunas comunidades autónomas como Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León.

La enfermera escolar es un profesional que forma parte del equipo del centro educativo (educación infantil, primaria o secundaria) y que, según el proyecto educativo del centro, ofrece cuidados de enfermería a la comunidad educativa (alumnos, docentes, personal no docente del centro) de manera integral, directa e individualizada y en coordinación con el resto del equipo

escolar, atendiendo al bienestar físico y psicosocial. Participa llevando a cabo servicios que "...permitan aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud", así como". ..contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad", además de fomentar el crecimiento adecuado de los escolares en sus distintas etapas (Ortiz et al., 2009).

Los escolares y los jóvenes se encuentran con problemas como los accidentes (principal causa de muerte e invalidez en la infancia y juventud), el consumo de tabaco y alcohol además de otras sustancias adictivas, algunos hábitos alimenticios poco saludables, el sedentarismo como estilo de vida que produce obesidad y aumento de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta, enfermedades de transmisión sexual, etc. Para enfrentarse a estas situaciones deben tener un referente en la escuela, de manera transversal en las materias de estudio y con presencia física, como figura directa y responsable de su formación en estilos de vida saludables.

Además, la escuela es un medio excelente para alentar la búsqueda de información en torno a la salud (García, 1998), la evaluación de la misma y la elección de las opciones más saludables; el personal de enfermería, por su perfil formativo, debe ser el encargado de transmitir estos conocimientos. Los escolares, que constituyen una sexta parte de la población mundial, se encuentran en una época de la vida donde se ponen los cimientos del ser adulto; junto con sus profesores y compañeros, debe ser la enfermera el profesional encargado de aportar los conocimientos sobre promoción de la salud y estilos de vida saludables que contribuyan al desarrollo pleno de los escolares como personas y futuros adultos.

8.2.1. Competencias en educación para la salud

La educación para la salud tiene como objetivo la adquisición de conocimientos y de hábitos que fomenten estilos de vida saludables para

favorecer el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad. Con la entrada en vigor de la nueva ley de Educación y la puesta en marcha de la enseñanza por competencias, la Educación para la Salud (EpS) tiene un espacio propio en el currículo de enseñanza. Por lo tanto, la EpS en estilos de vida saludables debe llevarse a cabo de manera transversal en el currículo docente y será la enfermera la encargada de diseñar, implementar y evaluar dichos programas, que serán integrales si entienden la salud no sólo como la ausencia de enfermedad y utilizan los recursos de la comunidad educativa además de los disponibles en la sociedad para desarrollar los procesos de EpS, junto con diferentes herramientas educativas tanto formales como no formales. Así se fortalecerá la capacidad de los escolares ("empoderamiento") para transformar las condiciones determinantes de su salud, además de promover la interacción entre escuela, padres y madres, comunidad y servicios de salud disponibles.

Los cambios de hábitos y actitudes no son inmediatos sino que requieren una labor continuada (Davó et al, 2008). La EpS será individual y conjunta, dirigida a los alumnos, personal del centro docente y familias; se transmitirá a través de campañas preventivas, de fomento de hábitos saludables, etc., y lo hará en función de las necesidades detectadas por el profesional de enfermería y las necesidades sentidas por la comunidad educativa (alumnos, profesores) (Merino, 2011). Si concretamos en líneas específicas de actuación, la labor de las enfermeras escolares debe dirigirse a cuatro usuarios: el centro educativo, los alumnos, el personal del centro y las familias. Para ello deben proporcionar los siguientes cuidados de enfermería:

- Con respecto al centro:

- 1.Elaborar propuestas para el proyecto educativo/curricular del centro y para la programación general anual en lo referente a temas de salud, realizar el seguimiento y evaluación de las líneas de actuación sanitaria y de los programas de EpS e integrar la salud en todas las materias

transversalmente.

2. Supervisar los menús ofrecidos por el servicio de comedor escolar.
3. Diseñar, implementar y evaluar protocolos y guías de actuación de la práctica de enfermería en el ámbito escolar.
4. Realizar los contactos con entidades externas al centro en lo referente a temas sanitarios (centros de salud de referencia, centros de salud municipales, centros de atención especializada, hospitales de referencia, etc.).

• Con respecto a los alumnos:

1. Realizar una labor asistencial y educativa dirigida al autocuidado de procesos crónicos.
2. Administrar cuidados de enfermería directos.
3. Hacer un control y seguimiento de los procesos de salud crónicos presentes en las vidas de los escolares.
4. Administrar tratamientos y fármacos prescritos previa autorización firmada por los padres de los alumnos.
5. Valorar el desarrollo y la evolución en el contexto escolar de estos jóvenes.
6. Educar en el autocuidado de procesos crónicos tanto a los alumnos que viven con estos procesos como a los que están sanos.
7. Atender las urgencias y accidentes que se produzcan en el día a día del centro.
8. Controlar las enfermedades transmisibles, promover campañas de vacunación, etc.

En cuanto a los alumnos, debe realizarse además una labor educativa sobre estilos de vida saludables, planificando, poniendo en marcha, supervisando y evaluando los programas educación para la salud en aspectos como los siguientes:

1. Alimentación saludable.
2. Ejercicio y actividad física.
3. Actividades recreativas y de ocio.
4. Sexualidad.
5. Hábitos higiénicos: salud bucodental, higiene postural, etc.
6. Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia, vigorexia, etc.
7. Prevención de drogodependencias.
8. Prevención de accidentes y atención básica ante urgencias.

• Con respecto a las familias ha de realizarse labor educativa, de asesoramiento y orientación centrada en los siguientes aspectos:

1. Establecimiento de criterios unificados de atención, dentro del contexto escolar, con las familias de alumnos con necesidades educativas especiales, que fomenten el máximo desarrollo personal del alumno.
2. Seguimiento coordinado con los profesionales sanitarios encargados de dirigir la atención sanitaria del alumno con necesidades educativas especiales.
3. Establecimiento, coordinación y evaluación de programas dirigidos a las familias sobre la importancia de la prevención como herramienta fundamental para reducir los problemas de salud de nuestra sociedad y

de la promoción de estilos de vida saludables.

•Con respecto a los tutores hay que realizar una labor educativa, de asesoramiento y orientación en torno a los siguientes parámetros:

- 1.Colaboración en el desarrollo de unidades didácticas en materia de EpS.
- 2.Formación del profesorado sobre habilidades que faciliten la adquisición y mantenimiento de hábitos y estilos de vida saludables.
- 3.Valoración conjunta para detectar las necesidades en cuanto a aspectos sanitarios de alumnos con necesidades educativas especiales.
- 4.EpS a los profesores sobre las peculiaridades sanitarias de alumnos con necesidades educativas especiales, los procesos crónicos más frecuentes y la atención en urgencias y accidentes.

8.2.2. Nutrición y alimentación

Debido al progreso tecnológico, las condiciones sociales y laborales, el estilo de vida actual y otros factores, la obesidad y el sobrepeso son uno de los problemas de más alta prevalencia en la sociedad y provocan graves consecuencias en la edad adulta (sedentarismo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) además de considerarse uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo xxi. En España, un 16% de los niños y niñas de entre 6 y 12 años tienen obesidad.

Es fundamental que se realice una labor de educación sobre hábitos alimenticios saludables: los niños y niñas deben aprender qué y cuánto comer de cada grupo de alimentos: dado que los hábitos y estilos de vida se forman durante los primeros años, la escuela es el lugar principal, junto con su casa y su familia, para aprender a comer sano, a incluir el ejercicio dentro de la rutina diaria y a adquirir otros hábitos que promuevan estilos de vida saludables.

Según la etapa de crecimiento debemos reforzar los siguientes aspectos:

- De 3 a 6 años. Es la etapa donde los niños aprenden a comer. Debemos enseñarles a disfrutar de la comida, que nunca debe ser premio o castigo. Se debe reforzar la idea de probar alimentos y texturas nuevas; los niños deben de comer "de todo". Hay que prestar especial atención al aporte proteico y energético de la dieta, ya que en esta etapa es fundamental asimilar proteínas de alta calidad y en cantidad suficiente para permitir un desarrollo y un crecimiento adecuados junto con la cantidad suficiente de calorías para cubrir las necesidades energéticas de este periodo.
- De 7 a 12 años. Es la etapa en la que el escolar asienta sus preferencias alimenticias, por lo que debemos seguir orientándolas adecuadamente tanto en aporte energético (valorando el ritmo de desarrollo físico con el peso y la talla) como en la elección de alimentos (evitar el abuso de chucherías, refrescos, dulces, bollería industrial, etc.). Hay que reforzar la ingesta diaria de lácteos, frutas y verduras, junto con el pan como cereal de base y el consumo semanal combinado de legumbres, carne y pescado en cantidades adecuadas para favorecer su desarrollo.
- De 13 a 16 años: Es la etapa donde el escolar culmina el desarrollo en lo referente a estatura, por lo que debemos reforzar la idea del aporte de nutrientes como proteínas, calcio y vitamina D. Se deben vigilar tanto los excesos como los defectos de aportes energéticos para no caer en trastornos alimenticios por exceso (sobrepeso, obesidad) o por defecto (anorexia, bulimia) y será la familia la que supervise y controle la alimentación de los chicos y chicas para evitar deficiencias de nutrientes o trastornos de peso; los alumnos deben ser informados sobre cómo es una correcta nutrición y su importancia para la salud.

8.2.3. Actividad física saludable

Por los datos ya apuntados sobre obesidad y sobrepeso, se debe hacer hincapié en el fomento de la actividad física saludable, regular y mantenida a lo largo del tiempo como otro pilar fundamental en la promoción de la salud y la protección frente al sedentarismo y la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes etc. en la edad adulta: El ejercicio físico es el complemento ideal de la dieta saludable.

Los escolares que desarrollan un deporte como actividad extraescolar (en función de sus habilidades, capacidades y aficiones) se adhieren a lo que llamamos "estilos de vida saludables", donde el tipo de ocio que se realiza, en una proporción de tiempo importante, se dedica a la actividad física y se nutre de los valores que genera el deporte, como compañerismo, solidaridad o competitividad sana, sin menoscabar la importancia en el desarrollo psicomotor del escolar. Junto con esto, el estilo de vida saludable incorpora como forma de vida un carácter más activo frente a una serie de tareas cotidianas: utilizar las escaleras frente al ascensor, ir caminando al colegio en lugar de en autobús y favorecer un ocio activo frente a otro sedentario como es la práctica de deportes o actividades al aire libre frente a ver la televisión, utilizar el ordenador y jugar a videojuegos.

8.2.4. Educación afectivo-sexual

Es en la infancia y la adolescencia donde se van modelando las conductas y se adquieren los hábitos y estilos de vida con los que el adulto se relacionará en sociedad. Será por tanto la etapa de escolarización obligatoria donde se pueda contribuir a implantar, a través de la educación para la salud, la promoción de los estilos de vida saludables.

La educación afectivo-sexual es necesaria en esta época de mucha información y gran desconocimiento; a juzgar por los datos referentes a interrupciones voluntarias de embarazo y los nuevos casos de contagio de VIH por vía sexual del INE, que han aumentado progresivamente en los años

2005, 2006 y 2007 en los grupos de menores de 15 años, entre 15 y 19 años y entre 20 y 24 años.

La educación afectivo-sexual no sólo debe informar y formar sobre los aspectos biológicos de la reproducción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, sino que ha de incluir información, orientación y educación sobre aspectos psicosociales como los afectos y las emociones del ejercicio de la sexualidad, entendida como actividad plena de comunicación entre las personas. Conocer y aceptar el propio cuerpo, saber buscar información veraz y científicamente contrastada, saber dónde y a quién pedir ayuda, etc., todo esto debe conducir a desarrollar unas relaciones personales sanas y satisfactorias, junto con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados en adolescentes. El ámbito principal tras las familias debe ser la escuela, que proporciona una educación integral y completa. La naturalidad en el tratamiento de estos temas contribuye a que no se generen miedos ni inhibiciones.

El programa de salud afectivo-sexual se desarrollará en tres diferentes etapas:

- Etapa de educación infantil (de 3 a 6 años), en la que se propicia el conocimiento de los órganos sexuales y de las diferencias biológicas externas entre ambos sexos. Los intereses de los escolares se centran en el embarazo y el nacimiento; se debe reforzar la idea de que "tener niños" es una elección de mamás y papás, que posteriormente compartirán el cuidado y la educación de sus hijos. Es fundamental la coordinación con las familias. Pueden ayudarnos una serie de vídeos didácticos como los de "Pablito y Virginia", que hablan de cómo se hacen los niños, el embarazo, la lactancia, etc.
- Etapa de educación primaria (de 7 a 11 años), en la cual se abunda en el conocimiento científico de los órganos sexuales internos y externos. Los escolares comienzan a interesarse por la fecundación y el papel de cada

uno de los participantes en el proceso (un buen momento para aludir a los cambios de la pubertad en niños y niñas). De acuerdo con las familias, se pueden realizar actividades que hablen del amor, la atracción, el deseo sexual, etc., así como de la generosidad, el respeto y la igualdad que deben presidir las relaciones sexuales.

- Etapa de educación secundaria (de 12 a 16 años), en la que se profundiza en temas sobre prevención de embarazos no deseados, prevención de enfermedades de transmisión sexual, aborto y legislación y conocimientos sobre las diferentes opciones sexuales que permitan desechar actitudes intransigentes. Los escolares han de tomar parte activa y hacer llegar sus dudas y cuestiones sobre los temas que deseen tratar, para que estos programas les ayuden a vivir la sexualidad de manera sana, desde el respeto hacia uno mismo y hacia los demás.

8.2.5. Prevención de drogodependencias

El desarrollo de estilos de vida saludables persigue también con generar un plan de prevención en drogodependencias que evite este gran problema de salud pública para la población adolescente y juvenil. Es importante que la formación de opinión que se tenga frente a este tipo de adicciones esté basada en el conocimiento científico de las repercusiones del consumo de las sustancias adictivas sobre el organismo y de los principales factores psicológicos y sociales que propician la iniciación en el consumo de drogas.

Para intervenir en este campo se debe conseguir que sean los propios adolescentes (escolares de ESO) los que se formen su propia opinión al respecto, basada en una información fundamentada en el conocimiento científico, ofrecida por el profesional de enfermería y los profesores, junto con las familias. Es fundamental que los adolescentes se encuentren en una situación psicosocial buena, esto es, una buena autoestima y una situación emocional estable, tanto familiar como social, que favorezca actitudes de

tolerancia, cooperación y un buen manejo de las habilidades sociales que les hagan ver por sí mismos qué produce y a dónde conduce el consumo de drogas.

Los objetivos de estos programas deben intentar reducir tanto el número de alumnos que se inician en el consumo del alcohol, tabaco, cannabis y derivados, cocaína, drogas de síntesis, etc., como la edad de inicio en dicho consumo.

8.2.6. Espacios saludables

La sociedad actual y los centros educativos como fiel reflejo de la misma se enfrentan a nuevos escenarios de conflictos en la convivencia plural y diversa de distintas personas, comunidades y culturas. Se deben desarrollar por tanto medidas y planes que promuevan valores para la paz y la convivencia, la tolerancia hacia la diferencia y la diversidad y el respeto de los derechos y libertades fundamentales, asentados en los principios democráticos en los que nuestra sociedad se enmarca.

Es en el ámbito educativo, como el centro formador de adultos, y en la etapa de los 3 a los 16 años (la de mayor adquisición de valores, hábitos y estilos de vida) donde se centrará nuestra actuación respecto a los siguientes puntos:

- Respeto por la igualdad de sexos. La educación escolar debe contribuir a que los alumnos y alumnas sean capaces de identificar situaciones en las que se produce alguna discriminación de género, de analizar sus causas y de actuar ellos mismos a su vez de acuerdo con estos valores igualitarios. Será necesaria la actuación conjunta de la comunidad educativa (personal del centro, familias y alumnos) para erradicar actitudes y comportamientos discriminatorios y reproducidos de forma persistente en otros ámbitos sociales. La perspectiva de género será aplicada en las acciones diarias del centro:

Tratamiento del lenguaje no sexista donde se visualice el género femenino.

-Formación sobre coeducación desde el AMPA y dirigida a las familias.

-Igualdad de trato en todos los aspectos educativos curriculares, organizativos y metodológicos.

-Selección de materiales docentes con perspectiva de género en lenguaje, roles imágenes, currículo oculto, etc.

-Ruptura con estereotipos sexistas: liderazgo compartido y fomento de relaciones de afectividad en el comportamiento.

Abordaje de la violencia de género como compromiso social y educativo: la violencia de género es una expresión extrema y brutal de una desigualdad subyacente en nuestra sociedad, sustentada en una violencia cultural y estructural que debe ser combatida en distintos ámbitos (judicial, policial, sanitario, periodístico, etc.), pero sobre todo en el ámbito educativo.

- Respeto por la diversidad cultural. La educación escolar debe contribuir a que los alumnos sean capaces de identificar situaciones en las que se produce este tipo de discriminación por el origen cultural, la raza, la etnia, la religión, etc. Asimismo deberán analizar sus causas y de actuar ellos mismos de acuerdo con estos valores igualitarios. Será necesaria la actuación conjunta de la comunidad educativa (personal del centro, familias y alumnos) para erradicar actitudes y comportamientos perjudiciales.

- Respeto por uno mismo y sus iguales. Las experiencias entre iguales constituyen un importante hito para el desarrollo de los escolares, pues a través de ellas se experimentan comportamientos, habilidades y actitudes que influyen en la adaptación social de la persona a lo largo de la vida. En ocasiones, estas relaciones no están exentas de conflictos y pueden

hacer desaparecer la relación de igualdad, estableciendo un vínculo de dominación-sumisión, basado en un conjunto de intimidaciones verbales, psicológicas e incluso agresiones físicas que pueden dejar a la víctima en una situación de aislamiento social: esto es, acoso escolar (hostigamiento escolar, en inglés bullying), un proceso de intimidación sistemática por parte de un niño o grupo de niños hacia otro que no puede defenderse. Será necesaria una atención especial de los profesionales del centro, puesto que es allí donde se producen este tipo de actitudes y comportamientos y donde será más fácil su detección (Piñuel y Oñate, 2007). La atención se dirige en particular hacia la formación en habilidades sociales de resolución de conflictos en el ámbito escolar, y en general hacia una educación democrática y no autoritaria donde se fomenten valores que promuevan la paz, la tolerancia hacia la diversidad y el respeto de los derechos de una sociedad democrática.

8.2.7. Cuidados de enfermería en las urgencias y accidentes

Los accidentes infantiles son la primera causa de muerte en niños y niñas de uno a catorce años, superior a la suma de todas las enfermedades propias de la infancia. Está ampliamente demostrado que si se toman las medidas preventivas adecuadas, los accidentes pueden evitarse. El 15% de estos accidentes ocurren en centros educativos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define accidente como un suceso generalmente prevenible que provoca o tiene el potencial de provocar una lesión. La ignorancia del peligro, la curiosidad, el gran impulso de autonomía y el alto grado de actividad son factores que explican los numerosos accidentes en niños y niñas.

La atención directa de las enfermeras escolares por accidentes y administración de primeros auxilios tiene por causas más habituales atragantamientos, atención a crisis convulsivas, crisis asmáticas, traumatismos diversos y curas de heridas, reacciones alérgicas, picaduras y mordeduras de animales, hipoglucemias, síncope y lipotimias (López, 2010).

Las medidas que se deben tomar irán encaminadas a:

- Proteger el medio para lograr la mayor seguridad en el entorno, en función de la legislación vigente: Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) y Real Decreto 1537/2003, de 5 de diciembre, por el que se establecen los Requisitos Mínimos de los Centros que imparten Enseñanzas Escolares de Régimen General en materia de higiene, condiciones acústicas, de habitabilidad, accesibilidad y seguridad. Y Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y sus modificaciones. Y RD 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones Mínimas de Seguridad y Salud en los Lugares de Trabajo.
- Realizar una educación del alumnado y el personal del centro en prevención de accidentes para lograr la mayor autonomía posible según las distintas edades, con el máximo de seguridad.

8.2.8. Atención al enfermo crónico

Este apartado no hace sino justificar en mayor medida la necesidad de un profesional de enfermería en todos los centros docentes del país. Éste, además de todas las actividades mencionadas anteriormente, debe cubrir el papel destinado a informar y formar al personal del centro sobre los procesos crónicos (diabetes, asma, alergias, etc.) que sufren algunos escolares y planificar los cuidados de aquellos que durante su jornada escolar puedan necesitarlos.

En España hay unos quince mil niños menores de 15 años con diabetes, y cada año se diagnostican mil casos nuevos. El desarrollo integral del niño abarca en el centro educativo los ámbitos de actividades deportivas, alimentación, ocio, etc., todos ellos con las particularidades de las distintas etapas de niñez, preadolescencia y adolescencia en las que se busca la integración plena del niño en su ambiente y su creciente autonomía. Estos

niños son escolarizados en centros ordinarios donde no está presente la figura de la enfermera escolar. Esta enfermedad permite llevar un estilo de vida normal junto con una serie de cuidados que el personal del centro docente debe conocer para poder actuar en caso de necesidad.

En España hay medio millón de niños y niñas con asma en edad de escolarización obligatoria; es la enfermedad crónica infantil más prevalente y presenta un absentismo escolar en torno al 14%. Unos cuidados planificados ayudarán a prevenir las crisis de la enfermedad. El profesional de enfermería dará la información y formación necesarias al alumno, familia y personal del centro y atenderá las crisis o reagudizaciones que sufra el escolar en horas de clase.

La intolerancia o sensibilidad a un alimento se define como una reacción inmunológica tardía mediada por inmunoglobulina G (IgG): tras ingerir el alimento se produce una reacción lenta (de horas e incluso días tras la ingesta del alimento) que desencadena un cuadro clínico de alergia que cursa con edema, urticaria, eccema, asma o anafilaxia. Puede afectar al 60% de la población y es muy difícil de diagnosticar, ya que su relación causa-efecto no tiene una secuencia temporal inmediata. El consumo continuado de un alimento dañino puede dar como resultado una reacción inmunológica en la que se incluye la formación de inmunocomplejos, capaz de agravar el desarrollo de trastornos gastrointestinales, dermatológicos, neurológicos, musculares y respiratorios.

La alergia a un alimento se define como una reacción inmunológica inmediata mediada por inmunoglobulina E (IgE): tras ingerir el alimento se produce una reacción rápida (de minutos a horas) que desencadena un cuadro clínico de alergia que cursa con edema, urticaria, eccema, asma o anafilaxia. Puede ser una de las razones que produzca la intolerancia alimentaria.

El personal de enfermería debe revisar los menús escolares, atendiendo a los criterios de necesidad de las personas con intolerancias alimentarias

varias.

La atención al escolar con discapacidad se realiza en los centros de educación especial, donde se escolariza al alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a graves condiciones permanentes de discapacidad y en los que concurren un conjunto de servicios, recursos y medidas no generalizados en el sistema educativo ordinario. Estos centros escolarizan al alumnado, de entre 3 y 21 años de edad, con la finalidad de lograr su máximo desarrollo personal, académico y social. El perfil del alumnado requiere una enfermera que desarrolle una labor asistencial al alumno con discapacidad motora, sensorial, psíquica o con trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Los principales problemas de salud de los escolares son la parálisis cerebral infantil (45%), enfermedades neuromusculares (20%), patologías de salud mental (8%), síndromes de malformación o congénitos (5%), cromosomopatías (3%), trastornos endocrinos y metabólicos (9%) y alteraciones del sistema nervioso central (13%).

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en su artículo 73, se refiere al alumnado que presenta necesidades educativas especiales como aquel que requiere en una etapa de su escolarización, o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas, derivadas de una discapacidad o de trastornos graves de conducta. Estas necesidades no pueden ser atendidas adecuadamente en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios y de integración, por lo que se escolarizan en estos centros. Los recursos humanos previstos por la Administración para la atención del alumnado escolarizado en los centros de educación especial están regulados por la Orden de 18 de septiembre de 1990, en la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos, y entre otros incluye a los diplomados en Enfermería.

Esta misma ley, en su artículo 74, señala que la escolarización del

alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión. Asimismo, se contempla la posibilidad de su escolarización en centros ordinarios que puedan atender adecuadamente, en el marco de las medidas de atención a la diversidad, sus necesidades a través de un plan de integración preferente para alumnado con necesidades educativas especiales. Se favorece que el alumno esté escolarizado en su grupo de edad, en un centro ordinario que cuenta con aula de apoyo, maestro de apoyo y técnico educativo, así como material didáctico específico. El alumno participa en una parte de la jornada escolar ordinaria y en otra parte de la jornada escolar de apoyo individualizada para su TGD específico, incrementando paulatinamente el tiempo en el aula de referencia en función de la progresión del alumno.

8.3. Administración y gestión de un servicio de enfermería escolar

El profesional de enfermería debe gestionar la planificación, organización, dirección y control de todas las actuaciones y recursos involucrados en el servicio que ofrece en el centro docente. Desde la coordinación con el equipo profesional y directivo del centro escolar, incluyendo su función docente en el proyecto educativo del centro y la programación general anual, hasta la coordinación con los distintos profesionales y organismos involucrados en la salud de los escolares (centros de atención primaria, unidades de odontopediatría, servicios de salud pública y de prevención comunitaria, centros de salud municipal, etc.) para la puesta en marcha de distintos programas de promoción de la salud.

La formación especializada del personal formado en la diplomatura o en el grado de Enfermería debe obtenerse en el posgrado, en las áreas de promoción de la salud en estilos de vida saludables y en la capacitación pedagógica. Hoy en día, diversas universidades públicas de reconocido prestigio ofrecen másteres y diplomas de cursos de especialización en esta área que nos ocupa. No se debe olvidar que hay que abordar con rigor

metodológico el estudio de la realidad con el fin de ampliar y profundizar en el conocimiento de enfermería, evaluando la práctica de la enfermería escolar y sus efectos. Investigar sobre los conocimientos, las actitudes y los hábitos de salud de los escolares y sus familias y sobre los efectos de las intervenciones de educación y promoción de la salud llevadas a cabo desde el servicio de enfermería escolar deberá ser otra parte importante de nuestra labor para poder evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos en nuestro plan de actuación.

8.4. Conclusiones

La escuela es uno de los principales ámbitos de socialización de los niños: las actitudes, habilidades, conductas y estilos de vida que comienzan a desarrollar durante esta etapa conformarán el adulto que será algún día. La enfermería lleva a cabo una labor fundamental en la escuela, no sólo por la atención más clínica que pueda desarrollar sino por su participación en la promoción de estilos de vida saludables realizados a través de la educación para la salud.

Intervención de enfermería ante situaciones de vulnerabilidad: drogadicción, marginación social e instituciones penitenciarias

9

9.1. Introducción a la vulnerabilidad social

Se entiende por vulnerabilidad social la relativa desprotección de un individuo o grupo de personas cuando se enfrentan a daños potenciales para su salud, a amenazas para la satisfacción de sus necesidades básicas o a la violación de los derechos humanos. Para estos individuos o grupos su capacidad está condicionada por la ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales y económicos y del manejo que se hace de ellos para anticipar, afrontar, resistir y recuperarse de un suceso negativo.

En el análisis de inequidades sociales y en el ámbito de la salud de las poblaciones, la vulnerabilidad es una variable importante ya que será un factor que predisponga a peores estados de salud en función de aspectos tales como la clase, el género, la etnia, la orientación sexual, la edad, el sexo, el nivel económico, el estatus social, el nivel educativo, la actividad laboral, el origen cultural, la discapacidad, la marginalidad o exclusión social y el contexto histórico y sociocultural concreto. Según un informe de Cruz Roja

Española, los niveles de vulnerabilidad alto y muy alto se asocian con hombre sin estudios o con estudios primarios, extranjeros y desempleados, de entre 16 y 49 años. Curiosamente el nivel de vulnerabilidad moderado se caracteriza por ser mujer, española, trabajadora y con edad superior a los 50 años.

9.2. Pobreza y exclusión social

Si bien es cierto que la pobreza es un fenómeno multidimensional que no tiene una única definición, para realizar un análisis en términos económicos se utiliza la pobreza monetaria relativa, que se entiende como los ingresos netos por unidad de consumo (ingresos netos divididos entre el número de personas que forman la unidad de consumo, con 1 punto asignado al primer adulto, 0,5 para el resto de adultos y 0,3 por cada hijo a cargo). Vivir con menos del 60% del nivel de renta mínima nacional o, en España, según datos de la encuesta de condiciones de vida de 2004, vivir bajo el umbral de la pobreza que se sitúa en 6.278,70€ por unidad de consumo. Serían por tanto 6.278,70€ para un adulto; 9.418,10 € para una unidad de consumo formada por dos adultos, o lo que es lo mismo, 4.709 € por persona; 11.301,70€ para dos adultos y un menor, esto es, 3.767,20€ por persona y así sucesivamente. Los efectos que tiene este umbral de renta es que delimita el acceso a una vivienda digna, a la educación y a otros factores vitales para la participación activa en la sociedad, provocando situaciones de marginalidad y aislamiento social. Las tensiones de vivir en la pobreza son particularmente duras para los grupos de embarazadas, niños y personas ancianas. Por grupos de edad, las personas ancianas, las parejas con tres hijos o más y las familias monoparentales con un hijo o más a cargo representan los grupos de mayor pobreza. El desempleo es un estresante crónico que incrementa el uso y la demanda de servicios de salud: los desempleados y sus familias desarrollan un riesgo mayor de alteraciones en salud y de muertes prematuras.

La exclusión social viene determinada por procesos discriminatorios:

racismo, estigmatización, hostilidad, desempleo, etc. Todos ellos son procesos que impiden, limitan o dificultan el acceso a la educación y otros recursos y servicios a los que accede el resto de la sociedad. Las personas que viven en instituciones como prisiones, orfanatos, hospitales psiquiátricos, etc., son particularmente vulnerables a la exclusión social. A mayor tiempo viviendo en circunstancias de exclusión social, mayores posibilidades de sufrir problemas de salud. Si sumamos pobreza y exclusión social, aumenta el riesgo de sufrir rupturas de pareja o enfermedades incapacitantes, desarrollar adicciones a tóxicos y padecer un aumento del aislamiento social; entonces se forma un círculo vicioso que agudiza más la situación de exclusión social-pobreza-aislamiento social.

9.3. Redes sociales

Los amigos y las relaciones sociales forman las redes de apoyo social que mejoran la salud a nivel personal, laboral y comunitario. Las redes de apoyo social proporcionan recursos emocionales y materiales que hacen que las personas se sientan valoradas y queridas por el grupo social; esto tiene un efecto protector de la salud, siempre que estas relaciones vayan dirigidas a fomentar estilos de vida saludables. La exclusión social y el aislamiento se asocian con altas tasas de muerte prematura y con menores posibilidades de sobrevivir a un infarto de miocardio; las personas con menor apoyo social y emocional son más propensas a experimentar una menor recuperación tras cualquier proceso de salud/enfermedad, a sufrir más depresiones, embarazos de riesgo y altos niveles de discapacidad por enfermedades crónicas. En adictos a drogas, determinadas relaciones perniciosas conducen a peores condiciones de salud tanto físicas como mentales. Un factor importante a tener en cuenta es el estatus social y económico, ya que se recibe un apoyo emocional y social distinto en función del estatus que se ocupe.

9.4. Intervención de enfermería con profesionales de la prostitución

Hay una serie de factores que generan una mayor vulnerabilidad en estas personas y les llevan a asumir mayores riesgos para su salud: suelen ser personas de origen extranjero que han entrado clandestinamente en el país a través de organizaciones ilegales a las que deben pagar cuantiosas sumas, a lo que se añade la presión económica que deben soportar por la necesidad de enviar dinero a sus familias de origen, pagar a los responsables de su entrada en el país y cubrir económicamente sus necesidades básicas de subsistencia (alimentación, higiene, vivienda, etc.). A esto se suma la amenaza o coacción para realizar esta actividad, el uso de drogas, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo, el desconocimiento del uso y acceso a recursos socio sanitarios, etc. Todos estos factores se han de tener en cuenta a la hora de realizar una valoración y puesta en marcha de cualquier acción, tanto individual como colectiva, dirigida a este grupo.

Los servicios que se ofrecen desde diversas entidades públicas y privadas, donde trabaja un equipo multidisciplinar de salud (enfermeras, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores sociales, mediadores culturales, etc.), se orientan a la prevención, la asistencia y la rehabilitación y tienen los siguientes cometidos:

- Ofrecer información y apoyo sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades (de transmisión sexual o infecciosas, así como sobre vacunaciones), formas de actuación ante rotura de preservativos o situaciones de enfermedad. Además, administrar material preventivo (preservativos masculinos y femeninos, lubricante, toallitas desinfectantes, etc.); sensibilizar para la utilización de recursos sociosanitarios normalizados, favorecer el acceso a redes de apoyo comunitario y todas aquellas estrategias dirigidas a la disminución de riesgos personales y de salud.
- Ofrecer asistencia directa, integral y confidencial a las personas trabajadoras del sexo en cuanto a la salud, desde una perspectiva

biopsicosocial, y generar cambios de actitud hacia estilos de vida saludables.

- Dar información y facilitar el acceso a programas y recursos sociales como la atención social, el empadronamiento, la tarjeta sanitaria, el permiso de residencia, el acceso a una vivienda, la obtención de un empleo, etc.
- Educar para la salud a los usuarios del servicio sexual: a través del contacto directo en los lugares de prostitución o bien a través de mediadores, personas que por su posición profesional o social tienen la capacidad de llegar a clientes potenciales.

9.5. Intervención de enfermería en instituciones penitenciarias

La situación actual en los centros penitenciarios viene determinada por las características socio-sanitarias de la población reclusa: hay un aumento en los grupos de mujeres (8% del total de presos del país) y de extranjeros (30% del conjunto de presos) en comparación con las décadas finales del siglo xx; destaca el fenómeno de la delincuencia organizada de carácter internacional, que genera en las instituciones grupos étnicos minoritarios con un alto potencial de desestabilización de la seguridad y el orden; existe en general un nivel cultural bajo, carencias económicas superiores a la población en general; también hay una alta prevalencia de enfermedades graves y de gran repercusión socioeconómica como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis C, la tuberculosis, la toxicomanía y una alta incidencia de trastornos psiquiátricos. En las setenta y siete cárceles distribuidas por la geografía española había en octubre de 2011 casi 78.000 reclusos, según datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, regula toda actividad penitenciaria incluyendo la actividad sanitaria, en tanto que "la Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y la salud

de los internos". En el capítulo III, artículo 36, estipula que, además del médico general, un ayudante técnico sanitario (ATS) se encargará de "...cuidar la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad del establecimiento"; el artículo 37 explicita que habrá una sala de "...enfermería con camas y material, instrumental clínico, productos farmacéuticos...". Con el RD 190/1996, de 9 de febrero, se aprueba el Reglamento Penitenciario donde se introducen varias modificaciones y en su artículo 209, punto 1.1 se establece que, además del médico, haya un diplomado universitario en enfermería (DUE) para ofrecer asistencia de atención primaria similar a la del resto de la población, con carácter integral, orientado a la prevención, curación y rehabilitación.

El trabajo diario del personal de enfermería se desarrolla de manera equiparable al que realizan los profesionales en atención primaria, pues está basado en una atención sanitaria individualizada y en el desarrollo de los programas de salud, a través de los cuales se articula dicha atención, siempre dentro de una concepción de cuidados sanitarios globales, multiculturales e integrales. Además de las funciones propiamente asistenciales y de prestación de cuidados, se añaden otra serie de funciones de prevención de enfermedades y promoción de salud, de higiene y saneamiento ambiental y de reinserción social. La atención sanitaria especializada se presta en los hospitales del sistema nacional de salud en unidades específicas de acceso restringido, tanto en consultas externas como en régimen de hospitalización.

La actividad de los profesionales sanitarios se centra en promover la educación sanitaria y en realizar labores preventivas y de promoción de la salud entre los reclusos (Cibanal, 2000). Además de los programas de salud equivalentes a los existentes en las administraciones sanitarias públicas, se han desarrollado también programas sanitarios encaminados al seguimiento y control de las patologías más prevalentes en el medio penitenciario: los programas van desde las vacunaciones contra tétanos, gripe, hepatitis, etc., hasta la educación para la salud para promover en una población con grandes

carencias sociosanitarias conductas y hábitos de vida saludables en prisión (salud medioambiental para minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades como VIH/SIDA, tuberculosis, etc.) y el cambio de comportamientos y actitudes frente a prácticas de riesgo (enfermedades de transmisión sexual, administración de drogas por vía parenteral). A continuación se detallan algunos de estos programas de atención.

9.5.1. Atención a personas con problemas mentales

Según un estudio sobre salud mental en el medio penitenciario del Ministerio del Interior de 2006, un 25% de la población reclusa ha sido diagnosticada de uno o varios trastornos psiquiátricos en su historia clínica y este porcentaje se eleva hasta el 49,6% si consideramos los antecedentes de abuso o dependencia de drogas. Por esto, la atención a pacientes con trastornos o patología psiquiátrica se ofrece, bien en los centros penitenciarios (Garcés, 2006), o bien en hospitales psiquiátricos con carácter de institución penitenciaria (en España hay dos: los hospitales penitenciarios de Sevilla y Alicante), con la diferencia de que en estos últimos los internos son considerados por su patología psiquiátrica en función de criterios de facultativos especialistas del área médica y no son separados por grados. A través del programa de atención integral al enfermo mental en prisión, que progresivamente se va implementando en todos los centros penitenciarios, se realiza la detección, el diagnóstico y el tratamiento además de desarrollar actuaciones dirigidas a su rehabilitación y reinserción social dentro de un marco multidisciplinar. Las actuaciones terapéuticas y ocupacionales específicas están encaminadas a conseguir la recuperación de capacidades personales y el aumento de su autonomía personal, favoreciendo la adaptación al entorno y, así, una mayor calidad de vida. La enfermera forma parte del equipo multidisciplinar (psicólogos, educadores y trabajadores sociales, monitores y personal sanitario) que trabaja en diversas áreas desarrollando actividades terapéuticas y educativas, individuales y colectivas, para conseguir un nivel de normalización social, además de provocar cambios

en actitudes, valores y estilos de vida a través de los talleres de salud, entre otros (también hay talleres ocupacionales, formativos, deportivos, de ocio y tiempo libre, etc.).

9.5.2. Atención al recluso drogodependiente

La población reclusa presenta unas tasas de incidencia y prevalencia muy altas en cuanto a drogodependencia, además de las complicaciones asociadas al consumo como VIH, hepatitis, tuberculosis, infecciones oportunistas, deterioro físico y mental, desestructuración familiar, problemas sociales, formativos, laborales, etc. Para dar respuesta a este problema se desarrollan diversos programas de intervención en torno a tres áreas fundamentales: prevención, asistencia y reincorporación social. A través de actividades informativas, motivacionales y terapéuticas, los programas están encaminados en unos casos al abandono del consumo de drogas y en otros al cambio de hábitos para un consumo más seguro y para la estabilización de su drogodependencia. El objetivo genérico de la intervención penitenciaria busca la normalización e integración social del interno, teniendo en cuenta las características sociales y culturales, así como las necesidades de la población drogodependiente, en particular, y reclusa, en general. El equipo sanitario (médico y personal de enfermería) es responsable de las actuaciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, además del desarrollo de los programas específicos de intercambio de jeringuillas, prescripción y dispensación de metadona, intervención en casos de sobredosis, desintoxicación de sustancias de abuso y tratamiento del síndrome de abstinencia.

Los objetivos específicos de la intervención en materia de drogas consisten en prevenir el inicio del consumo, reducir riesgos y daños asociados a dicho consumo, lograr periodos de abstinencia que generen una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social, además de optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las

habilidades y recursos necesarios para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad. Para esto se han desarrollado cinco programas:

9.5.2.1. Programa de educación para la salud

Fundamentalmente dirigido a prevenir el inicio del consumo, trata de ofrecer información sobre las drogas y los efectos de su uso. Se facilita la asimilación de formas y estilos de vida saludables, proporcionando competencias y habilidades para rechazar el consumo.

9.5.2.2. Programa de intercambio de jeringuillas

Está en la línea de reducir riesgos y daños para la salud individual y colectiva (prevención de enfermedades infecciosas) en consumidores de drogas por vía parenteral. Se entregan equipos estériles de inyección y, a la vez, se promueve con educación para la salud la modificación de hábitos y estilos de vida no saludables. El programa de intercambio de jeringuillas que se desarrolla en los centros penitenciarios ha recibido el primer premio europeo a las buenas prácticas de salud en las prisiones, otorgado por la Red Europea de Prisión y Salud de la OMS.

9.5.2.3. Programa de tratamiento con metadona

Siguiendo la filosofía de reducción de riesgos y daños y del tratamiento de la dependencia, se favorece la disminución del consumo de heroína y se evita el consumo intravenoso (y en consecuencia se minimizan los riesgos de transmisión de enfermedades por esta vía), lo que mejoran el estado físico y mental de los usuarios y reduce la conflictividad. Además de la dispensación del fármaco, se realizan actividades de apoyo psicosocial con carácter normalizador y rehabilitador.

9.5.2.4. Programa de deshabituación

Se trabaja sobre dos procesos: desintoxicación, eliminando la dependencia física hacia la sustancia o sustancias adictivas, tratando con fármacos el síndrome de abstinencia y realizando acciones de apoyo psicosocial; y deshabituación propiamente dicha, eliminando la dependencia psicosocial gracias a la adquisición de actitudes, habilidades y herramientas que permitan la normalización e integración social. Esta última fase puede realizarse de forma ambulatoria, en un centro de día o en módulos terapéuticos específicos en prisión.

9.5.2.5. Programa de reincorporación social

Se trabaja en la adquisición y desarrollo de actitudes, habilidades y herramientas que permitan a la persona normalizar su situación social y en su incorporación a la vida familiar y su entorno cultural, laboral y social, evitando situaciones de aislamiento, exclusión social y marginalidad.

9.6. Intervención de enfermería ante situaciones de drogadicción

Según el informe de 2009 del Observatorio Español sobre Drogas respecto a la evolución del consumo y los problemas de drogas, se observa un parón en el descenso del consumo de tabaco que se venía produciendo hasta 2007, lo que demuestra un cierto agotamiento de las medidas preventivas; la población consumidora de alcohol desciende o se estabiliza, aunque aumenta la frecuencia de episodios de consumo intensivo (borracheras). En la adicción a drogas por vía parenteral ha aumentado el número de admitidos a tratamiento y persisten las altas tasas de infección por VIH, hepatitis y conductas sexuales de riesgo, aunque ha disminuido el número de nuevos casos de infección por VIH en esta población. Se estabilizan o descienden ligeramente los consumos de heroína, cocaína y cannabis, tras años de ascenso continuado; por el contrario aumenta el consumo de hipnosedantes

en detrimento del consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. Según datos del INE (2007), la edad media de inicio del consumo de tabaco se sitúa en los 16,5 años, y algo más para el alcohol, 16,8 años; con la mayoría de edad llega el acceso al consumo de cannabis y derivados (18,6 años), drogas de diseño (19 años) y fármacos tranquilizantes y sedantes (30 años).

En España, el Ministerio de Sanidad, a través del Plan Nacional sobre Drogas, articula estrategias dirigidas a disminuir la demanda por medio de acciones de prevención del consumo, reducción de daños, asistencia e integración social junto con acciones de reducción de la oferta a través de los cauces legales y de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Las comunidades autónomas son las que los llevan a cabo a través de los programas de prevención, deshabituación y rehabilitación en los distintos centros destinados a la población; la financiación es pública, aunque en ocasiones puede realizarse una gestión privada, a través de diversas entidades y organismos, de los recursos destinados a estos efectos.

Son varios los tipos de atención al drogodependiente que se pueden suministrar en los distintos centros que a continuación se detallan y a través de los diferentes programas en el territorio español:

- Centros ambulatorios de asistencia, donde se generan actividades de evaluación, desintoxicación y deshabituación del drogodependiente además de las encaminadas a posibilitar su normalización e integración social. El equipo multidisciplinar de profesionales tiene un carácter sociosanitario (médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales) y dependiendo del carácter del centro utilizan diferentes estrategias y modalidades de intervención. En España, en 2003, había 509 centros de este tipo que atendieron a 72.400 usuarios.
- Unidades de desintoxicación hospitalaria, en régimen de ingreso, destinadas fundamentalmente a periodos de desintoxicación. En España,

en 2003, había 52 unidades de este tipo que atendieron a 3.736 usuarios.

Comunidad terapéutica, centros residenciales en régimen de internamiento, donde se trabajan fundamentalmente los procesos de deshabituación con un equipo multidisciplinar de carácter sociosanitario.

Centros con programas de mantenimiento con metadona, donde se produce el tratamiento sustitutivo del síndrome de dependencia a opiáceos a través de la utilización terapéutica de clorhidrato de metadona. A través de estos programas protocolizados se realiza una prescripción individualizada, tras una evaluación y diagnóstico del equipo multidisciplinar del centro.

- Centros con programas de reducción del daño para personas con múltiples problemas sociosanitarios vinculados al consumo de drogas y sin intención de abandonar el consumo. El objetivo se dirige a reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro, prevenir riesgos de contagio de VIH o de sobredosis, con mecanismos para afrontar situaciones de urgencia sanitaria y supervisión de personal sanitario, además de dar información sobre desintoxicación, deshabituación y rehabilitación, y de ofrecer apoyo psicosocial con carácter normalizador. Ejemplos de programas de reducción del daño son los programas de intercambio de jeringuillas o los centros con salas de inyección segura (salas de venopunción).

9.7. Conclusiones

Las nuevas demandas sociales amplían el campo de la intervención en salud y los profesionales de enfermería ofrecen unos cuidados integrales de calidad, con una orientación biopsicosocial que les permite partir de una posición privilegiada a la hora de trabajar con colectivos en situaciones de vulnerabilidad, cubriendo sus necesidades básicas de cuidados y favoreciendo su empoderamiento en lo referente a su salud.

Parte V

GÉNERO Y SALUD

Conceptos y teorías sobre género y salud

10

10.1. Introducción al ámbito del género y la salud

Nadie pone en duda hoy en día la importancia de la integración de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la vida (legislación, política, educación, salud, etc.), aunque en algunas ocasiones el uso que se hace de los términos en la práctica no es el mismo que en su construcción teórica. A continuación se van a describir una serie de conceptos teóricos (Sau, 2000) que configuran los diferentes marcos básicos de las teorías de género y su aplicación al campo concreto de la salud.

10.1.1. Sexo

Con el término sexo nos referimos a las diferentes características biológicas que definen a los seres humanos en las categorías de mujer, hombre e intersexos.

10.1.2. Género

El género se refiere a lo que la sociedad y la cultura de un momento determinado definen como propio de lo masculino y lo femenino, de la interrelación entre hombres y mujeres, y señala también las diferentes relaciones de poder y subordinación entre ambas partes. El género es una construcción cultural multidimensional (estado, mercado de trabajo, escuela, medios de comunicación, ley, familia, relaciones interpersonales, etc.)

susceptible de modificación, reinterpretación y reconstrucción según cada sociedad.

10.1.3. Rol de género

El rol de género es la forma en que se determinan los papeles sociales que los individuos desempeñan según sean de uno u otro sexo; es decir, la asignación de rasgos de personalidad, actitudes, capacidades y limitaciones, sentimientos, valores, conductas, creencias, actividades diferenciadas en mujeres y hombres que la norma cultural vigente establece como atributos esperables, casi naturales, de cada sexo. Este hecho tiene una doble consecuencia, ya que influye por un lado en la propia identidad y la autoestima y, por otro, en la percepción que las personas tienen sobre el comportamiento y el desarrollo de uno u otro sexo.

10.1.4. Estereotipo de género

Los estereotipos de género son una serie de imágenes mentales simplificadas y compartidas por un gran número de personas sobre las características de los dos géneros; dicho en otras palabras, una percepción generalizada y aceptada como verdadera, ya sea positiva o negativa. Al generalizarse una imagen se percibe al grupo como homogéneo y compacto y no se aprecian ni se valoran las diferencias individuales (Amador & Monreal, 2010).

El hecho de estereotipar a los individuos, tanto hombres como mujeres, con estas imágenes ideales condiciona sus vidas, puesto que sus objetivos, su personalidad y su conducta se construyen y desarrollan en función de lo deseable para su género según una sociedad y un momento concretos.

10.1.5. Identidad de género

La identidad se define como la construcción activa e inconsciente que cada ser humano realiza de sí mismo a partir de la comparación con el resto de seres humanos. Así pues, la identidad de género es el conjunto de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, transmitidos a través de la socialización (roles de género), diferencian el modo de vida de hombres y mujeres.

10.1.6. Subjetividad

La subjetividad se define como la conciencia reflexiva que se tiene de la identidad y se corresponde con cómo se siente uno mismo dentro del mundo en el que vive, cómo se entiende su posición concreta en él y qué relaciones y sistema cultural orientan la propia existencia.

10.1.7. Sistema sexo/género

Para estudiar cómo la cultura y la sociedad utilizan las diferencias biológicas que existen entre los hombres y las mujeres, y analizar cómo a partir de ellas se crea un sistema de relaciones sociales de desigualdad - un sistema de prohibiciones, obligaciones y derechos diferenciales - entre hombres y mujeres, la antropóloga Gayle Rubin propuso en 1975 (Velasco, 2009) el sistema sexo/género: un conjunto de disposiciones en función de las que el sexo y la reproducción de la especie son conformadas por la intervención social. La organización social sobre la idea de género asigna actividades, funciones, relaciones y poderes específicos a los hombres y las mujeres y lo hace jerárquicamente. El sistema construye normas, representaciones, prácticas sociales y relaciones de poderdominación-subordinación para asignar espacios, tareas, deseos, derechos, obligaciones, prestigio y otros a los sujetos y esto afecta al acceso a los recursos sociales, con significados específicos en las diversas culturas, grupos sociales y épocas históricas.

La construcción de un sistema sexo/género, en base a conceptos contrapuestos, implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a características y actividades asociadas a uno de los elementos, en este caso a los hombres; de aquí que las diferencias entre los sexos al someterse a una construcción sociocultural se conviertan en desigualdades.

10.1.S. Desigualdad de género

La desigualdad de género supone un trato diferente hacia hombres y mujeres por parte de la sociedad que implica una situación desfavorable para uno de estos grupos humanos, generalmente las mujeres.

En nuestra cultura existen dos modelos o roles de género, el masculino y el femenino, que son mostrados como antagónicos; es decir, lo masculino tiene unas características y comportamientos totalmente contrarios a lo femenino. Estos roles de género mostrados como antagónicos se muestran en la sociedad a través de la superioridad de lo masculino y la subordinación de lo femenino, por lo que se da preponderancia a lo primero sobre lo segundo.

La OMS define la desigualdad de género como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto a su estado de salud, así como a su acceso a la atención sanitaria.

10.1.9. Igualdad

Entendida como igualdad de oportunidades, consiste en la equiparación de derechos y deberes entre los hombres y las mujeres. Se enfatiza lo común a ambos sexos, en tanto que seres humanos, para visibilizar las diferencias de género, constructos sociales que han asignado a las mujeres valores considerados tradicionalmente femeninos como la afectividad, la compasión y la pasividad, mientras que a los hombres se les adjudican otros como la

racionalidad, la competitividad o la actividad social.

Si la igualdad es el derecho de las personas a ser tratadas de la misma manera independientemente de sus características individuales (sexo, edad, raza, etnia, clase, religión, etc.), entonces la igualdad entre hombres y mujeres será la situación en la que todos los seres humanos sean libres de desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones sin las limitaciones impuestas por las diferencias de género.

11.1 Equidad

Equidad de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre hombres y mujeres. La equidad en salud implica la eliminación de diferencias remediabiles entre hombres y mujeres en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, sufrir una discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles. En este contexto, la equidad en salud supone la dispensación a cada persona de la atención sanitaria que necesite. De esta manera, la equidad aparece en el ámbito de la necesidad y no de la igualdad. Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con los principios de justicia social y derechos humanos.

10.1.11. Patriarcado

Se define como el sistema de organización social y político que articula múltiples subsistemas (económicos, de organizaciones familiares, normativos) que reproduce y mantiene las relaciones de poder-subordinación-opresión de los hombres sobre las mujeres en todos los ámbitos de la vida. El hombre ostenta el poder, entendido éste como la capacidad de imponer las cosas a los otros, de tomar decisiones y de hacer uso de la fuerza, por lo que es referente y organizador del sistema. Así pues, la supremacía de los

hombres y de lo masculino sobre las mujeres y lo femenino da como resultado un mundo de asimetría vital entre los sexos.

10.2. Perspectiva o enfoque de género en salud

La perspectiva de género y la palabra género nacen en un intento analizar la socialización de hombres y mujeres y de identificar la influencia de los estereotipos sociales sobre las conductas humanas y la construcción de sus respectivas subjetividades dentro de una sociedad y cultura concretas y en un momento histórico determinado.

La perspectiva de género consiste en tomar en consideración y prestar atención a las diferencias entre los hombres y las mujeres en un ámbito o actividad concretos (educación, política, salud, etc.), para analizar si estas diferencias afectarán negativamente a alguno de los dos géneros, con el objeto de adaptarlas para neutralizar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres. Esto no significa adoptar la posición de las mujeres o enfocar el interés en las mujeres, sino adquirir un punto de vista lo más amplio posible que permita comprender las distintas variables que influyen sobre la vida de los hombres y las mujeres dentro de una misma realidad.

El enfoque de género aplicado al ámbito sanitario implica dirigir la atención a las diferencias entre mujeres y hombres en lo referente a la salud desde la premisa fundamental de que no deben existir diferencias de atención o acceso a los recursos sanitarios que desemboquen en desigualdades. Es decir, al analizar las políticas adoptadas en materia de salud habrá que ver si afectan a las mujeres de forma distinta que a los hombres y se deberán intentar neutralizar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres. La utilización de este enfoque como herramienta analítica enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud/enfermedad (Velasco, 2009), pues señala diferenciales empíricos entre

hombres y mujeres de acuerdo a necesidades especiales de atención, riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas, percepciones de enfermedad, conductas de demanda de atención, grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud y, desde una perspectiva macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

La perspectiva de género en salud nos ayuda a reconocer el impacto del género en:

- El estado de salud y sus determinantes para hombres y mujeres.
- Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud.
- El impacto de las políticas y programas de salud.
- La distribución del poder y la remuneración del trabajo en el sector sanitario.

10.2.1. Perspectiva androcéntrica

Es la visión del mundo y de las cosas, desde el punto de vista teórico y del conocimiento, en la que los hombres son el centro y la medida de todo, ocultando y haciendo invisible las demás cosas, entre ellas las aportaciones y contribuciones de las mujeres a la sociedad.

Una visión androcéntrica presupone que la experiencia masculina es la universal y obvia la experiencia femenina. Afecta tanto a la práctica de la investigación como a la construcción de planteamientos teóricos y está presente en todas las ramas del saber. Supone utilizar en cualquier investigación o análisis una posición que surge de la experiencia social masculina, y específicamente de los varones occidentales, blancos y de clase

media. El androcentrismo implica la identificación de lo masculino con lo humano en general y, a su vez, la equiparación de lo humano con lo masculino, lo que lleva a constituir lo masculino como norma. El androcentrismo contribuye a la invisibilización de las mujeres, a la omisión de su experiencia social y a la solidificación de estereotipos fundados en la naturaleza.

10.2.2. Análisis de género

El análisis de género es una manera sistemática de explorar las normas, roles, y responsabilidades actuales y potenciales de mujeres y hombres, y su acceso a recursos y beneficios y el control de los mismos dentro de cualquier situación (proyecto, hogar, comunidad u otro).

El análisis de género en salud identifica, analiza y comunica acciones para abordar las desigualdades que se producen a causa de los roles distintos de mujeres y hombres, las relaciones desiguales de poder entre ellos y las consecuencias de estas desigualdades sobre sus vidas, su salud y su bienestar.

El género como categoría de análisis permite estudiar las representaciones sociales vigentes para los sexos, las representaciones psíquicas de identidad sexual interiorizadas por hombres y mujeres, los roles de género asimilados en la socialización, que marcan las conductas, las relaciones entre ambos sexos y los efectos o repercusiones en la subjetividad, el orden social y en la salud. ..; en definitiva, las formas de organización y funcionamiento social en base a las relaciones establecidas entre hombres y mujeres.

10.2.3. Indicadores de género

Son las variables de análisis que describen la situación de las mujeres y hombres en la sociedad. Su utilización supone una aproximación a la situación de mujeres y hombres, así como a la incidencia de determinados

factores que implican diferencias de comportamientos entre unas y otros. La desagregación de los datos por sexo es un indicador básico que da paso a otros indicadores explicativos de la realidad, como son el nivel educativo-nivel de estudios, la clase social, la etnia, el estado civil, el número de hijos y las edades de éstos, las personas mayores o enfermas a cargo, la actividad laboral, el tipo de jornada laboral y los motivos de la misma y el porcentaje de carga de trabajo doméstico,

El conocimiento de la realidad social, laboral, formativa y económica desde una perspectiva de género requiere la utilización de estos indicadores que facilitan la comparación entre la presencia de mujeres y hombres e identifica diferencias que pueden alimentar estereotipos.

10.2.4. Empoderamiento

Se trata de un término acuñado en la Conferencia Mundial de las Mujeres de Pekín (OMS, 2010) para referirse al aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y el acceso a las estructuras de poder (político, económico, etc.), con los efectos correspondientes sobre sus posibilidades vitales y las de sus comunidades. Actualmente esta expresión conlleva también la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad de éstas como personas.

10.2.5. Mainstreaming de género

Se corresponde con una estrategia de influencia política para que sean introducidas la perspectiva de género y las políticas específicas en materia de igualdad de oportunidades entre hombre y mujeres de forma transversal en todas áreas de gestión pública y privada (educativa, sanitaria, laboral, legal) (OMS, 2010). La perspectiva de género ha de estar presente en cualquier etapa de un proceso de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y

evaluación como eje vertebrador integral, y no como un apartado diferenciado o tema anexo.

10.3. Teorías de salud

Las teorías de salud, base para el desarrollo de las líneas de pensamiento y acción en la salud de las mujeres, se circunscriben en torno a cinco corrientes principales, con diferencias entre sí, que analizamos a continuación (Velasco, 2009).

10.3.1. Paradigma biomédico

En él se incluyen las teorías biomédica y psicosocial.

10.3.1.1. Teoría biomédica

La teoría biomédica, paradigma de la teoría de salud representada por los autores Popper, Eccles y Martínez (Velasco, 2009), aplica un concepto de enfermedad entendido como un trastorno anatómico-fisiológico que se incluye en una taxonomía diagnóstica establecida por la ciencia médica, en función de unos signos y síntomas que comunican una desviación de la normalidad. Esta visión no incluye el contexto sociocultural ni la significación del padecimiento para el paciente. La causalidad del padecimiento es única y atiende a una mala adaptación del cuerpo (de los órganos, de características genéticas o constitucionales, etc.) al medio.

El modelo de atención se centra en el profesional sanitario (médico principalmente), sujeto activo de la relación que observa al paciente-objeto pasivo en busca de signos biológicos objetivables, alteraciones de la normalidad que identifiquen la enfermedad. Los factores a tener en cuenta en la relación profesional-paciente son la capacidad técnica y de observación y los conocimientos del médico para transformar los síntomas del paciente en

signos objetivables de enfermedad. Cabe destacar la importancia de la industria farmacéutica y del consumo de medicamentos como panacea curativa.

10.3.1.2. Teoría psicosocial

La teoría psicosocial incorpora la idea de causalidad como susceptibilidad y respuesta individual a factores ambientales; la enfermedad se define como la mala adaptación biológica al medio ambiente. La mente es un órgano más y la conducta es el síntoma que expresa. Incluye los estilos de vida físicos y sociales como posibles causas de patología (consumo de tabaco y alcohol, alimentación, estrés, ejercicio; y aislamiento social, estatus marginal, etc.). La atención sanitaria busca relaciones entre las reacciones fisiológicas y conductuales y los factores ambientales. El paciente-usuario es víctima de estilos de vida que debe cambiar para recuperar su salud. Incluye diferentes presupuestos teóricos: el modelo del estrés de W.Cannon, las etapas del ciclo vital de E.Erikson y los determinantes de salud de M.Lalonde (Velasco, 2009). Los factores a tener en cuenta en la relación profesional-paciente son la capacidad del profesional para asociar factores psicosociales y la capacidad de la persona para responder con cambios de vida conscientes voluntarios.

10.3.2. Teorías críticas

A lo largo del siglo xx surgen distintas corrientes de pensamiento (marxismo, estructuralismo, psicoanálisis, sociología del conocimiento) que van aportando diferentes enfoques al campo de la salud. Estas teorías otorgan un papel protagonista al usuario, que nos transmite su sentir no sólo físico, sino también las implicaciones sociales y la subjetividad psíquica del proceso de enfermedad. Puesto que es la persona la que vive y enferma, la importancia del contexto social, cultural e histórico es fundamental para interpretar y comprender el significado de la enfermedad. Cultura y sociedad se convierten en factores determinantes para la salud.

Los modelos de conocimiento van incorporando a la esfera biológica los objetos de estudio principales de sus teorías: la teoría ecosocial centra el interés en las esferas medioambiental y social, la teoría psicoanalítica en la psíquica, etc. Es el modelo biopsicosocial el que incluye aspectos de las tres esferas como base para la atención clínica, sintetizando en buena medida muchas de las ideas de los otros pensamientos.

10.3.2.1. Enfoque socialista

Los procesos de salud/enfermedad son influidos por la historia, las relaciones socioeconómicas y la estructura de clases sociales, según teoriza V.Navarro (Velasco, 2009). Las desigualdades sociales en salud son producidas por los efectos del sistema capitalista en cuanto a la redistribución de los recursos y la pobreza se convierte en un determinante principal de enfermedad. Los determinantes causales de salud son, además de la biología, la economía, el trabajo, la clase social y la repercusión de la pobreza. Este enfoque está centrado en la salud pública y en la intervención sobre políticas sanitarias que busquen la igualdad social más que en la clínica.

10.3.2.2. Teoría psicoanalítica

La enfermedad es la expresión de los conflictos del sujeto con las exigencias de la cultura y la sociedad en la que vive y con sus pulsiones y deseos. La teoría de la subjetividad aporta las explicaciones del significado de la enfermedad para cada persona, los determinantes de la enfermedad son la constitución de cada individuo, las disposiciones establecidas durante su desarrollo y las contingencias de sus relaciones personales y sociales. El modelo de atención se centra en el usuario como sujeto activo de la relación, el cual transmite el significado subjetivo de sus síntomas al profesional de la salud, quien establece con él una relación intersubjetiva de igual a igual.

10.3.2.3. Enfoque estructuralista

Este marco conceptual analiza la importancia de la estructura (sistema formado por elementos y sus relaciones, donde estas últimas tienen un carácter determinante) y los mecanismos de poder en la producción de las condiciones sociales, y por ende, las sanitarias. La enfermedad es el producto de la experiencia clínica del médico, el foco de atención (y no el paciente); el poder médico produce una medicalización en las vidas de las personas y aparece la yatrogenia como factor patógeno. El modelo de atención promueve al sujeto autónomo y trata de subvertir las relaciones de poder que la medicina establece en los sistemas de salud y que influyen en la práctica médica.

10.3.2.4. Teoría ecosocial

La enfermedad y el bienestar son expresiones biológicas de las relaciones en la estructura social por interacción con un sistema ecológico, esto es, la producción social de la enfermedad. Esta teoría utiliza la palabra *embodiment* para referirse a la incorporación a la esfera biológica de la esfera social y cómo repercute sobre esta primera derivando o no en enfermedad. Nos habla de que los individuos están determinados socialmente, por lo que el cambio de estilos de vida no es responsabilidad exclusiva de ellos. Habla de las desigualdades en salud producidas por las instituciones políticas y económicas que generan malas condiciones de vida. Es fundamental su desarrollo en salud pública. El modelo de atención se centra en la capacidad del profesional de la salud para visibilizar y transmitir la percepción de riesgos.

10.3.2.5. Teoría biopsicosocial

Cuando se incluyen el contexto social y la experiencia vivida del sujeto en los procesos de salud/enfermedad se atiende al ser y la enfermedad según la cultura en que se vive y en función de qué cosas experimenta una persona. La teoría biopsicosocial acuña un concepto de enfermedad basado en un proceso

integral biopsicosocial: son trastornos, malestares, problemas, etc., en los que el sujeto es parte activa de los mismos. La causalidad es determinada por factores de las tres esferas en combinación. El modelo de atención está centrado en el sujeto que habla (paciente-usuario) y el profesional sanitario que escucha. La atención está dirigida a la capacidad de cambio del usuario para evitar estilos de vida poco saludables, factores de riesgo y desencadenantes (atención a factores causales en el contexto social y las experiencias vividas). Se produce una asistencia clínica del encuentro donde la capacidad del profesional de la salud de escuchar, interpretar y comprender se conjuga con las posibilidades del usuario para expresar sus experiencias.

10.3.3. Teoría feminista de la salud

Fundamentada en el determinismo del sistema patriarcal, que a través de la opresión que ejerce sobre las mujeres provoca las relaciones de poder-subordinación/dominación entre sexos y las desigualdades en la salud de las personas. Las personas viven y enferman bajo los significados que cada cultura otorga a su sexo, esto es, el género. El proceso de salud/enfermedad tiene una parte biológica donde se expresan los conflictos de posición social, roles de género e identidad sexual. La enfermedad es multicausal, biopsicosocial y capaz de interaccionar. El modelo de atención se centra en la salud de las mujeres como sujetos sexuados, intenta clarificar e interpretar las experiencias de las pacientes y los factores sociales de opresión. Los modelos de atención se basan en el empoderamiento de las usuarias para restablecer la actividad y su autonomía. Los factores a tener en cuenta en la relación profesional/usuario son el sexo del profesional de la salud y de la persona usuaria, los estereotipos de género y los factores subjetivos que inciden sobre la diferencia sexual (Velasco, 2009).

10.4. Líneas de acción en la salud de las mujeres

Con la incorporación de la teoría feminista al campo de la salud, se

desarrollan a partir de distintos ejes tres líneas de pensamiento y acción en la salud de las mujeres. Estos ejes son las teorías de salud y los enfoques particulares de las teorías feministas concretas que subyacen en ellas (Velasco, 2009).

10.4.1. Línea de salud de las mujeres

Concordante con la teoría biomédica y el feminismo liberal y radical, se fundamenta en tratar los aspectos de salud propios y exclusivos de las mujeres (salud sexual y reproductora: anticoncepción, maternidad, climaterio, cáncer de mama, ovario y útero) y ofrecer una atención específica y diferenciada para ellas: son los programas de atención a la mujer, denominados programas de planificación familiar en sus primeros momentos y ampliados a programas de salud sexual y reproductiva posteriormente.

En esta línea no se cuestionan las diferencias entre los sexos ni se interviene en la estructura asimétrica de poder; por lo tanto, contribuye a mantener los factores de opresión de las mujeres. Se podría decir que es una línea de salud sin enfoque de género y la más ampliamente asimilada en las programaciones de salud.

10.4.2. Línea de las desigualdades de género

Está en concordancia con la teoría biomédica, con pinceladas de la teoría psicosocial junto con el feminismo socialista y el feminismo de la igualdad. En ella aparece el concepto de género y comienza a tratarse como una variable de estudio, produciendo una visibilización de las diferentes formas de enfermar. No trata únicamente los aspectos de salud de las mujeres, sino cómo es la enfermedad por el hecho de ser mujer (morbilidad diferencial). Además identifica las diferencias en acceso, diagnóstico, atención y tratamiento por el hecho de ser hombres o mujeres; esto es, sesgos de género. Se intentan identificar los estereotipos de género que motivan estos sesgos,

para estudiar y abordar las desigualdades en salud de hombres y mujeres. Se relaciona el estado de salud con variables socioeconómicas de género como el estado civil, el número de hijos, el cuidado de éstos, la doble jornada, el trabajo asalariado, los múltiples roles, etc.

Se propone la igualdad-equidad de género en la atención de salud como instrumento para solucionar las desigualdades que se producen en la atención sanitaria y las discriminaciones creadas a nivel político y de investigación.

10.4.3. Línea de análisis de determinantes de género

Concordante con la teoría biopsicosocial y los feminismos estructuralista, psicoanalítico y cultural, incluye el género como categoría de análisis que influye sobre el proceso de salud/ enfermedad; es decir, como determinante de la salud. Así pues, los condicionantes psicosociales del género (los roles, ideales y estereotipos de género construidos por una sociedad concreta, las posiciones psíquicas de feminidad y masculinidad construidas en base a modelos interiorizados, las formas de vivir, las relaciones y las actitudes de poder-subordinación entre los sexos) se presentan como factores de vulnerabilidad a la hora de desarrollar distintos estilos de vida, padecer enfermedades, acceder a la sanidad y morir. En definitiva, incluye factores sociales y psíquicos de género y la subjetividad o experiencia vivida.

Esta línea busca construir modelos de intervención que modifiquen los determinantes de género transformando las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de hombres y mujeres.

10.5. Recorrido histórico por las corrientes de pensamiento feministas

En el siglo xx, en torno a la década de los años sesenta en Estados Unidos y en Europa - aunque en España muy a finales de la década de los setenta - se producen una serie de movimientos asociacionistas de mujeres que

reivindican su liberación de las formas de vida que las oprimen y anulan; comienza la denominada segunda ola del feminismo, que tras el sufragismo (primera ola) reivindica la incorporación de la mujer a la vida pública, junto con una igualdad legal y formal (Beltrán, 2001).

El feminismo lo conforman diversas corrientes de pensamiento, en permanente evolución, que defienden la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres y la libertad para elegir el modo de vida que desean seguir, más allá de estereotipos y roles sexistas. Constituye una forma diferente de entender el mundo, las relaciones de poder, las estructuras sociales, las relaciones entre los sexos y la salud (Velasco, 2009). En la actualidad no puede hablarse de un solo movimiento feminista, sino de la suma de diferentes tendencias y corrientes de pensamiento que abordan desde distintas perspectivas su lucha por una sociedad en equidad. A continuación se resume muy sintéticamente cada corriente de pensamiento feminista, junto con sus autoras principales y sus aportaciones al campo de la salud (Beltrán Pedreira et al, 2001).

- El feminismo liberal aboga por la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, la incorporación de la mujer a la vida pública y una igualdad legal y formal reales. Afirman sus teóricas, entre otras Betty Friedan que la situación de desigualdad de la mujer es producto de una adjudicación injusta de derechos y oportunidades. En torno a la salud promueven la atención a las necesidades propias de la mujer en lo referente a sexualidad, reproducción y maternidad.
- El feminismo socialista, con Flora Tristán y Alejandra Kollontai como autoras destacadas, promueve el acceso de las mujeres al trabajo productivo para resolver la dominación que viven, efecto provocado por la familia patriarcal y la propiedad privada del sistema capitalista. En torno a la salud promueven la igualdad en el reparto y el acceso a los recursos sanitarios, entendiendo como factores de riesgo de la salud los

efectos de la división sexual del trabajo.

- El feminismo radical, con Kate Millet y Carol Hanisch como principales representantes, afirma que el sistema capitalista y patriarcal establece una política sexual que otorga poder a los hombres y subordinación a las mujeres y reivindica una revolución sexual. En torno a la salud, aboga por la oposición al poder médico a través de la apropiación del saber autogestionado sobre salud (control de la maternidad, anticonceptivos, aborto, libertad sexual, etc.) y lleva a cabo un importante desarrollo de grupos de mujeres para el apoyo mutuo, la autoayuda y el autoconocimiento.
- El feminismo cultural, representado por Adrienne Rich y Alice Echols, defiende que el sistema de opresión es la heterosexualidad y no el patriarcado; buscan la especificidad femenina a través del desarrollo de la ética del cuidado y de la maternidad. En torno a la salud, otorgan protagonismo a las funciones maternas y promueven espacios de desarrollo personal entre mujeres.
- El ecofeminismo agrupa tres corrientes, la clásico o radical y la espiritualista, donde Mary Daly y Vandana Shiva, respectivamente, hablan del patriarcado como mecanismo de explotación de las mujeres y de la naturaleza, y la constructivista, donde Bina Agarwal responsabiliza a los grupos dominantes que monopolizan el poder y el control de los recursos de las relaciones de poder-subordinación. En torno a la salud, proponen la dedicación de las mujeres a funciones del mantenimiento de la vida como algo natural (parto natural, lactancia prolongada, madres canguro, doulas, etc.) y en el tercer mundo promueven el empoderamiento personal y comunitario para apropiarse de los medios de producción de alimentos.
- El feminismo psicoanalítico aporta una teoría de la subjetividad donde la construcción de identidad (femenina o masculina) se produce en el

inconsciente del sujeto, espacio donde la sociedad patriarcal reprime la feminidad. Juliet Mitchell, Silvia Tubert y Luisa Muraro hablan de la internalización y reproducción de los mecanismos de opresión y subordinación por las mujeres. En torno a la salud, posibilitan el desarrollo del concepto de género en salud por el estudio de la construcción de la identidad sexual.

- El feminismo estructuralista, representado entre otras por Gayle Rubin, establece el sistema sexo/género en lugar del sistema patriarcal como explicativo de la opresión. Analiza la estructura de las relaciones de género como construcción sociocultural. En torno a la salud, analiza la estructura de los factores psicosociales de relaciones de género como construcción sociocultural (roles, relaciones de poder/subordinación, privación, violencia, etc.) y políticas (discriminación, relación con el poder); además promueve el empoderamiento de las mujeres y el estudio de los conflictos de identidad bajo la óptica de la construcción social del género.
- El feminismo postestructuralista o tercera ola, con Judith Butler entre otras autoras, propugna la diversidad de identidades y cuestiona el dimorfismo sexual heterocentrado: la categoría género no es universal. En torno a la salud, introduce la visión de los determinantes sanitarios de las singularidades subjetivas y la visión de múltiples variables a tener en cuenta a la hora de programar en salud (etnia, edad, clase, país, ideología, orientación sexual, etc.).
- La agrupación de posfeminismos, teoría queer y transgénero, donde destaca Judith Alberstam, habla de derechos igualitarios y subjetividad y libertad para elegir entre una diversidad de identidades sexuales no heterocentradas. En torno a la salud, visualiza la vulnerabilidad de estas diferentes identidades sexuales (estigmatización, discriminación, exclusión y violencia).

- El feminismo de la igualdad con Celia Amorós como principal representante, busca la igualdad (legal, social, laboral, de oportunidades) entre hombres y mujeres, ya que las diferencias y las identidades (masculina y femenina) son constructos socioculturales. En torno a la salud, quiere evitar sesgos de género en la atención, atender los factores de riesgo que son fuente de desigualdad en las formas de enfermar y desarrollar políticas de igualdad y equidad en los recursos sanitarios.
- El feminismo de la diferencia, con Luisa Muraro como principal representante, busca de la identidad de las mujeres a partir de las diferencias con los hombres, situándose en una reconstrucción de la identidad propia y exclusivamente femenina. La verdadera igualdad resultará de la exploración, conocimiento y asimilación de la disparidad entre hombres y mujeres y de la elección de caminos propios. En torno a la salud, realiza un análisis de la diferencia en la identidad femenina: ofrece métodos de atención diferencial a las funciones femeninas como maternidad, parto, puerperio y lactancia y espacios grupales de cuidado de salud entre mujeres para salud mental, climaterio, malos tratos, cáncer de mama y ginecología.

10.6. Conclusiones

La intervención en salud con enfoque de género se hace fundamental, no sólo por las instancias políticas y legislativas que nos aconsejan orientar nuestra práctica clínica hacia ello, sino por evitar llegar a situaciones de inequidad en salud, donde la atención que se presta es diferente para hombres y mujeres tanto por sus diferencias biológicas como por los condicionantes de género que influyen en la visión que tenemos como profesionales y en la visión que incorporamos como personas a nuestra asistencia.

Desigualdades de género. Morbilidad diferencial

11

11.1. Introducción

Dentro de la atención a la salud, se define como desigualdad de género en salud el trato diferente que reciben las mujeres en comparación con los hombres y que implica una situación desfavorable; la OMS lo denomina inequidad ya que es una situación injusta y evitable.

La mujer no presenta sólo diferencias al enfermar por ser mujer (sexo, peculiaridades biológicas, problemas exclusivos de las mujeres referidos a la capacidad reproductora), sino que también presenta diferencias en la forma de enfermar (morbilidad diferencial) con respecto a los hombres por ser seres humanos con características diferentes a los hombres. y por los condicionantes psicosociales de las enfermedades; es decir, todas aquellas variables psicosociales, económicas y culturales relacionadas con el análisis de género que afectan a estos procesos: clase social, nivel cultural, etnia, estilos de vida, situación laboral, doble jornada, carga de trabajo doméstico, estado civil, cuidado de hijos pequeños o personas enfermas, estereotipos sociales, múltiples roles, etc.

Además, se producen una serie de diferencias en cuanto al acceso a los recursos de salud, diagnósticos, tratamientos, etc., motivadas por estereotipos de género (los denominados sesgos de género).

11.2. El malestar de las mujeres

La situación de salud de las personas se contempla a través de dos prismas: las tasas de morbilidad de enfermedades diagnosticadas y estudiadas dentro del paradigma biomédico de atención y los datos de salud autopercebida, donde la subjetividad de las personas nos habla de su estado de salud y de cómo éste modifica su actividad personal, familiar, laboral, etc. Este estado de salud no se corresponde siempre con las enfermedades diagnosticadas, sino con cómo los individuos experimentan el proceso continuo de salud/enfermedad como parte de su vida (Velasco, 2006).

En la Encuesta Europea de Salud en España de 2009, la valoración del propio estado de salud por grupos de edad y desagregada por sexo nos muestra cómo en todos los grupos de edad los niveles de salud autopercebida como buenos son mayores en los grupos de hombres mientras que en las mujeres son mayores los niveles de salud autopercebida como malos o muy malos. (véase Figura 11.1. y Cuadro 11.1.)

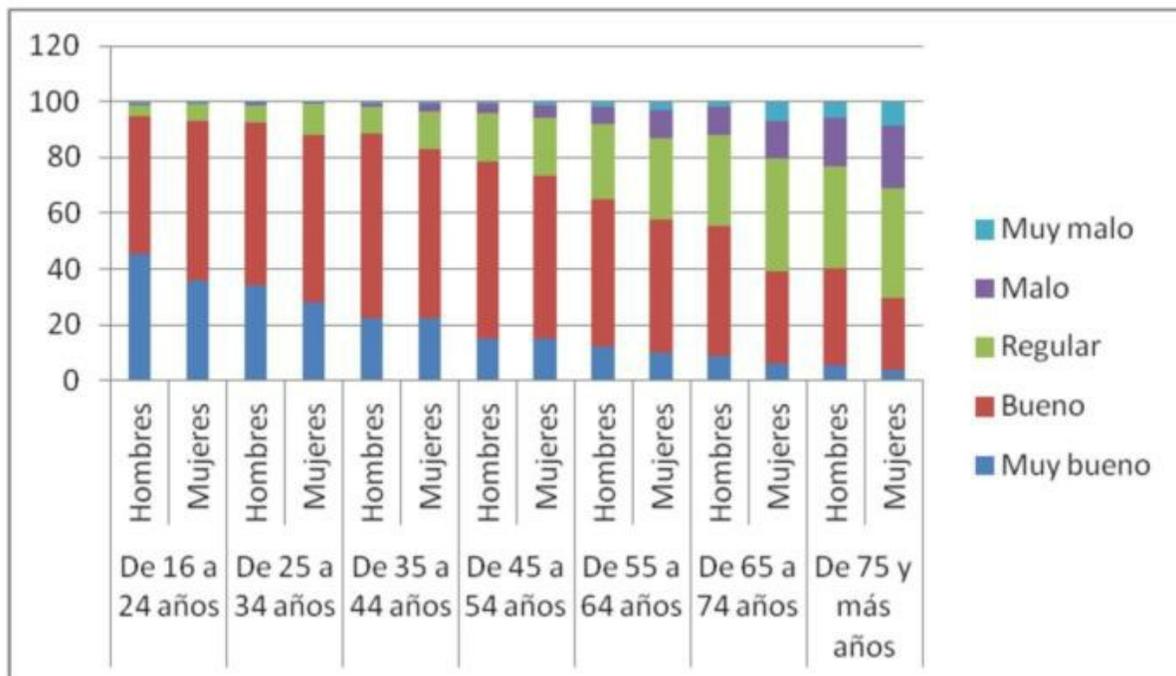


FIGURA 11.1. Encuesta Europea de Salud en España, 2009. Valoración del estado de salud percibido desagregada por sexo y grupo de edad.

Cuadro 11.1. Datos de la Encuesta Europea de Salud en España, 2009.
Valoración del estado de salud percibido desagregada por sexo y grupo de edad

Estado de salud	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Hombres					
De 16 a 24 años	45,43	49,62	3,82	0,68	0,46
De 25 a 34 años	34,29	58,29	5,9	1,11	0,41
De 35 a 44 años	22,25	66,17	9,54	1,38	0,66
De 45 a 54 años	14,91	63,86	17,16	3,34	0,74
De 55 a 64 años	12,38	52,8	26,6	6,65	1,56
De 65 a 74 años	8,97	46,69	32,52	10,01	1,81
De 75 y más años	5,63	34,7	36,45	17,39	5,83
Mujeres					
De 16 a 24 años	35,96	57,06	6,35	0,47	0,16
De 25 a 34 años	27,83	60,22	11,13	0,55	0,27
De 35 a 44 años	22,21	61,05	13,15	2,62	0,97
De 45 a 54 años	14,81	58,9	20,34	4,48	1,47
De 55 a 64 años	9,83	47,68	29,61	9,75	3,13
De 65 a 74 años	5,88	33,51	39,96	13,49	7,17
De 75 y más años	3,72	26,1	39,03	22,39	8,76

El malestar de las mujeres agrupa un conjunto de síntomas somáticos que en la atención sanitaria desde un paradigma biomédico no tienen atribuida una causa orgánica por ser valorados desde la perspectiva biologicista, sin tener en cuenta las esferas psicológica y social (que determinan el problema), las cuales conforman también al individuo y sí se consideran en el paradigma de atención del modelo biopsicosocial.

La teoría biomédica provoca sesgos en la atención que se corresponden con estereotipos de género. Estos estereotipos hacen que se asimilen como ciertas una serie de características (las mujeres son frecuentadoras de los servicios de atención primaria, tienen quejas inespecíficas, son más proclives a la depresión y ansiedad, presentan síntomas somáticos sin causa orgánica, etc.) que se aplican de manera homogénea al grupo de las mujeres y provocan estas diferencias en la atención sanitaria. Como ejemplo citaremos posteriormente algunas enfermedades endocrinas subclínicas que causan

cuadros sintomáticos similares a los ansioso-depresivos.

La OMS ha comunicado una mayor prevalencia, el doble en mujeres que en hombres, de síntomas tales como la depresión, la ansiedad, las quejas psicológicas y somáticas. Además la evolución de estos cuadros clínicos es peor en las mujeres, con mayor número de recidivas y cronificación de los procesos.

Se deben incluir en la atención sanitaria los elementos de carácter subjetivo que permitan conocer los elementos relacionados con la forma y los estilos de vida de esa persona: problemas, situación familiar, laboral, económica, etc., con el fin de llegar a una atención sanitaria no sesgada (pruebas distintas, distintos especialistas, síntomas no comprendidos, medicación con sedantes e hipnóticos, etc.) y donde la relación terapéutica sea la clave para visibilizar a través de la investigación y la docencia cómo las actividades y los roles cotidianos de las mujeres están asociados con el estado de salud percibido.

Los factores contextuales, de género, y subjetivos asociados a los procesos de salud/ enfermedad han de entenderse desde una concepción culturalista del funcionamiento humano y los procesos de salud/enfermedad. Así evitaremos una mala asistencia frente a la patología diferencial y una medicalización de los procesos naturales (Velasco, 2006).

11.3. Sesgos de género en salud

Desde la investigación, la docencia a los profesionales (tanto en pregrado como en posgrado) y, por supuesto, la atención sanitaria, se tomado como universal lo masculino, constituyéndolo como norma (Valls-Llobet, 2007). Es decir, lo humano es lo masculino y lo masculino es lo humano. Así, la perspectiva androcéntrica en las ciencias médicas no ha sabido ver los problemas y enfermedades específicos de las mujeres, que trascienden la biología propia y específica de su grupo humano. La salud de las mujeres es

el resultado de un conjunto de condicionantes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales y no sólo la salud sexual y reproductora.

En tomo a los años noventa del siglo xx, un grupo de investigadores internacionales impulsó la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y la aplicación del rigor científico al estudio de los problemas más prevalentes entre las mujeres. Hasta ese momento, las mujeres apenas tenían representación en los ensayos clínicos (los ensayos clínicos incluyeron en tomo a un 24% de mujeres en el año 2001); los datos que se obtenían en una cohorte predominantemente masculina se extrapolaban al uso clínico en las mujeres sin pensar que podrían tener efectos adversos o colaterales, en definitiva distintos a los que tenían los hombres, que era a los que se había estudiado. L.Verbrugge comenzó a señalar las diferencias en las enfermedades que afectaban a ambos grupos humanos, y comunicó una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de servicios sanitarios de las personas de sexo femenino; demostró que las mujeres tienen un menor nivel de estado percibido de salud que los hombres debido en mayor medida a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales (sedentarismo, paro, estrés físico y mental) que a las evidentes diferencias biológicas (Miqueo et al, 2001).

Esto puede favorecer la creación de un estereotipo social que provoque un trato desigual - y finalmente discriminatorio-. Por ejemplo, las estadísticas nos dicen que las mujeres acuden con mayor prontitud y más frecuencia que los hombres a los servicios sanitarios de atención primaria, que éstos utilizan más los servicios de urgencias y de atención especializada; este estereotipo favorece la idea de que las mujeres se quejan más por causas inespecíficas y que los hombres consultan cuando están más graves; así pues, este estereotipo adjudica menor credibilidad a las mujeres.

Los sesgos de género en salud se definen como errores en la asistencia

sanitaria (valoración, diagnóstico, tratamiento, acceso a los recursos, políticas y programas sanitarios) por no considerar las diferencias por sexo y los condicionantes de género (roles y estereotipos de género, formas de enfermar, etc.) a la hora de recibir dicha asistencia (Marts, 2002). Estos sesgos se pueden dar durante todo el proceso de atención sanitaria (valoración, diagnóstico y tratamiento) y en los procesos de investigación y docencia (Valls-Llobet et al, 2007). A continuación analizamos los tipos de sesgos según la fase de atención:

- Sesgos en la valoración de la normalidad clínica o analítica entendida como la normalidad del ser humano (lo masculino, que es el estándar donde se ha estudiado, se equipara a lo humano y se extrapola a lo femenino), cuando éste o aquel parámetro puede variar en función del sexo o del género; también se producen sesgos en los métodos de exploración.
- Sesgos en el diagnóstico por considerar que hombres y mujeres enferman igual, cuando no siempre es así; por considerar que al ser diferentes no pueden tener problemas similares, y por no tener en cuenta los condicionantes biopsicosociales de las enfermedades (no se relacionan los problemas de salud con variables como el trabajo, la composición y las cargas familiares, el nivel de ingresos, etc.).
- Sesgos en el tratamiento por aplicar terapias sin diferenciar la dosis o la vía de administración según el sexo.

11.4. Morbilidad femenina diferencial

La morbilidad diferencial femenina se corresponde con el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque en ellas sean muchos más frecuentes (Valls-Llobet et al, 2007). La morbilidad puede estar causada por:

- Diferencias biológicas con el sexo masculino, desde donde se construye una atención específica para las mujeres: los procesos derivados de la función reproductora: menstruación, embarazo, parto, climaterio, tumores ginecológicos, etc. (En sus inicios estas consultas se llamaban de planificación familiar, hoy en día son programas de atención a la salud sexual y reproductora).
- Altas tasas de prevalencia de enfermedades que afectan a ambos sexos pero que son más frecuentes en el grupo de las mujeres y son causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres en mayor medida que entre los hombres (anemias, dolor crónico, enfermedades autoinmunitarias y endocrinas, ansiedad y depresión).
- Factores de riesgo diferenciales, que deben ser abordados de distinta manera entre hombres y mujeres (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, obesidad), desde una perspectiva integral que contemple factores biopsicosociales y condicionantes de género como la doble jornada, la composición y las cargas familiares, el nivel económico y social, etc.

La morbilidad diferencial invisible es la constatación de la desigualdad entre hombres y mujeres en la atención sanitaria. Los procesos de invisibilidad de las manifestaciones diferenciales de las enfermedades, agrupándolas como signos y síntomas inespecíficos por no ajustarse al canon androcéntrico de sintomatología habitual, producen una mala asistencia de la patología diferencial: determinadas enfermedades no son bien tratadas, son mal valoradas, infradiagnosticadas y tratadas con retraso. Un ejemplo puede ser el de una mujer que acude a consulta por dolor abdominal alto que sube hacia la boca del estómago (dolor retroesternal), náuseas y ansiedad; está sufriendo un infarto de miocardio pero sus signos y síntomas no se ajustan al dolor precordial opresivo irradiado al brazo izquierdo descrito por la ciencia médica desde una visión androcéntrica.

Esto nos lleva a pensar que la ciencia médica debe cambiar de enfoque; la ciencia que viene es una ciencia diferencial: los hombres y las mujeres tienen diferencias no sólo biológicas (sexo), sino también por su diferente socialización y modelos de comportamiento (género) y presentan distintas formas de acceder a los servicios sanitarios, de manifestar sus síntomas, de experimentar una misma enfermedad, en la interacción con el personal sanitario, en la metabolización de fármacos, etc.

Se produce un cambio de paradigma en la atención sanitaria desde el modelo biomédico centrado en la enfermedad, que considera a la mujer cuidadora de la familia, hacia nuevos modelos centrados en la salud como fuente de satisfacción de las necesidades humanas, con la mujer situada en un contexto de desigualdad por las diferencias establecidas entre los grupos humanos (relaciones de poder-subordinación, división sexual del trabajo, doble jornada de las mujeres, etc.).

A continuación se describen brevemente los principales problemas de salud de la denominada morbilidad diferencial, que detecta situaciones de riesgo y enfermedades de mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

11.4.1. Sesgos en la investigación de la morbilidad específica: ciclo menstrual

Hasta mediados del siglo xx no se estudió el ciclo menstrual y de las hormonas hipofisarias para conseguir fármacos anticonceptivos. Las alteraciones del ciclo menstrual, como ciclos irregulares cada menos de 26 o más de 40 días, menstruaciones con más de 5 días de sangrado o con pérdidas mayores de 100 cm³ y con expulsión de coágulos o dolor, son claros indicadores de problemas de estrés o de nutrición. El estrés, que provoca a corto plazo metrorragias, a medio plazo genera anemias y ferropenias. Asimismo, deficiencias de progesterona que conducían a anovulaciones

estudiadas en atletas provocaban pérdida de masa ósea durante un año, mientras que, por contra, situaciones de hiperestrogenismo producían mama fibroquística, intensos dolores premenstruales y a largo plazo incremento de los miomas uterinos. Además, otros procesos como los trastornos de la función tiroidea, enfermedades autoinmunitarias, pérdidas de peso (anorexia) y la exposición a determinados agentes ambientales como la dioxina, los insecticidas organoclorados, sustancias químicas, ondas electromagnéticas o radiaciones ionizantes pueden influir en la normalidad del ciclo menstrual. En definitiva, los estilos de vida y las condiciones laborales, junto con las características personales y familiares de cada una de las mujeres, pueden modificar la armonía del ciclo menstrual y tener efectos no deseables sobre su salud.

11.4.2. Sesgos en el diagnóstico de la morbilidad invisible: anemias y déficit de reservas de hierro, déficit de vitamina D

Las anemias con déficit de glóbulos rojos y la deficiencia de reservas de hierro (por déficit nutricional o por exceso de sangrado menstrual) son las enfermedades más prevalentes en el sexo femenino. En los países desarrollados se estiman en un 11% y un 15%, respectivamente, las anemias en las mujeres en edad fértil y embarazadas, mientras que en los países en vías de desarrollo los porcentajes aumentan hasta el 50% y el 66%. Las consecuencias sistémicas del déficit de reservas de hierro incluyen falta de energía corporal, disminución de la capacidad de trabajo, cefaleas, irritabilidad, mareos, problemas en el desarrollo de escolares y adolescentes, alteraciones de la función inmunológica y la función cognitiva, conducta hiperactiva y consecuencias sobre las capacidades de atención, aprendizaje y memoria.

La deficiencia subclínica de vitamina D (incapacidad de mantener equilibrado el metabolismo del calcio, con niveles de 25-hidroxivitamina D menores de 12 ng/ml) tiene una prevalencia entre las mujeres en torno al 86%

frente a un 50 % en los hombres, según el estudio SENECA realizado en Europa (Valls-Llobet et al., 2007; Vander Wielen, 1995). Esta deficiencia constituye un factor de riesgo para la osteopenia y las fracturas óseas y también para el cáncer (mama, colón), la osteoartritis y la osteoporosis.

11.4.3. Sesgos en el diagnóstico de la morbilidad más prevalente y diferencial con respecto a la del sexo masculino

El dolor es la primera causa de consulta en atención primaria y de limitación crónica de actividad en España, siendo más prevalente en las mujeres por razones biológicas, autoinmunitarias, hormonales y por la potenciación del efecto autoinmunitario de los xenoestrógenos ambientales. Además, las condiciones laborales y familiares, como trabajos que implican carga emocional, doble jornada, etc., pueden aumentar cuadros con esta sintomatología. La fibromialgia, que tiene una incidencia del 3% en la población general, se da con una ratio de cinco mujeres por cada hombre afectado. Otras enfermedades que producen dolor (osteoartritis, artritis reumatoide, polimialgia reumática, lupus eritematoso) presentan mayor prevalencia en mujeres y mayor incidencia a medida que la edad avanza, de ahí la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial del dolor por estrés y sobrecarga emocional con enfermedades autoinmunitarias y reumáticas, sin olvidar la atención a las condiciones ergonómicas del trabajo de las mujeres.

Las enfermedades endocrinas presentan también mayor prevalencia en el grupo de las mujeres (Olea, 2000), siendo las de la glándula tiroidea en relación con el sistema inmunitario las más frecuentes. Por ejemplo, la tiroiditis autoinmunitaria o de Hashimoto afecta a nueve mujeres por cada hombre y aparece además en un 25% de éstas como tiroiditis posparto. La sintomatología del hipotiroidismo como cansancio, pérdida de memoria, dolor muscular generalizado y tendencia a la depresión pueden llevarnos al error de confundir un trastorno orgánico con un malestar psicológico.

La diabetes mellitus afecta en mayor medida a mujeres mayores de 40 años con sobrepeso y obesidad como factores predictores además de sedentarismo, tabaquismo, dieta pobre en fibra y con exceso de azúcares y grasas (Hu, 2001). Diversos estudios muestran cómo la mortalidad en esta enfermedad está ligada en mujeres a cifras de hemoglobina glucosilada altas y en los hombres a la presencia de microalbuminuria; frente a aumentos de creatinina en las mujeres, en el grupo de hombres aparecen aumentadas las cifras de ácido úrico y de triglicéridos.

Las enfermedades autoinmunitarias cuentan con una modulación hormonal de los fenómenos autoinmunitarios: los estrógenos estimulan la producción de anticuerpos mientras la progesterona realiza una función inmunodepresora. Ejemplos como la artritis reumatoide, que afecta al 2% de la población siendo el 75% mujeres, o el lupus eritematoso que afecta a nueve mujeres por cada hombre enfermo, presentan una sintomatología de malestar generalizado, cansancio y estado depresivo.

11.4.4. Sesgos en el diagnóstico y en la valoración de factores de riesgo relacionados con la mortalidad prematura

El grupo de enfermedades cardiovasculares se considera erróneamente un grupo de enfermedades masculinas: La prevalencia de enfermedad coronaria es superior en el grupo de hombres que en el de mujeres, pero la mayor esperanza de vida de las mujeres hace que el número absoluto de enfermedades coronarias en ellas sea finalmente superior. Se realiza un menor control de factores de riesgo cardiovascular en mujeres pensando que es una enfermedad de hombres, por lo que las mujeres afectadas llegan en peores condiciones al diagnóstico, y por supuesto al tratamiento (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

- En la prevención primaria se incluyen factores de riesgo como el tabaquismo o el consumo de alcohol (más propios de roles y estereotipos

masculinos) frente a otros como la obesidad, el hipotiroidismo, la proteína C reactiva, etc., sin que se haya establecido aún el papel del ácido acetilsalicílico en el grupo de las mujeres.

- En la prevención secundaria se utilizan menos los fármacos aconsejados en mujeres.
- En la prevención terciaria, el acceso a programas de rehabilitación cardiovascular es menor en mujeres.
- Por otro lado, la industria farmacéutica sigue presentando datos sin desagregar por sexo, aunque se ha demostrado el efecto diferencial de algunos fármacos como la digoxina en la insuficiencia cardíaca, con mayor mortalidad frente al placebo en las mujeres.

Respecto al cáncer de mama, en España se producen unas seis mil muertes anuales y es la segunda causa de muerte en mujeres en números globales de tumores. Existen unos factores de riesgo clásicos: ser mayor de 60 años, de clase socioeconómica alta, soltera, en residencia urbana, de raza blanca, con un primer embarazo después de los 30 años, obesa, con menarquía precoz y menopausia tardía, con historia familiar de mama fibroquística o cáncer de mama y con aplicación de radiaciones ionizantes. Se han identificado también otros factores como la falta de ejercicio físico, la baja ingesta de vitamina E y betacaroteno (ha de ser mayor de 20 miligramos diarios) e ingesta moderada de alcohol. Se ha establecido la correlación entre anticonceptivos hormonales e incremento del riesgo de cáncer de mama en mujeres con historia familiar previa, aunque para el resto de grupos sigue sin establecerse una clara correlación. Los estrógenos (endógenos y exógenos) y las radiaciones ionizantes pueden producir cáncer de mama al incrementar la estimulación hormonal total de la misma.

Dentro del cáncer de pulmón, el crecimiento exponencial en las curvas de incidencia en el grupo de las mujeres hace prever que en veinte años se

igualen las tasas entre hombre y mujeres. El incremento del hábito tabáquico en las mujeres menores de veinte años ya es mayor que en el grupo de los hombres y el sesgo producido en la valoración del hábito tabáquico como factor de riesgo de cáncer de pulmón en las mujeres ha de eliminarse de todas las atenciones sanitarias.

11.5. Conclusiones

Como profesionales de la salud, desde el ámbito de la enfermería se han de tener en cuenta los distintos condicionantes biopsicosociales y de género a la hora de ofrecer una atención de salud basada en el principio de equidad, donde las personas no reciban diferente atención ni por su sexo ni por los estereotipos de género que puedan influir en la visión que los profesionales de enfermería tienen de las personas a las que cuidan.

Intervención de enfermería ante situaciones de desigualdad de género en salud

12

12.1. Introducción

La OMS afirma que para conseguir los más altos niveles de salud las políticas sanitarias deben reconocer que los hombres y las mujeres, debido a sus diferencias biológicas y a los determinantes de género, tienen diferentes necesidades y oportunidades en el ámbito de la salud.

Para que la atención en salud se rija por los principios de equidad, justicia y universalidad, una de las líneas de trabajo es incluir de manera transversal en las políticas y programas de salud la perspectiva de género, puesto que el género es un determinante de la salud. El proceso técnico y político del mainstreaming de género en salud requiere de importantes cambios en la cultura organizativa y en la manera de pensar de las agencias, gobiernos y organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la salud, los cuales finalmente han de desarrollar una asistencia de calidad con enfoque de género y equitativa para todos los seres humanos (Snow, 2007; Sen et al., 2007).

Así pues, al aplicar el enfoque de género en la asistencia de salud se debe realizar un análisis de las dimensiones del sujeto en tres niveles; no sólo el biológico, sino también el psicológico y el social, que determinan

representaciones, actitudes y conductas en la relación con el otro sexo y nos permiten comprender aquellos condicionantes de género que están generando factores de riesgo para la salud.

12.2. Modelo de análisis de determinantes de género: interacción entre el sistema biopsicosocial y el sistema sujeto/sexo/género

El modelo biopsicosocial entiende que el ser humano está conformado por tres esferas que se relacionan entre sí, ofreciendo una visión integral de su salud (Velasco, 2009b):

- **Biológica:** el cuerpo, lo real, la parte genética, anatómica y fisiológica de cada persona; las maneras de enfermar de una u otra manera. Se interrelaciona con la esfera psíquica a través de los efectos psicossomáticos, efectos de las representaciones mentales sobre el cuerpo.
- **Psíquica:** lo simbólico, la realidad mental de cada ser humano, las representaciones y posiciones subjetivas de cada individuo. Comprende los recuerdos, afectos, ideales, deseos, identidades, etc. Se interrelaciona con la esfera social a través de la simbolización de las representaciones sociales con las percepciones singulares del sujeto y con los afectos de la vivencia de esos procesos; esto es, el significado particular de cada experiencia social en cada sujeto.
- **Social:** representaciones colectivas, roles marcados por la sociedad, vínculos y relaciones con otros seres humanos, identificaciones en tanto que iguales y diferentes a través de las relaciones ("nuestra imagen reflejada en el espejo que son los demás", Velasco, 2009a) y con modelos ideales socialmente construidos. Se interrelaciona con la esfera biológica a través del recubrimiento de lo imaginario y las posibles connotaciones sexistas que se pueden dar.

El sistema sexo/género fue propuesto por la antropóloga Gayle Rubin en

1975 (Rubín, 1986). Es un conjunto de disposiciones para analizar cómo la cultura y la sociedad utilizan las diferencias biológicas que existen entre los hombres y las mujeres. La organización social en función del género asigna actividades, funciones, relaciones y poderes específicos a los hombres y las mujeres; el sistema construye normas, representaciones, prácticas sociales y relaciones de poder-dominación-subordinación para asignar espacios, tareas, deseos, derechos, obligaciones, prestigio y demás a los sujetos (hombres y mujeres) y propiciar el acceso a los recursos sociales, con significados específicos en las distintas culturas, grupos sociales y momentos históricos.

Trasladados estos conceptos a las tres esferas del modelo biopsicosociales (Velasco, 2009b), queda lo siguiente:

- **Biológica:** realidades anatómicas referidas al sexo, entendido como un continuo cuyos extremos son macho y hembra (intersexos con modalidades genéticas y físicas distintas).
- **Psíquica:** posiciones subjetivas de feminidad y masculinidad, nuestras identidades, representaciones psíquicas de la realidad (el lugar que ocupamos con respecto al otro y los afectos que este lugar que ocupamos nos provocan).
- **Social:** construcción de nuestra identidad social a partir de roles de género establecidos en cada sociedad, cultura y momento histórico, identificación como hombre o mujer a través de los procesos de socialización. Simone de Beauvoir dijo: "La mujer no nace, se hace".

Así pues, el género se compone de la interiorización de las posiciones psíquicas subjetivas de masculinidad o feminidad y de los procesos de socialización como hombre o mujer de la persona. El modelo de género nos indica los roles de género, las identidades de género, los atributos sociales y los ideales subjetivos de feminidad y masculinidad que cada persona desde una posición subjetiva se construye.

Con la introducción del sujeto en este sistema (Velasco, 2009a), se explica que las relaciones entre los sexos se organizan en función de las funciones asignadas en la estructura social de género de cada sociedad y en un momento determinado, atendiendo a los tres componentes: condiciones de los sexos, identidades singulares de las personas y relaciones de género.

12.2.1. Factores determinantes de riesgo para la salud

Los factores determinantes de riesgo para la salud (Velasco, 2009b) serían:

- Factores biológicos: los que proceden de la genética y la constitución del cuerpo, en el que además influyen el medio ambiente, el consumo de tóxicos, los efectos de los estilos de vida y los cuidados referentes a alimentación, ejercicio, descanso, etc., el consumo de tabaco, alcohol y drogas y el desgaste físico propio del envejecimiento.
- Factores socioeconómicos: los que proceden de la clase social que se ocupa, las condiciones de trabajo, las condiciones económicas, el nivel educativo, etc.; en definitiva aquellas condiciones que influyen y regeneran estereotipos sociales del modelo tradicional, donde la mujer se encarga del trabajo doméstico y el hombre del trabajo productivo remunerado, con la consiguiente desvalorización de las mujeres y su repercusión en la vida pública y laboral. La OMS afirma en distintos informes (Snow, 2007; Sen et al., 2007) que estos estereotipos sociales desfavorables para las mujeres provocan inequidades (diferencias en cuanto a contratación, salario, formación, segregación en sectores y ocupaciones, etc.) que repercuten en desigualdades y riesgos para la salud. Las diferentes condiciones de trabajo, tanto físicas como mentales, provocan según el modelo de género tradicional mayor número de accidentes y con más víctimas mortales en los hombres, junto con una mayor exposición a ruidos, vibraciones, temperaturas extremas y levantamientos de peso excesivo; mientras, las mujeres, por trabajar más

cara al público, realizar posturas forzadas y movimientos repetitivos presentan con más frecuencia estrés y problemas musculoesqueléticos. Por el contrario, el trabajo remunerado fuera del hogar, además del doméstico, puede ser un factor protector frente a las mujeres que realizan únicamente un trabajo no remunerado doméstico siempre que se den características y ambiente de trabajo positivos, que hagan del trabajo fuente de autoestima, identidad y apoyo social, y que la combinación del trabajo productivo y doméstico se combinen con roles familiares de manera que no se produzca conflicto ni sobrecarga. La multiplicidad de roles (madre, trabajadora, amiga, perteneciente a colectivos varios como sindicatos, asociaciones, etc.) es un factor protector de la salud en tanto que se produce en distintos espacios públicos y privados, además del espacio doméstico familiar, y forma parte de distintas redes sociales, por lo que el apoyo social que de ellas se obtiene determina la buena salud y el bienestar psicológico.

- **Procesos psicosociales de vulnerabilidad:** son aquellos factores de riesgo que tienen que ver con las circunstancias sociales, la biografía, los acontecimientos vitales, etc. Determinan la salud cuando deterioran las capacidades y recursos de los sujetos para resolver problemas y vivir con sentido. Son las carencias en su vertiente psicosocial: pobreza, pérdidas, frustración, conflictos laborales y falta de reconocimiento, conflictos de pareja y familia, sobrecarga o contradicción de roles de género, desarraigo, exclusión social y ausencias de vías de realización personal (simbolizaciones que le sitúan en el mundo y le dan sentido: el trabajo, el saber, la maternidad y la paternidad, el amor, la creación, el encuentro significativo con los otros, etc.); si las circunstancias sociales impiden que exista al menos una de estas vías el sujeto queda en riesgo de enfermar). Además, la vivencia subjetiva y el significado que cada persona le da a lo vivido pueden entenderse como factores de riesgo o protectores, puesto que en circunstancias similares dos personas pueden desarrollar estrategias de adaptación diferentes según el significado que

otorguen a dicha vivencia, según vean y vivan "su" realidad. Así pues, las posiciones subjetivas de pasividad tendentes a desarrollar inhibición y dependencia serán factores de vulnerabilidad: tristeza, soledad, desamor, rabia, odio, miedo, vacío y ruptura con los ideales, entre otros.

12.2.2. Procesos psicosociales protectores de la salud

Son todos aquellos dirigidos a influir de manera positiva sobre el proceso de salud enfermedad y sobre factores de protección que actúan en las esferas:

- Biológica:** aquellas condiciones, circunstancias e intervenciones dirigidas a cuidar el cuerpo con el fin de favorecer un buen funcionamiento orgánico; por ejemplo, alimentación saludable, ejercicio físico, evitar tóxicos, etc. Se debe escuchar los significados subjetivos de los síntomas corporales, esto es, comprobar si las manifestaciones corporales guardan relación con algún hecho biográfico determinado.
- Social:** aquellas condiciones, circunstancias e intervenciones dirigidas a formar parte activa de la sociedad tanto a nivel individual como colectivo, intervenir en el cambio de la estructura socioeconómica causante de desigualdades mediante el empoderamiento individual y colectivo, realizarse como persona a través de distintas vías.
- Psicológica:** aquellas condiciones, circunstancias e intervenciones dirigidas a mantener la autonomía, la independencia y un proyecto vital propio, sin dejarse atrapar por ideales o modelos sociales preponderantes, relativizando el éxito y el fracaso e interrogándose por los significados de las posiciones subjetivas.

12.3. Modelos de género como determinantes psicosociales de salud

Los modelos de género son conceptualizaciones teóricas que nos ofrecen un marco de referencia para analizar y comprender fenómenos relativos al

género dentro de un contexto histórico y sociocultural concreto (Velasco 2009a, 2009b). Los estereotipos sociales que se generan en cuanto al género, es decir, la supuesta forma en que hombres y mujeres deben comportarse de manera ideal, influyen no sólo en el desempeño de los roles y las posiciones subjetivas de las personas, sino también en las relaciones que entre ellas se establecen, también en el ámbito de la salud. Por ejemplo, los profesionales que trabajan en salud, en función de estereotipos sociales y modelos de género, esperan que una persona se comporte de manera distinta en cuanto a las formas de enfermar y de consultar por ser hombre o mujer (o persona intersexuada o transexual) y atienden a estas personas en función de su propio modelo de socialización de género. La misma socialización en uno u otro modelo expone a las personas a determinados procesos de vulnerabilidad que pueden derivar en riesgos para la salud.

A continuación se describen cuatro modelos de género, analizando las formas de relación entre las personas, los roles y estereotipos asociados a los ideales de feminidad y masculinidad. Se describen también los principales procesos de vulnerabilidad por los roles desempeñados y por el conflicto entre el ideal de feminidad y masculinidad definido por la sociedad y desempeñado (Velasco 2009a, 2009b).

12.3.1. Modelo tradicional

En este modelo el núcleo social básico es la familia jerarquizada, motivo por el cual una pareja se une a través de un contrato matrimonial, que exige permanencia y exclusividad en la relación y la obligación de tener hijos. La relación en la familia se da entre un hombre y una mujer con una clara división sexual del trabajo (productivo/reproductivo) y del ámbito de acción (público/privado). Las relaciones jerarquizadas establecidas, de podersubordinación, imponen roles muy diferentes, dicotomizados, como respuesta a papeles distintos que los individuos desempeñan en la sociedad: el hombre como sujeto y la mujer como objeto. Así pues, los ideales de

masculinidad responden a actitudes de poder, potencia y propiedad; y los de feminidad a actitudes de subordinación, entrega y pasividad. Para el hombre, la realización personal pasa por ser el padre de familia trabajador que ostenta el poder económico; para la mujer, la realización es la maternidad y el cuidado.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género en la mujer son: dependencia y subordinación al hombre, falta de autonomía, reclusión en el espacio doméstico que provoca aislamiento y falta de apoyo social, pasividad, trabajo invisible y desvalorizado, sobrecarga como cuidadora física y emocional, abusos y malos tratos, falta de proyecto vital propio y de tiempo de cuidado para sí misma.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por conflicto con el ideal de feminidad en la mujer son: dependencia afectiva, exposición a abusos, sexualidad pasiva, sentimiento de obligación de cuidar, conflicto con el ideal maternal si hay problemas de esterilidad.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por el rol de género en el hombre son: situaciones de riesgo como demostración de fortaleza y de invulnerabilidad (accidentes, consumo de tóxicos, etc.) y cuando existan dificultades con el papel de sostenedor de la familia (económico, poder).

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por conflicto con el ideal de masculinidad en el hombre son: intolerancia a ser abandonado por la mujer (es su propiedad) y uso de la violencia, vulnerabilidad de la potencia sexual en relación con pérdida de trabajo, desvalorización social, envejecimiento.

12.3.2. Modelo en transición

En este modelo el núcleo social básico es la pareja, que se une por amor y

crea una familia en base a un proyecto de vida compartido. Se da entre dos personas con fantasía de permanencia y exclusividad aunque en la práctica la unión puede no ser permanente, se dan formas de convivencia cambiantes; los hijos son un proyecto común. Las relaciones establecidas no son jerarquizadas, son relaciones de sujeto a sujeto igualitarias en derechos y poder: ambas personas tienen trabajo remunerado fuera del hogar, el trabajo doméstico es el que se reparte de manera desigual. La dependencia es mutua, afectiva y económica. En este modelo, los ideales se dicotomizan en la intimidad: el ideal de masculinidad responde a actitudes de actividad, capacidad y superioridad relativa a la mujer mientras que el ideal de feminidad mantiene valores íntimos tradicionales de entrega, sostén de la vida cotidiana, afectividad, cuidado, etc. En cuanto a la realización personal, el hombre tiene un proyecto público, además del mantenimiento satisfactorio de la relación de pareja y la paternidad nominal, y de responsabilidad social; por el contrario, la mujer tiene también un proyecto propio que combina con el mantenimiento satisfactorio de la relación de pareja y la vía de la maternidad cuidadora.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género en la mujer son: sobrecarga por doble y triple jornada, cuidado de dos o más hijos pequeños, mito de la "supermujer", carga monoparental, frustración del proyecto personal, infravaloración del trabajo remunerado frente al masculino, acoso laboral.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por conflicto con el ideal de feminidad en la mujer son: techo de cristal, conflictos de pareja por redistribución del poder que pueden terminar en ruptura o abandono con su consecuente duelo, dificultades en compatibilizar el ideal maternal con la vida real.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género en el hombre son: los conflictos de pareja provocados por la pérdida de

posiciones de privilegio, al acceder a nuevos roles de cuidados (participación compartida de tareas domésticas) pueden sentirse cuestionados por el entorno más cercano, pérdida de contacto y cotidianeidad con los hijos tras separación de la pareja o carga monoparental en soledad.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por conflicto con el ideal de masculinidad en el hombre son: nostalgia del rol dominante y los privilegios que producía, conflictos de pareja por redistribución de poder, autonomía y funciones, confrontación con nuevos modelos de masculinidad.

12.3.3. Modelo contemporáneo

En este modelo el núcleo social básico es el individuo, que se une por amor o por relación sexual estable para compartir y facilitar los proyectos de vida individuales, mediante la alianza de recursos. Se da entre dos personas de cualquier sexo, con distintas modalidades de convivencia y la unión no es permanente ni exclusiva; puede no haber contrato social. Las relaciones no son jerarquizadas, son relaciones de sujeto a sujeto igualitarias en derechos y poder, con prioridad de los valores de libertad individual. Los hijos son proyectos individuales sumables. Los roles son multifuncionales: trabajo productivo y reproductivo para ambos miembros de la pareja. En este modelo los ideales de masculinidad y feminidad tienen los mismos atributos: actividad, seguridad, inteligencia, comprensión, actividad sexual, capacidad. La realización personal para hombres y mujeres pasa por la realización de un proyecto vital propio tanto profesional como amoroso, además de la paternidad y maternidad consciente, responsable, elegida y conciliada con la vida profesional.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género en la mujer y en el hombre son: competitividad por el ideal de éxito personal y social, con la consecuente rivalidad y distanciamiento, falta de realización de maternidad o paternidad por asincronía del deseo en la pareja o por

competencia con proyecto individual.

Los principales procesos psicosociales de vulnerabilidad por conflicto con el ideal de feminidad y masculinidad en la mujer y en el hombre son: ideal de eterna juventud que provoca una insatisfacción con el propio cuerpo, restricción dietética en mujeres y vigorexia en hombres, tendencia al consumo para transformar la imagen, sobreexigencia de satisfacción sexual o pérdida de interés en la pareja, reajuste de identidad con parejas sucesivas, periodos largos de soledad y búsqueda de nueva pareja que producen frustración, sentimientos de fracaso y abandono.

12.3.4. Modelo igualitario

En este modelo de futuro, las relaciones se producen entre iguales, personas de cualquier sexo y con diversas posibilidades de orientaciones sexuales. La igualdad se da en las esferas pública y privada. Desaparecen las contradicciones entre los ideales sociales y los personales puesto que las personas rompen con los ideales de modelos tradicionales, se generan actitudes de autonomía e independencia, se comparte y concilia la esfera de los cuidados y de sostén de la vida con la esfera pública y el trabajo productivo para ambos sexos. El empoderamiento individual y comunitario de las personas facilita estos cambios. Los procesos de vulnerabilidad en este modelo vendrán determinados por situaciones de soledad, desarraigo, exclusión social y factores socioeconómicos, nivel de estudios, situación laboral, etnia, cultura de origen, etc.

12.3.5. La influencia directa de los modelos de género en la salud

Los modelos expuestos nos permitirán comprender mejor, cómo los determinantes de género pueden entenderse como determinantes del estado de salud, en tanto que los procesos de vulnerabilidad que pueden padecerse por estar socializados en uno u otro modelo y con un contexto histórico y

sociocultural determinado definen situaciones de salud en relación con otros factores como la clase social, el nivel educativo, la situación laboral, la etnia, la cultura de origen, etc. Por ejemplo, está la vulnerabilidad selectiva por clase social: entre mujeres de entre 45 y 65 años, en España el 50% son amas de casa y desempeñan el rol de cuidadoras del modelo tradicional que cursa con múltiples problemas de salud (depresión, agotamiento, ansiedad, enfermedades osteoarticulares, dolor crónico). Sin embargo, no se encuentra casi ninguno de estos problemas de salud en mujeres de clase social alta, ya que su rol, influido por atributos de clase, valida subjetivamente el hecho de que deleguen la función del cuidado físico de otros en personas contratadas.

Se debe a su vez, identificar y analizar los estereotipos sociales como profesionales de la salud ya que éstos influyen sobre nuestra manera de atender a las personas; por ejemplo, pensar que las mujeres se quejan demasiado porque son más débiles afectivamente viene determinado por un estereotipo del modelo tradicional de género. El hecho de dar menos importancia a sus síntomas produce sesgos en la atención sanitaria y en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Entender el contexto social y subjetivo de la persona junto con otras características sociales ayuda en la clínica a comprender la realidad de los pacientes y, por ende, ofrecer una mejor atención.

12.4. Método para la práctica clínica con enfoque de género aplicado a la enfermería

El profesional de enfermería que trabaja desde el modelo biopsicosocial con enfoque holístico debe dar un paso más y añadir la perspectiva de género para que su enfoque sea integral y su asistencia no se vea sesgada por condicionantes de género. Sara Velasco (2009b) propone un método para la práctica clínica con enfoque de género cuyos pilares principales son dos: en primer lugar, mantener una "mirada de género", esto es, atender a los procesos de género como determinantes de los procesos de salud/ enfermedad

(valorar el sexo, los modos de vida y los factores de los procesos de salud/enfermedad condicionados por roles y vivencias de género); y, en segundo lugar, tener una mirada vigilante a la atención ofrecida por los profesionales, analizar las posibles actitudes estereotipadas por condicionantes de género que pueden producir sesgos en la atención sanitaria.

Para ello utiliza un modelo de atención biopsicosocial donde la atención se centra en el paciente; la clínica de la escucha nos permite subjetivar lo psicosocial, localizando hechos biográficos y acontecimientos vitales significativos. Se pretenden cambios de posición subjetiva y de actitudes de los pacientes. Se propone reequilibrar la relación de poder que se establece con el paciente-objeto y sustituirla por una relación entre sujetos, ambos activos en el proceso, y donde el paciente es quien tiene el conocimiento sobre sus padecimientos y debe participar en la toma de decisiones respecto a su salud.

Como profesionales, no debemos dejar de reflexionar acerca de la influencia de estereotipos en nuestras actuaciones, que nos pueden inducir a ofrecer una atención sesgada por lo que se recomienda reflexión constante sobre nuestras representaciones sociales, estereotipos y actitudes en la práctica clínica.

12.5. Líneas políticas

El plan de calidad del sistema nacional de salud del año 2010 incluye un apartado específico donde se propone "fomentar la equidad". Para ello, dentro de la estrategia número 3, que quiere impulsar políticas de salud basadas en mejores prácticas, el segundo objetivo que maneja habla de "impulsar políticas de salud sexual y reproductora que mejoren la calidad de la atención sanitaria y promuevan las buenas prácticas". Dentro de esta línea de atención específica a las mujeres o línea de salud de las mujeres, el discurso del Ministerio se amplía con lo que posteriormente llama "inclusión de la

transversalidad de género en la salud sexual y reproductiva", que incorpora la salud sexual como parte integrante del bienestar y la salud de las personas, así como a distintos grupos poblacionales (intersexos). Además el sujeto de la atención en cuanto a salud reproductora deja de ser la mujer en solitario y pasa a ser "la mujer, la pareja, la criatura y la familia en su conjunto". De igual manera introduce la orientación de la práctica clínica no sólo en base al conocimiento científico, sino a las "necesidades específicas de las diferentes personas implicadas".

Dentro de la estrategia número 4, que pretende reducir inequidades en salud, con énfasis en las desigualdades de género, el Ministerio propone promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud a través, fundamentalmente, de la formación de los profesionales sanitarios y la transversalidad de género en las políticas y estructuras del sistema nacional de salud (el plan del año 2006 ya incluía sendos apartados sobre sesgos de género y morbilidad diferencial). Se incluye también una línea específica sobre promoción de la calidad en la asistencia a las mujeres que padecen violencia de género.

12.6. Conclusiones

Los profesionales de enfermería se encuentran en una posición privilegiada para integrar el enfoque de género en la atención sanitaria: la visión holística e integral que los profesionales de enfermería tienen del sujeto, junto con las distintas corrientes teóricas del pensamiento de enfermería que incluyen un enfoque biopsicosocial para la atención, con sus diferentes aplicaciones a los distintos modelos teóricos, hacen factible la incorporación de la perspectiva de género como una parte más de la individualización de los cuidados durante todas las etapas del proceso de atención sanitaria.

Parte VI

**VIOLENCIA DE GÉNERO,
DOMÉSTICA Y PERFILES DE
POBLACIÓN MALTRATADA**

Perspectiva jurídico-social. Políticas de salud y género

13

13.1. Introducción

Existe la obligación, como mandato expreso de la Constitución Española, de proteger la salud pública, entendida como la salud de todos los ciudadanos del territorio español (art. 43). Como consecuencia de dicha obligación de los poderes públicos de proteger la salud, se produce la creación de políticas de actuación en materia sanitaria, cuya competencia exclusiva corresponde al Estado. Será éste el que regule acerca de las políticas sanitarias y todas aquellas materias adyacentes que afecten de modo directo o indirecto a la protección de la salud, entre ellas la normativa en materia de género, una de las más importantes desde hace una década. Ahora bien, a partir de las pautas generales que ofrece el Estado, son las Comunidades Autónomas las que poseen la competencia de la gestión de dichas políticas.

Las políticas sanitarias se crean a través de una legislación estatal específica que ofrezca las bases y la orientación necesarias para que las Administraciones Públicas Autonómicas, encargadas de la gestión, puedan llevarlas al terreno práctico.

En materia de salud, la legislación específica se convierte, a través de otras normas, en derechos y beneficios sociales reconocidos a los ciudadanos y, en el tema que nos ocupa, específicamente repercute a la mujer y en última

instancia habrá de tener una incidencia positiva en su protección sanitaria, prevención, tratamiento, información, investigación, etc.

Es este desdoblamiento de normas (generales, específicas, subsidiarias, etc.) lo que nos conduce a analizar las políticas de salud y género desde distintas perspectivas, para poder tener una visión global de su repercusión en la sociedad, y en particular en el colectivo de mujeres.

Desde una primera perspectiva, jurídica, el análisis nos lleva a lo ya señalado: existe una legislación nacional específica que protege en exclusiva derechos reconocidos a las mujeres (por ejemplo la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo). No obstante, existe en paralelo una legislación propia de las Comunidades Autónomas que tendrá que ir siempre orientada a completar la nacional, puesto que, como ya se ha dicho, las competencias en materia de salud corresponden al Estado.

La existencia de legislación de género propia en el ámbito sanitario exige a su vez la creación de mecanismo jurídicos específicos encaminados a la protección absoluta del contenido de las normas.

Toda esta protección que se pretende brindar a la mujer, en su conjunto, se puede analizar desde tres perspectivas complementarias: jurídica, social y sanitaria. Entre todas ellas se construye un conjunto normativo que tiende a dicha protección de la mujer desde todos los ámbitos posibles.

13.1.1. Perspectiva jurídica

Como base de la pirámide, es de vital importancia la existencia de normas que ofrezcan contenido a la protección de la mujer en la sociedad.

La Constitución Española recoge diversos artículos en los que se crean y protegen derechos relativos a la salud, la igualdad y la protección de ambas.

Esta norma, base del ordenamiento jurídico español, recoge derechos y a su vez genera mandatos a los poderes públicos encargados de dicha protección de los ciudadanos españoles (arts. 9.2, 14, 32, 39.2 y 43, entre otros).

En los últimos años se han venido aprobando nuevas normas tendentes a la protección de la mujer, en particular ante situaciones sociales comprometidas, de esta forma en 2004 entró en vigor la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LO 1/2004) cuya misión es proporcionar mecanismos específicos para la protección de las mujeres en situaciones de violencia de género.

Posteriormente se promulgaron normas más específicas, como la Ley de Igualdad (LO 3/2007), cuya función es orientar cómo deben ser interpretadas el resto de normas. La misión de esta norma no es tanto crear nuevos derechos como modificar aquella normativa que sí es creadora de derechos para que éstos sean de aplicación igualitaria a hombres y mujeres, así como llevar a cabo una política social de igualdad más efectiva.

13.1.2. Perspectiva social

En este punto procede analizar los beneficios sociales de los que se aprovecha la mujer en particular. Utilizaremos el término social para referirnos a las normas relativas al ámbito laboral y de la Seguridad Social que generan una mejor situación de la mujer, y cuyas consecuencias reportan beneficios en distintos planos de su proyección social. Para ello se analizan como normas básicas el Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores) y la Ley General de Seguridad Social (Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social).

13.1.3. Perspectiva sanitaria

Se pretende conseguir una mejor y más completa protección de la salud de la mujer gracias a medidas jurídicas y sociales. Si bien no existe una legislación específica que proteja de forma particular la salud de la mujer como un bien en sí mismo, sí que gracias a la legislación en materia de igualdad o de violencia de género se crean políticas especiales que redundan en beneficio de la salud de la mujer.

Es todo este conjunto de contenidos el que nos conduce al análisis de los conceptos detallados a continuación.

13.2. Conceptos y definiciones

13.2.1. Igualdad

El concepto de igualdad, que será necesario para, a su vez, poder definir la violencia de género más adelante, viene definido por la Ley Orgánica 3/2007 en su artículo tercero como el principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres afirmando que "supone la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo y, especialmente, las derivadas de la maternidad, la asunción de obligaciones familiares y el estado civil".

A esta definición, exclusivamente legal, habría que añadirle un matiz acerca de los conceptos de género y sexo. Cuando la Ley habla de "discriminación por razón de sexo" se podría añadir, sin incurrir en error, el concepto de género, término que por otra parte es el que da el título a la propia Ley.

13.2.2. Violencia en el ámbito doméstico o violencia doméstica

La LO 11/2003 explica que "el fenómeno de la violencia doméstica tiene un alcance ciertamente pluridisciplinar. Es preciso abordarlo con medidas preventivas, con medidas asistenciales y de intervención social a favor de la

víctima, con medidas incentivadoras de la investigación, y también con medidas legislativas orientadas a disuadir de la comisión de estos delitos".

Es pues esta misma norma la que nos da la definición que utilizaremos para violencia doméstica o violencia en el ámbito doméstico:

Violencia física o psíquica ejercida habitualmente sobre el que sea o haya sido cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada por análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, por adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él [no necesariamente varón] convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar. También la violencia ejercida sobre personas que por su especial vulnerabilidad se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados [...].

Es un requisito natural de este tipo de violencia que se ejerza dentro del ámbito doméstico, entendido éste no únicamente como el entorno físico del domicilio, sino incluyendo también a las personas vinculadas por relaciones familiares o afectivas.

Cada uno de los ilícitos penales (delitos o faltas) de violencia (por ejemplo lesiones, maltrato, amenazas) podrá englobarse dentro de este tipo de violencia doméstica si los sujetos que intervienen (activo y pasivo) se engloban en lo que denominamos ámbito doméstico.

Los sujetos que intervienen en la violencia doméstica son o pueden ser:

- Sujetos activos: sujetos agentes de la agresión, que pueden ser cualquiera de los que se describen también como sujetos pasivos.

•Sujetos pasivos de la violencia doméstica, recogidos en el artículo 173 del Código Penal:

- Cónyuge o similar relación de afectividad (novio, pareja de hecho, etc.) incluso si no hay relación de convivencia.
- Padre/madre naturales o adoptivos, propios o del cónyuge o conviviente.
- Hermano/hermana naturales o adoptivos, propios o del cónyuge o conviviente.
- Hijo/hija (naturales, adoptivos, acogidos, etc.), propios o del cónyuge o conviviente.
- Nieta/nieto, naturales o adoptivos, propios o del cónyuge o conviviente.
- Incapaces sujetos a patria potestad, tutela, curatela, etc.
- Cualquier otra persona que se encuentre integrada en el núcleo familiar.
- Personas que por su especial vulnerabilidad se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados.

13.2.3. Violencia de género

Según la legislación propia de esta materia, y creada al efecto para prevenir, proteger y erradicar los efectos de este tipo de violencia, la definición de violencia de género es: "la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia".

El importante matiz de la existencia necesaria de algún tipo de discriminación o situación de desigualdad debido a las relaciones de poder de

los hombres sobre las mujeres, así como el imperativo de la existencia presente o pasada de una relación afectiva, nos impone la existencia de cuatro requisitos fundamentales para poder hablar de violencia de género desde un punto de vista legal:

- 1.El sujeto activo de la violencia de género ha de ser necesariamente un varón.
- 2.El sujeto pasivo de la violencia de género ha de ser necesariamente una mujer.
- 3.Tiene que existir o haber existido entre ellos una relación afectiva, ya sea un matrimonio u otro tipo de vínculo, incluso aunque no haya mediado convivencia entre ellos.
- 4.La violencia debe producirse como una manifestación de la ausencia de igualdad entre hombre y mujer.

13.3. Desarrollo legislativo en materia de violencia de género

Una vez que se confirma la existencia de la violencia de género produciéndose todas las características enumeradas en el apartado anterior, debemos analizar cuál o cuáles son los objetivos de esta Ley y qué herramientas nos ofrece.

13.3.1. Fundamento

En primer lugar, el fundamento de la LO 1/2004 es actuar contra la violencia que se ejerce como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, la cual se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o similares (art. 1.1, véase definición en el apartado anterior). Con el objeto de llevar a cabo esta actuación contra la violencia de género la

misma norma establece unos objetivos, que son: prevenir dicha violencia, sancionar a los agresores, erradicar la violencia en la sociedad y prestar asistencia a las víctimas (art. 1.2). Por ello, la propia Ley se configura como un conjunto de medidas integrales tendentes a la consecución de los objetivos enumerados.

La violencia de género a la que se refiere esta Ley comprenderá todo acto de violencia física y psicológica, así como las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación de libertad (art. 1.3). Por tanto, serán ejemplos de conductas comprendidas en el ámbito de esta Ley el homicidio, las lesiones, las lesiones al feto, la inducción de un aborto espontáneo, las agresiones a la libertad e indemnidad sexual, las amenazas, las coacciones, la privación de libertad y la omisión del deber de socorro o maltrato.

13.3.2. Características

13.3.2.1. Creación de planes de sensibilización y prevención en tres ámbitos distintos

- Educativo: se incluirá en el sistema educativo español la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad entre hombres y mujeres, los materiales educativos se modificarán eliminando los estereotipos sexistas o discriminatorios, se fomentará desde la base del sistema educativo la resolución de conflictos sin violencia, se procederá a la inmediata escolarización de los menores en casos de violencia de género y se ofrecerá al profesorado planes de formación inicial y permanente en materia de igualdad (arts. 4 a 9).
- Publicitario: se considerará ilícita toda publicidad que utilice la imagen de la mujer con carácter vejatorio o discriminatorio, la publicidad deberá asegurar un tratamiento de la mujer conforme a los principios y valores

constitucionales, los medios de comunicación deberán respetar y fomentarán la protección y salvaguarda de la igualdad entre hombre y mujer, evitando toda discriminación entre ellos, siendo los Poderes Públicos los encargados de velar por ello. Además, la difusión de información relativa a sucesos de violencia sobre la mujer será tratada con objetividad, garantizando la protección de los derechos fundamentales de éstas y sus hijos o hijas (arts. 10 a 14).

- Sanitario: Las Administraciones Sanitarias promoverán e impulsarán las actuaciones profesionales de los sanitarios a favor de la detección precoz de violencia de género así como el desarrollo de planes de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios para mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer víctima de violencia de género. Se incluirá en el programa curricular de los estudios universitarios en ciencias de la salud, así como en los programas de especialización, contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, la intervención y el apoyo a las víctimas de esta forma de violencia (arts. 15 y 16).

13.3.2.2. Reconocimiento de derechos de las mujeres víctimas de la violencia de género

- Garantía de los derechos:

-"Los derechos reconocidos en esta Ley contribuyen a hacer reales y efectivos los derechos constitucionales a la integridad física y moral, a la libertad y seguridad y a la igualdad y no discriminación por razón de sexo".

-"Todas las mujeres víctimas de violencia de género, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia social, tienen garantizados los derechos reconocidos en esta Ley".

- Derecho a la información. Toda mujer víctima de la violencia de género tiene derecho a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal. Dicha información deberá comprender todas las medidas de protección y seguridad disponibles, los derechos y ayudas comprendidos en la Ley y los lugares de prestación de los servicios de atención, urgencias, apoyo y recuperación integral. Se garantizará que esta información se facilite de forma accesible y comprensible a las mujeres víctimas de violencia de género que se encuentren incapacitadas o tengan alguna discapacidad.

- Derecho a la asistencia social integral. Las mujeres víctimas de la violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral. Estos servicios deberán actuar de acuerdo con los principios de atención permanente, actuación urgente, especialización de las prestaciones y multidisciplinariedad profesional. Dicha atención multidisciplinar deberá comprender (entre otros):

- Información a las víctimas.

- Atención psicológica.

- Atención social.

- Apoyo a la formación e inserción laboral.

- Coordinación con los cuerpos de seguridad, jueces de violencia sobre la mujer, servicios sanitarios, etc.

- Reconocimiento del derecho a los servicios de asistencia social a los menores que se encuentren bajo la tutela, guarda y custodia o patria potestad de la mujer víctima de violencia.

- Asistencia jurídica gratuita. Las mujeres víctimas de violencia de género

tienen derecho a que se les preste defensa y representación gratuita y especializada en todos los procesos que tengan causa directa o indirecta en la violencia de género. Dicha asistencia jurídica se prestará de forma inmediata a todas las víctimas que lo soliciten; no obstante, en un momento posterior, deberán acreditar reunir los requisitos para la gratuidad de la asistencia. Si no los reunieran, deberán abonar los honorarios profesionales devengados. Los requisitos generales para la asistencia jurídica gratuita son los siguientes:

- Se reconocerá el derecho de asistencia jurídica gratuita a aquellas personas físicas cuyos recursos e ingresos económicos, computados anualmente por todos los conceptos y por unidad familiar, no superen el doble del salario mínimo interprofesional vigente en el momento de efectuar la solicitud.
- Los medios económicos podrán, sin embargo, ser valorados individualmente cuando el solicitante acredite la existencia de intereses familiares contrapuestos en el litigio para el que se solicita la asistencia.

- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social.

Las trabajadoras víctimas de la violencia de género tienen derecho:

- A la reducción o reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo.
- A la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la extinción del contrato de trabajo. Ambas situaciones darán lugar a la situación legal de desempleo. El tiempo de suspensión se considerará como período de cotización efectiva.
- A que las ausencias o retrasos motivados por la situación física o psicológica derivada de la violencia (refrendados por los servicios sociales o sanitarios) se computen como justificados

-En el caso de las trabajadoras por cuenta propia que cesen su actividad por causa de la situación de víctima de la violencia de género, a la exención de su obligación de cotización durante un período de seis meses.

-A beneficiarse de la creación dentro del Plan de Empleo de un programa de acción específico para las víctimas demandantes de empleo.

Las funcionarias públicas víctimas de violencia de género tienen derecho:

-A la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica de centro de trabajo y a la excedencia (en los términos que determine su legislación específica).

-A que se consideren justificadas las ausencias totales o parciales al trabajo motivadas por su situación física o psíquica derivada de la violencia de género.

La acreditación de dichas circunstancias se llevará a cabo mediante orden de protección a su favor o mediante informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de que la demandante es víctima de violencia de género.

•Derechos económicos. Se les concederán las siguientes ayudas sociales:

-Pago único del importe correspondiente a seis meses de subsidio por desempleo para quienes tengan ingresos por debajo del 75% del Salario Mínimo Interprofesional.

- Pago único del importe correspondiente a doce meses de subsidio por desempleo, si además de lo anterior la mujer tiene reconocida una minusvalía en grado igual o superior al 33%.

-Pago único del importe correspondiente a dieciocho meses de subsidio por

desempleo en el caso de que la víctima tenga responsabilidades familiares.

-Pago único del importe correspondiente a veinticuatro meses de subsidio por desempleo si la víctima o alguno de los familiares que conviven con ella tiene una minusvalía igual o superior al 33%.

Además, las mujeres víctimas de la violencia de género serán consideradas colectivo prioritario en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas de mayores.

13.3.2.3. Mecanismos de protección y sanción

La norma básica para el castigo de la violencia es el Código Penal. Esto es una novedad, pues se introduce la tutela penal en estos casos.

Violencia de género

El Código Penal ha sido modificado por la LO 1/2004. Se incorporan tipos especiales como la protección contra las lesiones.

La lesión es el menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental que requiera objetivamente para su cuidado, además de la primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico posterior (la simple vigilancia posterior del curso de la lesión no se considera tratamiento médico). La pena de lesiones difiere en el caso de la violencia de género:

-Pena ordinaria: de seis meses a tres años de prisión

-Pena por violencia de género: "si la víctima fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia", se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años.

Violencia en el ámbito doméstico

En el Código Penal existen tipos generales. Aparece el agravante por cometer ciertos delitos en el ámbito doméstico, en el domicilio de la víctima o en presencia de menores. Un ejemplo es la protección contra los malos tratos:

- Pena ordinaria: tres meses a un año de prisión
- Pena por violencia de género: prisión de seis meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y privación del derecho a la tenencia y porte de armas; también, cuando el juez lo considere oportuno en interés del menor o del incapaz, se condenará a la inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento.
- Ambas penas serán impuestas en su mitad superior (agravadas) si se cometen las acciones en presencia de menores, en el domicilio común o en el domicilio de la víctima.

Beneficios de la modificación de la norma penal

- Se pone en marcha todo un sistema de prevención de la violencia de género.
- Se ha llevado a cabo una mejora de la protección legal y judicial: creación de juzgados (penal) con competencias específicas en materia de violencia de género y doméstica y creación de un ministerio fiscal "propio" con competencias específicas en la materia.
- Hay una mejora de la protección integral: social, laboral, económica, institucional de la mujer en la sociedad.
- Sistema sanitario: formación de los profesionales desde la "base" para tener capacidad de prevención y de diagnóstico, así como protocolos de

actuación apropiados a la situación particular que se produce con esta nueva realidad.

13.4. Conclusiones

Para combatir la violencia de género se ha desarrollado un gran despliegue jurídico: legislación, creación de organismos específicos en materia de género como el Ministerio de Igualdad, los juzgados de violencia de género, el fiscal especial, una normativa más beneficiosa, etc.

Socialmente se produce una amplia mejora de las bonificaciones, prestaciones y beneficios sociales a los que se puede acoger la mujer.

Desde el punto de vista sanitario, todas estas actuaciones contribuyen, ya sea directamente (ampliando prestaciones) o indirectamente (por ejemplo, económicamente) a una mejor política de actuación en materia de salud para la mujer.

Es la propia norma la que otorga a los profesionales sanitarios una importante labor en materia de prevención, detección precoz y asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género. Por ello es necesario, y obligado por esta misma norma, que dichos profesionales, así como los estudiantes, tengan acceso al contenido de la normativa bien a través de la formación continua, bien a través de sus estudios de grado.

Violencia de género e intervención de enfermería

14

14.1. Introducción

El tema que se va a desarrollar en este capítulo no se puede estudiar en todas sus dimensiones sin incorporar el concepto de cultura y la configuración de las relaciones entre hombres y mujeres a través del proceso de socialización. En definitiva, tener presentes estas dimensiones permite a la persona dotarse de una adecuada instrucción y entrenamiento en los diversos papeles sociales que se verá obligada a poner en funcionamiento a lo largo de la vida. Al igual que se incluye la cultura no se puede obviar el género, sus estereotipos, su representación social, su "escala de poder", etc.; y dado que el proceso de socialización es diferente según el género al que se pertenece y los diversos agentes de socialización se encargan de crear una identidad de género, de fomentar determinadas y diferentes formas de pensar, sentir y actuar entre los sexos, este proceso también incluye la transmisión de códigos axiológicos y morales diferentes entre hombres y mujeres (Blanch, 1992).

El profesional de enfermería, como el resto del personal sanitario, debe ser capaz de prevenir, detectar y atender a las víctimas.

14.2. Diferentes aserciones de violencia de género

La violencia de género se puede identificar como una manifestación de las

relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres. Así, Bonino (2000) afirma que "el elemento básico para la producción de maltrato no es la existencia de agresividad, sino la presencia de personas en desigualdad de poder (se ejerce sobre un real o potencial subordinado). Entre iguales puede haber agresión, violencia mutua, conflicto, pero no maltrato". A su vez, Álvarez (2000) y otras autoras alegan que el maltratador es fundamentalmente un controlador; por ello, es conveniente definir maltrato como un proceso, como una continuidad, y esto a su vez es lo que diferencia de hecho la agresión (lesión provocada) del maltrato. Esta continuidad en el tiempo es lo que permite que la relación cree dependencia y ésta conduzca al desequilibrio. En este tipo de "relación" las mujeres han perdido el control y lo ha tomado el hombre, lo que significa que éste tiene más dominio sobre la conducta, los puntos de vista o las opiniones de la mujer que ella misma.

Hay autores que definen la violencia de género como el símbolo más "brutal" de la desigualdad que existe en la sociedad. El origen de esta desigualdad radica en los valores, en los principios y en las creencias de la sociedad en un contexto sociocultural androcéntrico y sitúa a la mujer en posición de inferioridad respecto del hombre.

Maqueda (2002) reconoce que el uso de la expresión de "violencia de género" es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad y en ese sentido se debe entender este hecho como "una manifestación más de la resistencia que existe a reconocer que la violencia hacia las mujeres no es una cuestión biológica, no es doméstica, sino de género". No se trata de una violencia individual que se ejerce en el ámbito familiar o de pareja por quien ostenta una posición de superioridad física (hombre) sobre el sexo, teóricamente, más débil (mujer), sino que es consecuencia de una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal (donde son propias las relaciones de dominio).

Por ello, se considera que el ámbito familiar es el más propicio para el

ejercicio de relaciones de dominio, constituyendo un espacio privilegiado para el desarrollo de los roles de género relacionados con el trabajo doméstico y "no productivo", donde ha sido clara y contundente la prevalencia masculina. En definitiva, no se trata de un acto individual en su origen, sino que es uno de los principales problemas estructurales de la sociedad y sus consecuencias inciden en el ámbito de la salud, en el laboral, en el económico y en el familiar principalmente.

La OMS, en 1996, consideraba la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mismas, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene esta enorme lacra social. La magnitud que ha alcanzado en los últimos años hace que la violencia se encuentre actualmente entre las prioridades sanitarias. Desde ese año hasta la actualidad la OMS ha instado a todos los países del mundo a realizar todos los esfuerzos posibles para visibilizar este problema.

La invisibilidad de esta violencia está relacionada con todo lo referido a la desigualdad y al contexto social, pero también al prestigio social que ha tenido y todavía tiene (quizás en menor medida) la institución familiar, el concepto de amor, su significación en la mujer y la creencia de que lo que ocurre en el seno de una familia pertenece exclusivamente al ámbito de lo privado.

Previamente, la Organización de Naciones Unidas (ONU) especificó en 1993 que "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya ocurra en la vida pública o en la privada, será violencia de género.

También se incluyen los siguientes actos:

- "La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de familia y la violencia referida a la explotación".
- "La violencia física, sexual o psicológica que sucede dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en las instituciones dedicadas a la educación o en otros escenarios, el tráfico de las mujeres y la prostitución forzada".
- "La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el Estado donde quiera que ocurra".

Siguiendo un paso más en la historia, una de las definiciones internacionales fue dada en la Plataforma de Acción de Pekín en 1995, y considera como violencia de género:

Quebrantar los derechos humanos de las mujeres en situación de conflicto armado, inclusive la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado; la esterilización forzada, el aborto forzado; la utilización forzada o mediante coacción de anticonceptivos; la selección prenatal en función del sexo y el infanticidio femenino. Se reconoce también la vulnerabilidad de las mujeres pertenecientes a minorías como ancianas y desplazadas, mujeres indígenas o miembros de comunidades de personas refugiadas y migrantes, mujeres que viven en zonas rurales pobres o remotas o en instituciones correccionales.

En la revisión de la IV Conferencia Mundial de las Mujeres que se hizo en el año 2000, se incluyen los crímenes de honor, los crímenes raciales y los ataques con ácido como una forma de violencia.

Por último cabe destacar que la unidad de la Comisión Europea encargada de la igualdad de oportunidades elaboró un glosario en el que define violencia de género, sexista o sexual como "todo tipo de violencia ejercida mediante el recurso o las amenazas de recurrir a la fuerza física o al chantaje emocional, incluyendo la violación, el maltrato a mujeres, el acoso sexual, el incesto y la pederastia".

14.3. Violencia de género/violencia familiar

Se observa que existen diferentes definiciones sobre violencia de género y además en ocasiones sucede que este término es sustituido por el de violencia familiar o intrafamiliar (conocida como violencia doméstica), pero realmente no pueden ser utilizados como sinónimos. Como se ha comentado, en la violencia de género hay una relación de desigualdad entre el hombre y la mujer y cuando se habla de violencia familiar se hace referencia al lugar en el que se ejercita la violencia y en este sentido las víctimas pueden ser tanto mujeres como hombres, personas mayores, personas con discapacidad, menores, etc. Luego violencia en la familia o intrafamiliar constituye "toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia, recurriendo a la fuerza física o al chantaje emocional, a las amenazas de recurrir a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o en el hogar". En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo, y también sin convivencia en el hogar, aunque tiene que darse una interacción en un contexto afectivo.

En definitiva, el concepto de violencia familiar se utiliza desde un punto de vista más amplio y es el hecho de que exista una desigualdad hacia la mujer y una relación de poder del hombre sobre ésta el que hace que sea violencia de género.

14.4. Características de la organización familiar que facilitan la aparición del fenómeno violento

La familia está constituida de un modo que permite en ocasiones que aparezcan en su seno fenómenos de carácter violento. a continuación se describen las características de la familia que pueden influir en la violencia de género:

- Una organización jerárquica fija e inamovible.
- Un sistema de autoridad, conformado por relaciones de dominación, autoritarismo y subordinación.
- Una modalidad racional, cercenadora de la autonomía, en tanto los miembros de la familia interactúan rígidamente; esto es, sólo en términos de su relación con otros y sin posibilidad de reafirmar su propia identidad de manera que son y actúan como el sistema les impone y permanecen inmovilizados.
- Fuerte adhesión a los modelos dominantes de género o estereotipos del mismo, lo que supone una rígida adhesión a los supuestos explícitos o implícitos de la cultura que conduce a una significativa contradicción entre ambos.
- Una comunicación de significados que invisibilizan el abuso e imponen naturalidad dentro del núcleo familiar. A estas condiciones estructurales de la violencia se suma un consenso social, mantenido por sectores tradicionales que otorgan legitimidad al agresor y dejan sin recursos a las víctimas para actuar frente a la situación.
- Actualmente existen estudios en los cuales, aunque los padres afirman con frecuencia que sus hijos no están presentes en las disputas familiares, del 40% al 80% sí lo están mientras ocurren y el resto

escucha desde otra habitación o es testigo de las consecuencias del acto. Lo mismo que se considera a la mujer víctima de violencia de género también será considerado el menor de edad, aunque su figura sea la de sujeto pasivo.

14.5. Causas de la violencia de género

De acuerdo con el informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín (1995), las causas que explican la violencia de género son las siguientes:

- Se trata de un mecanismo social fundamental por el cual las mujeres están en una posición de subordinación respecto de los hombres. Se produce a menudo en la familia, se tolera y apenas se denuncia.
- Es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación masculina, a la discriminación contra las mujeres por parte de los hombres y a impedir el pleno desarrollo de éstas.
- Tiene su origen en las pautas culturales, la lengua y la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a las mujeres en la familia, en el trabajo y en la sociedad. La situación actual se produce fundamentalmente por la consideración devaluada de la mujer después de siglos de dominación masculina.

Además de lo anterior, existe una falta de concienciación de los problemas que suscita en la mujer la imposición de roles por la sociedad y la forzada distribución de su tiempo. Se debe tener claro que la violencia de género o la doméstica pueden darse en todos los grupos sociales y en todos los niveles socioeconómicos y culturales.

14.6. Diferentes tipos de agresiones en violencia de género (y también en

violencia familiar)

14.6.1. Física

Es aquella que puede ser percibida objetivamente por otros y que habitualmente deja huellas externas como, empujones, mordiscos, patadas, puñetazos, etc. Causados con las manos, piernas o algún objeto o arma.

Es la más visible y por lo tanto facilita la toma de conciencia de la víctima y también ha supuesto que sea más comúnmente reconocida social y jurídicamente sobre todo frente a la violencia psicológica.

14.6.2. Psicológica

Aparece casi siempre que hay otro tipo de violencia, aunque puede ser exclusiva. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la propia mujer (o hacía otro miembro de la familia en la violencia doméstica), desvalorización del trabajo, etc.

Implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan en la víctima sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor sobre ella.

Es toda conducta que produce en la víctima la desvalorización (consiste en estar continuamente despreciando cualquier acción o comentario realizado por la mujer con el objetivo de hacer que piense que no vale nada) o sufrimiento a través de:

- Control de las relaciones externas, persecución y vigilancia constante por el agresor.
- Chantaje y manipulación en todas las decisiones.

- Críticas, burlas y desprecio.

La violencia psicológica o emocional no se percibe tan fácilmente como la física, pero el daño que puede causar llega a durar años. Puede consistir en enviar mensajes y gestos o manifestar actitudes de rechazo, con la intención de humillar, avergonzar o hacer sentir inseguridad a una persona deteriorando su imagen y su propio valor, con lo que se daña su estado de ánimo y se reduce su capacidad para tomar decisiones, realizar sus tareas cotidianas y vivir su vida, privándola de toda libertad. Esta violencia se manifiesta de forma verbal o no verbal:

- Violencia verbal: tiene lugar cuando mediante el uso de la palabra se hace sentir a una persona que no hace nada bien, se la ridiculiza, insulta, humilla y amenaza en la intimidad o ante familiares, amigos o desconocidos.
- Violencia no verbal: es la que se manifiesta en actitudes corporales de agresión con miradas de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia, silencios y gestos insultantes, con el objetivo de descalificar a la otra persona.

De esta forma, si la mujer tiene una autoestima baja, pensará que no puede llevar a cabo ninguna iniciativa, no se sentirá capaz de hacer nada por sí misma y esto hará que se sienta totalmente dependiente de su agresor, que de esta manera ha conseguido minar su autonomía y su capacidad de reacción.

Inevitablemente, la violencia psicológica se da junto a la física, aunque aquélla perdura más tiempo. El fin del que la ejerce es aumentar el grado de control y poder. De hecho, como decíamos, se pueden encontrar a algunos agresores que sólo ejercen violencia psicológica.

El agresor pretende saber en todo momento dónde se encuentra, con quién y qué es lo que está haciendo la víctima. Cuando no tiene controlada esta

situación, surgen pensamientos negativos en el hombre que hacen que aparezcan los ataques de celos, las sospechas de que la mujer está utilizando alguna acción que lo va a perjudicar, sospechas de que va a ser abandonado, etc.

14.6.3. Sexual

Se ejerce mediante presiones físicas o psicológicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión (Alberdi y Matas, 2002).

Aunque podría incluirse dentro del término de violencia física, se distingue de ésta porque que el objetivo es privar de libertad sexual a la mujer y no tanto dañar su integridad física. Hasta hace poco tiempo, la legislación y los jueces no consideraban este tipo de agresiones como tales si se producían dentro del matrimonio.

Es el acto de naturaleza sexual, por el cual la mujer se ve forzada por el agresor, sin que medie su consentimiento. Abarca la imposición mediante el uso de la fuerza de mantener relaciones sexuales, con independencia de que exista o no relación conyugal con la víctima.

En este punto se debe hacer referencia al acoso sexual: se trata de una conducta consistente en la solicitud de favores de naturaleza sexual valiéndose de una posición de superioridad laboral con el anuncio expreso de causarle un daño a la víctima si se niega o recompensarla a cambio de que acepte.

14.6.4. Aislamiento social

Una manera que tiene el hombre de garantizarse a sí mismo que la mujer dependerá de él es evitando que ésta mantenga contactos con otras personas. Así, no interesa que la mujer pueda encontrar otras personas a las que

confiarles cuál es su situación y que éstas puedan proponerle alternativas de mejora. De ahí que al hombre le interese que no tenga amistades, que no se relacione con su familia, que no asista a actividades en las cuales pueda conocer a otras personas, que no trabaje, etc.

14.6.5. Violencia económica

El hombre hace todo lo posible por controlar el acceso de la víctima al dinero, bien impidiéndola trabajar de forma remunerada u obligándola a entregarle sus ingresos, haciendo éste un uso exclusivo y arbitrario de los mismos (llegando incluso a dejar su empleo y gastar el sueldo de la víctima de forma irresponsable y obligando a ésta a solicitar ayuda económica a familiares o servicios sociales).

En este tipo de violencia se encuentran dos variantes que ayudan o precipitan el ejercicio de la misma:

- Indirecta: prohibiciones, chantajes económicos, control de actividades, control de amistades, impedir que trabaje fuera de la casa, etc.
- Invisible: desigualdades existentes en nuestra sociedad que conceden a un sexo poder sobre el otro; se trata de desigualdades en la distribución del dinero, del poder y de las opciones de realización personal, en las responsabilidades domésticas, en la valoración del trabajo, etc.

14.7. El ciclo de la violencia o de violencia conyugal

El ciclo de la violencia de género según Walker (1979) consta de tres fases que se repiten continuamente, razón por la que se crea una espiral que hace que las personas se lleguen a sentir dependientes de la misma. Una vez instaurado este ciclo es muy difícil frenarlo.

14.7.1. Fase de acumulación de tensiones

- El hombre empieza a mostrarse tenso e irritable; cualquier comportamiento de la mujer despierta en él una reacción de enfado.
- La mujer, sorprendida, intenta hablar con él para solucionar el problema, ver la causa, pero esto sólo provoca más enfados en el hombre, que la ve como excesivamente dependiente y empalagosa.
- La mujer, para no molestarle, comienza a no hacer nada, intentando no expresar su opinión porque sabe que él expresará la contraria y entonces habrá "bronca", también intenta hacer las menores cosas posibles, entra en una fase de inmovilidad, pero esto tampoco salva a la mujer, ya que el hombre la acusará de ser casi un "mueble" que no hace nada, de ser una persona anodina y aburrida.
- El hombre se va distanciando, ya no siente ningún amor y cada vez está más irritable.
- Ella se disculpa una y otra vez, confiando en solucionar la situación, pero finalmente el hombre se harta y siente la necesidad de castigarla verbal y físicamente o de ambas formas simultáneamente.

14.7.2. Fase de explosión de la violencia o explosión violenta

- El hombre acaba explotando, pierde el control y castiga duramente a su víctima, verbal o físicamente.
- La insulta, la golpea, rompe cosas, amenaza con matar a los hijos y a ella, interrumpe su sueño, la viola, etc.
- La mujer, que sólo intenta salvar la relación, se ve impotente y débil; la desigual balanza que se ha establecido a lo largo de los años la paraliza.
- Ella no toma represalias, todo el poder está en él; eso lo ha aprendido muy bien y entra en una "indefensión aprendida" que le impide

reaccionar.

14.7.3. Fase de "luna de miel"

- El hombre se siente arrepentido por su conducta (por lo menos las primeras veces), pide perdón, promete cambiar y realmente cambia durante esta fase y se convierte en una persona más "encantadora", la más encantadora del mundo, le lleva el desayuno a la cama, le cura las heridas, incluso se hace cargo de las tareas domésticas; le cede todo el poder a ella.
- La mujer en esta situación se siente en éxtasis, tiene el poder y a su hombre detrás responsabilizándose y amándola. Él deja de poner tantas restricciones, se relaja un poco y le permite las salidas. Si éste bebía, deja de beber; incluso puede llegar a acudir a terapia.
- La mujer, al ver estos cambios, piensa que si ha podido dejar sus hábitos, puede dejar de pegarla y piensa de verdad que no volverá a ocurrir, ya que equivocadamente relaciona el maltrato con la ingestión de alcohol o de otras sustancias, sin pararse a pensar que cuando él bebe no maltrata a todo el mundo, sino sólo a ella.
- Sucede que una vez que él ha conseguido el perdón de su víctima, se siente de nuevo seguro en la relación, ya la ha recuperado y no tiene que seguir complaciéndola; empiezan de nuevo la irritabilidad y los abusos y cuando ella quiere ejercer su recién conseguido poder, la castiga duramente.
- Ella cada vez es más dependiente, cada vez tiene menos energía para luchar (indefensión aprendida). Es el hombre y no ella quien controla estos ciclos y el que decide cuando se acaba la luna de miel.
- Ella empieza a darse cuenta de que haga lo que haga ya no puede

controlar el comportamiento de su pareja, los malos tratos son arbitrarios e indiscriminados. La mujer sólo tiene energías para intentar mantenerse con vida dentro de la relación o para que no se implique a sus hijos e hijas.

Los ciclos de violencia se van sucediendo hasta que finalmente desaparece la fase de "luna de miel" y se reanudan las fases previas.

14.8. Perfil del hombre que maltrata

No existe un perfil del hombre maltratador, aunque se racionaliza la violencia de los agresores a mujeres vinculándola, sin un fundamento científico, a:

- Consumo de alcohol.
- Adicciones a drogas.
- Problemas de marginación.
- Enfermedades mentales.
- Otra serie de factores que, aunque pueden actuar como condicionante, no convierten a los hombres en agresores.

14.9. Perfiles de la población maltratada. Mitos y realidades

No existe en la actualidad un perfil determinado; como se ha dicho la violencia de género puede producirse en cualquier momento. Hay una serie de mitos que contrastan con la realidad en la que se encuentra la sociedad actualmente, mitos como "sólo en las familias con `problemas' hay violencia", o "si no se van, es porque les gusta", y otros muchos que continúan persistiendo a pesar del intento de desmitificación.

14.10. Consideraciones importantes sobre la violencia

La familia constituye un pilar fundamental para erradicar estas desigualdades, ya que desde ella se fomentan las diferencias entre personas de uno y otro sexo. Éste es un trabajo difícil, puesto que en muchas ocasiones la familia ya tiene establecidos unos roles aprendidos de las generaciones anteriores; pero, sin embargo, es la principal vía para modificar estas situaciones.

Debe realizarse una oferta de apoyo que haga sentir a la víctima segura y autónoma, pues es primordial para ir fortaleciendo el valor y la autoestima perdida. En este sentido, hay recursos tan diferentes entre sí como centros de acogida, asistencia e información telefónica, grupos de debates, cursos y talleres de crecimiento personal, etc., que tienen como objetivo común que la mujer se vea capaz de tomar las riendas de su propia vida.

También hay que difundir y hacer que todo el mundo se conciencie de que la violencia de género no es un problema de la mujer, sino que impide el pleno desarrollo de la sociedad en general, tanto de hombres como de mujeres. Igualmente, es necesario que la sociedad también se implique en la erradicación de la violencia, aprendiendo a detectar y denunciar todas las situaciones de violencia que ocurren en nuestro alrededor y colaborando de manera responsable en la eliminación en las actitudes y de los comportamientos cotidianos de toda referencia que contribuya a fomentar la violencia de género.

A modo de esquema, se concluye que las principales medidas para luchar contra la violencia de género serían:

- Promover cambios culturales desde la escuela.
- Promover cambios culturales desde la familia.

- Difundir en la población cuáles son los diferentes tipos de violencia.
- Favorecer la ruptura del silencio de la mujer que sufre violencia de género.
- Apoyar a las mujeres a nivel legislativo.
- Implementar rápida y eficazmente las medidas de apoyo a las mujeres.
- Concienciar de que la violencia de género es un problema de toda la sociedad.
- Implicar a la sociedad en la detección y denuncia de la violencia.
- Implicar a la sociedad en la eliminación de conductas legitimadoras.

14.11. Intervenciones por parte de la enfermería ante las víctimas de violencia de género

Para que el profesional de enfermería pueda intervenir se deben conocer los signos y síntomas más representativos, pero también hay que tener mucha prudencia y no caer en juicios de valor, por muy difícil que resulte detectarlo, y no considerarlo como un problema más de pareja.

14.11.1. Trastornos de la mujer maltratada

La mujer maltratada puede presentar síntomas de los siguientes trastornos:

- Estrés postraumático: Se trata de un daño que se presenta en forma de miedo o terror incontrolado que se repite cada vez que algo le recuerda la experiencia vivida. Lo más probable es que no sólo ella desarrolle este trauma, sino también los hijos que estén presentes y vean la violencia.

El trastorno de estrés postraumático se caracteriza principalmente por

tres síntomas:

-La reexperimentación del suceso.

-El intento de olvidarlo.

-La intranquilidad.

- Síndrome de la mujer maltratada: Aparece a raíz de estar expuesta a una relación de maltrato repetido intermitentemente. La víctima experimenta ansiedad, hipervigilancia, reexperimentación del trauma, recuerdos recurrentes e intrusivos y embotamiento emocional. Su autoestima se deteriora tanto que puede desarrollar una indefensión aprendida; es decir, dar una respuesta autodestructiva a la violencia.

- Síndrome de indefensión aprendida: El desconocimiento social impide saber qué ocurre en la mente de una mujer sometida a violencia. Las expertas lo llaman síndrome de Estocolmo doméstico o indefensión aprendida. Es un síndrome de adaptación psicológica de cuatro fases:

- 1.º Desencadenante: provocada por los primeros malos tratos.

- 2.º Reorientación: ella ya no tiene redes sociales y está aislada

- 3.º Resistencia pasiva: donde se autoinculpa asumiendo el modelo mental del compañero.

- 4.º Fase de adaptación: en la que la mujer ya no tiene fuerzas ni recursos psicológicos para salir de la violencia y suspende todo juicio crítico sobre el maltratador, adaptándose a la situación para salvar su vida o la de sus hijos.

- Depresión: La violencia familiar actúa como inhibidor de las relaciones sociales. Al aislar a la mujer de otras fuentes de refuerzo emocional positivo y apoyo social, un resultado muy frecuente es que ésta caiga en

una depresión.

14.11.2. El papel de las instituciones sanitarias y de la enfermería en el abordaje a las mujeres víctimas de malos tratos

Las instituciones sanitarias suponen uno de los pilares fundamentales de la intervención ante la violencia de género centrándose principalmente en la visibilización y desnaturalización de sus formas iniciales.

Se dan diferencias en cuanto a la comprensión del fenómeno en la respuesta profesional y ante ello se debe incidir en la formación, que "es en realidad una concienciación, porque lo que está en juego no es tanto adquirir nuevos conocimientos, sino desmontar una forma habitual de ver las cosas y adquirir una nueva forma de percibir las" (Seoane y Gálvez, 2004).

14.11.3. Atención de enfermería a las víctimas de violencia

Los profesionales sanitarios, especialmente los de enfermería, constituyen un grupo fundamental y privilegiado, no sólo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género. Por ello tiene que haber una preparación para saber enfrentarse a cualquier situación relacionada con ella y poder brindar una atención integral a las mujeres.

A lo largo de este capítulo se ha tratado de una forma muy esquemática cómo se encuentra una mujer víctima de malos tratos, tanto en su esfera biológica, psicológica y social. Generalmente, como también se ha comentado, las mujeres no suelen expresar el problema de fondo ni demandan ayuda explícita. Ante esto, la atención de enfermería debe, por tanto, estar enfocada en dos direcciones: hacia la prevención y hacia la atención de las víctimas.

La prevención debe de hacerse desde un enfoque de promoción de la

salud, considerándola como un proceso político y social global que abarca no solamente acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las enfocadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública individual. Esto supone instaurar programas de educación dirigidos tanto a las mujeres como a los hombres, que les permitan analizar las consecuencias en la salud a causa de la violencia.

Uno de los aspectos que más trabajan los profesionales de enfermería en atención primaria es la educación a grupos, que se puede aprovechar para introducir el tema de la violencia de género y las consecuencias en la salud de las mujeres. La educación para la salud estará enfocada, entonces, hacia el análisis de las relaciones de poder entre hombres y mujeres que existen en cualquier sociedad, tanto en el ámbito familiar como en el social, y que son el resultado de una desigualdad estructural que mantiene a éstas en una posición de subordinación cuyas repercusiones afectan a todas las esferas de su vida.

En los grupos de educación para la salud se debe incidir en aquellos aspectos que contribuyan a reflexionar sobre la vida actual y futura de las mujeres, que hagan posible unas relaciones placenteras, justas y una mejor integración social; en suma, que contribuyan a mejorar su salud y bienestar. Los aspectos a desarrollar son: mejora y aumento de la autoestima, el desarrollo personal, la salud mental, las relaciones sociales, el autocuidado, las redes sociales de apoyo y la autonomía.

El profesional de enfermería debe trabajar conjuntamente con las asociaciones de mujeres y expertas en violencia, recabando su experiencia y apoyándolas en sus actuaciones sociales para prevenir la violencia de género. Otro aspecto es el de promover un ambiente social de tolerancia cero ante la violencia, tanto en el ámbito laboral como en el comunitario y el social.

14.11.4. Cuestiones muy importantes a tener en cuenta cuando nos

encontremos con una mujer víctima de malos tratos

- La actitud del profesional de enfermería hacia la víctima y hacia el tema de la violencia influirá sobre la mujer para que hable y exteriorice sus sentimientos respecto a lo sucedido.
- Se debe transmitir confianza, sensación de seguridad y de apoyo, asegurando siempre la preservación de su intimidad.
- Si hay sospecha de malos tratos, hay que separar a la mujer de aquella o aquellas personas que la acompañen (familiares, amigos, pareja, etc.) y una vez a solas con ella, preguntar abiertamente y con respeto y solidaridad, proporcionando tiempo para la escucha y el desahogo. Contrariamente a lo que se piensa, la mayoría de las mujeres maltratadas lo dicen cuando tienen una oportunidad, siempre que no se sientan juzgadas o criticadas. Muchas mujeres no hablan porque esperan que alguien les pregunte sobre su situación, porque no se atreven a dar ellas el primer paso. Esto requiere tiempo hasta que la mujer tenga confianza.
- Debe realizarse una escucha activa de la mujer y una observación de los signos y síntomas ya comentados. Se observará si ha transcurrido tiempo entre las heridas o los signos y síntomas que presenta la mujer y la demanda de tratamiento.
- Estimular la expresión de sus sentimientos sin que se sienta rechazada.
- Proporcionar intimidad y ambiente tranquilo.
- Mostrar empatía hacia la mujer, poniéndose en su lugar, evitando las críticas y las recriminaciones y sin juzgar su situación.
- Saber ofrecer ayuda, examinando con la mujer sus fuerzas y recursos para poder salir de la situación de peligro, ayudarla a identificar familiares o amigos a los que pueda llamar en caso de peligro.

- Mantener una atención constante y programada hasta que se sienta capaz de salir del círculo de la violencia.
- Proporcionar alternativas de recursos sociales, policiales y psicológicos que le pueden prestar ayuda. Esto no implica que se haga una derivación a otro servicio o persona experta. Quien debe hacerse cargo es el profesional en quien confía la mujer.
- Informar de asociaciones y grupos de mujeres que le ofrezcan ayuda y apoyo.

14.11.5. Recomendaciones de prevención de la violencia en el sistema sanitario para la atención a la salud integral de las mujeres

- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.
- Incluir, en las actividades de educación para la salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.
- Colaborar con asociaciones comunitarias (talleres, jornadas y charlas).
- Proporcionar información y participar en acciones, campañas, jornadas que estén realizando las instituciones.

14.11.6. Obstáculos para identificar o intervenir en casos de malos tratos desde los servicios sanitarios

- Sufrir el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad, participando de los mitos y prejuicios que favorecen y justifican la violencia de género.
- No considerar la violencia como un problema de salud, ni introducirlo en la práctica habitual como un diagnóstico diferencial más. Atribuir los síntomas a un problema físico o psicosomático.
- Experiencias personales respecto de la violencia con miedo a la vulnerabilidad y falta de control, sentirse demasiado identificado con la víctima y no poder ayudarla.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente y que se produce sólo en determinados ámbitos y no en "mis pacientes".
- Intento de racionalización de la conducta del agresor, pues además puede ser también conocido del profesional e incluso su paciente.
- Doble victimización o victimización secundaria sobre la mujer: el profesional no comprende la actitud de la mujer ante el maltratado, no comprende por qué no abandona al agresor.
- Miedo a ofender a la mujer, miedo a empeorar la situación, miedo por la seguridad de la mujer o por la propia integridad.
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones, desconocimiento del circuito de actuación, miedo a las implicaciones legales que puede acarrear. Sensación de impotencia e incapacidad de dar soluciones a la situación.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor, pues además puede

ser también conocido del profesional e incluso su paciente.

Existe un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, creado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, que todas las comunidades autónomas y hospitales deben tener presente, aunque además tengan el suyo propio.

Este protocolo consta de una serie de pautas homogéneas dirigidas de forma específica a las mujeres, tanto en la atención y seguimiento como en la detección, prevención y diagnóstico temprano

La finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario del sistema nacional de salud para la atención integral, física, psicológica, emocional y social a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

El objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios una pautas de actuación normalizadas y homogéneas ante cualquier forma de violencia ejercida contra las mujeres mayores de 14 años.

En el caso de agresiones sexuales, la atención y actuación sanitaria es específica dadas las medidas e implicaciones médico-forenses y legales que conlleva.

14.12. Conclusiones

La violencia de género es un conglomerado de fases de pérdida de identidad y aislamiento por parte de las mujeres, y "dar el paso" de denunciarla requiere de una reconstrucción interior, una toma de conciencia y un ejercicio de autoestima, vulnerada normalmente en estas situaciones. Una medida fundamental para erradicar este problema es que las propias víctimas rompan su silencio y sean capaces de hablar de lo que les sucede. Romper el silencio no sólo significa poner denuncias en los casos de violencia, sino

también supone dar el paso de compartir con otras personas la situación que viven con sus parejas, ya que generalmente las personas, cuando se encuentran con un problema o una situación de conflicto, tienen más dificultades para encontrar una salida al mismo.

La principal vía para beneficiar la erradicación de la violencia de género es favoreciendo el cambio de creencias y estereotipos culturales existentes en función del sexo de la persona. En la medida en que se fomente el cambio cultural, se favorecerá la autonomía y la independencia de la mujer.

Para que esto se realice con garantías de éxito, es necesario trabajar desde la educación, desde la infantil, donde se empiezan a establecer las primeras distinciones en las actividades en función del sexo, hasta los programas de educación dirigidos a la población en general, con el objetivo de eliminar los estereotipos de desigualdad.

El personal de enfermería, al igual que el resto de los equipos de atención sanitaria, puede estar formado correctamente y sin olvidar que los profesionales son miembros de esta sociedad y partícipes de los mismos mitos, prejuicios, valores y creencias que pueden favorecer, en ocasiones, la persistencia de la violencia.

La formación tiene que ser multidisciplinar y específica. Debe incluir a los estudiantes de Enfermería, de Trabajo Social, de Medicina, etc. La formación continua es fundamental y debe incluir la sensibilización de todos los profesionales, que atienden directamente a la víctima y también a los gestores, directores y demás responsables de las instituciones.

Bibliografía

Achotegui J. "Emigrar en situación extrema: El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". Norte de Salud Mental. 2004; 21: 39 - 52.

Alameda A, García A. "La atención sanitaria a la población inmigrante: Matices diferentes para una problemática común". Nure Investigación. 2004; 3.

Álvarez A. Guía para mujeres maltratadas. Madrid: Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid. 2000. (acceso 15 de abril de 2010). Disponible en: [images/ File/DOC1161790669_guiamalostratos.pdf](#)

Amador Muñoz LV, Monreal Gimeno MC. Intervención social y género. Madrid: Narcea Ediciones; 2010.

Amezcuá M. "Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados". Cultura de los Cuidados. 2000; 7 (8): 60-67

Antigas-Lelong B, Bennasar-Veny M. "La salud en el siglo xxi: el reto de los cuidados multiculturales". Index Enferm. 2009; 18 (1).

Barrera O, Galvis L, Moreno F, Pinto A, Pinzón R, Romero G, Sánchez H. "La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica". Invest educ enferm. 2006; 24(1): 36-46.

Bedregal P et al. "Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza". Rev Med Chile. 2009; 137: 753 - 758.

Beltrán Pedreira E, Maquieira D'Angelo V, Álvarez S, Sánchez Muñoz C. Feminismos. Debates teóricos contemporáneos. Madrid: Alianza editorial; 2001.

Bévia Febrer B, Molina Habas A. "Intervención familiar". En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: DAE; 2006. 177-192.

Blanch JM. "Mujer y mercado de trabajo. Entre la desigualdad de oportunidades y la diferencialidad de orientaciones. Monográfico sobre la Mujer". Imaginem. 1992; 10: 28 - 35.

Bonino L. "Masculinidad, salud y sistema sanitario - el caso de la violencia masculina". Instituto de la mujer-España/OMS. 2002: 2 - 6.

Burgos MC, Paravic TM. "Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un Hospital Público". Ciencia y Enfermería IX. 2003: 29-42.

Cantera LM. "Percepción social de la violencia en la pareja desde los estereotipos de género". Intervención Psicosocial. 2010; 19 (2): 121 - 127.

Carbelo B, Romero M, Casa F, Ruíz T, Rodríguez S. "El cuidado desde una perspectiva psicosocial". Cultura de los Cuidados. 1997; 2: 54 - 59.

Cibanal Juan L. "El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud". Rev Esp Sanid Penit. 2000; 1: 14-22.

Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2000.

Comelles J M', Martínez A. De la Antropología en la Medicina a la Antropología de la Medicina. Salamanca: Eudema. 1993.

Comelles J M. "El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI". Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2003; 3 (1).

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado. 1978. [acceso 20 de octubre de 2011]; 311. Disponible en :<http://www.boe.es/boe/dias/1978/>

12/29/pdfs/A29313-29424.pdf.

Chamizo C. "La enfermería transcultural en España". *Cultura de los Cuidados*. 2005; 18: 119-23.

Davó Blamnes MC, Gil D, Vives C, Álvarez-Dardet C, La Parra D. "Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española: una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005". *Gac Sanit*. 2008; 22(1): 58-64.

Díaz E, Huete A, Huete MA, Jiménez A. *Las personas inmigrantes con discapacidad en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2008.

Encuesta de condiciones de vida 2010. [Sede Web]. Madrid: Instituto nacional de estadística; 2009 [acceso 26 de septiembre de 2011]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453/provi&file=pcaxis>

Encuesta europea de salud en España. [Sede web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011 [acceso 26 de septiembre de 2011]. Valoración del estado de salud percibido según sexo y grupo de edad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/tl5/p420/a2009/p04/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>

Estadísticas penitenciarias 2011. [Sede Web]. Madrid: Secretaría general de instituciones penitenciarias (Ministerio del interior); 2011 [acceso 9 de septiembre de 2011]. Disponible en <http://www.institucionpenitenciaña.es/web/portal/web/portalladministracionPenitenciaria/estadisticas.html>

Fejos P. *Man, magic and medicine*.

Fejos P. *Medicine and anthropology*. New York: International Universities Press. 1959

Fernández L. "La nueva sanidad y los nuevos pacientes en la Web 2.0".

Diario Médico. 2007.

Fernández R. "Redes sociales, apoyo social y salud". Revista de recerca i investigacio en antropología. 2005; 3: 1-16.

Forca ME, García E, González A, Guillén J, Hernández FJ. "La inmigrante y su salud, un camino por recorrer en el s. xxi". Enfermería Global. 2009 (acceso 15 abril de 2011); 15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/nl5/administracion4.pdf>

Formación en equidad, salud y género [sede web]. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2008 [acceso 25 de septiembre de 2011]. Valls-Llobet et al. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf

Garcés Pina E, Duato Durán A, Vicente Edo MJ. "Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios". Rev Esp Sanid Penit. 2006; 8: 78-87.

García 1. "Promoción de la salud en el medio escolar". Rev Esp Salud Pública. 1998; 72:285-7.

García R. Manual de Atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.

Giber J et al. "Developing Cultural Competence to eliminate Health Disparities in Ethnic minorities and other vulnerable populations". J Transcult Nurs. 2007; 18 (2): 95 - 102.

Gómez González E. Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España. [monografía en Internet]. Madrid: Instituto de la mujer; 2005 [acceso 9 de octubre de 2011] Disponible en <http://www.inmujer.es/documentacion/Documentos/DE0273.pdf>

González García G, Borrego Borrego M, et al. Enfermería familiar y social. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.

González L, Noreña AL. "Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable". Revista Enfermería Universitaria ENEO UNAM. 2011; 8 (1): 55-60.

González RV. "El cuidado de enfermería al paciente crítico, ¿es realmente holístico?". Avances en enfermería. 2003; 16: 13-16.

Gualda Caballero E, Hierro Moreno M, Vázquez Aguado O. Epistemología, teoría y metodología de la investigación destinado a la intervención social. Huelva: Universidad de Huelva; 1999.

Heierle Valero C. "Salud y Cuidados en la Familia. Index de Enfermería". Index Enferm (edición digital) 2001; 34. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/34revista/34_7-8.php> Consultado el 12 de Noviembre de 2010.

Hombrados Mendieta MI, García Martín MA, López Espigares T. Intervención social y comunitaria. Ediciones Aljibe: Málaga; 2006.

Horwitz N. "El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión". Rev Méd Chile. 2004; 132: 768-772.

Hu FB. "Diet, lifestyle and risk of type 2 diabetes mellitus in women". N Engl J Med. 2001; 345: 790-7.

Ibarra X, Siles J. "Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros". Cultura de los Cuidados. 2006; 20: 129-134.

Jansá JM, García P. "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos". Rev. Esp. Gac Sanit. 2004; 18: 207-213.

Jeréz LC, Montoya SM. "Mujer y desplazamiento de sí: sustratos socioculturales que soportan las redes de la violencia de género". Biblioteca Lascasas. 2009. (acceso 19 de agosto 2011); 5 (4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>.

Julie Gilbert. "Reflecting on intercultural dialogue in nursing". Rev Enfermagem. 2006; 15(1): 131- 136.

Kenneth M. "Disease, Illness, Sickness, Health, Healing and Wholeness: exploring some elusive concepts". J Med Ethics: Medical Humanities. 2000; 26: 9-17.

Kroeber AL, Kluckhohn C. Culture: "A critical review of concepts and definitions". Harvard University Peabody Museum of American Archeology and Ethnology Papers. 1952; 47 (1): 18-30.

Langdon E, Wiik F. "Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences". Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18 (3): 459-466.

Leininger M. "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere del conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural". Cultura de los Cuidados. 1999; (6): 5-12.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado. 2004. [acceso 20 de octubre de 2011]; 313. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado. 1995. [acceso 20 de octubre de 2011]; 281. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>.

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los

extranjeros. Boletín Oficial del Estado. 2003. [acceso 20 de octubre de 2011]; 234. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado. 2010. [acceso 20 de octubre de 2011]; 55. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado. 2007. [acceso 20 de octubre de 2011]; 71. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>.

Lisón C. "Informantes: in-formantes". Revista de Antropología Social. 2000; 9: 17 - 26.

López Langa N. "Análisis de la Enfermería en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid". Metas de Enfermería. 2010; 13(4): 56-61.

López Peña, S. "La familia como unidad de atención". En: Frías Osuna A (ed). Enfermería en Atención Primaria. Barcelona: Masson, 2001. 43-56.

Lozares C. "La teoría de redes sociales". Papers. 1996; 48: 103 - 126.

Maganto VV, Murillo M, Royo D, Pérez P. "Cuidados continuos. Un modelo de atención integral". Rev Adm Sanit. 2005; 3(4): 647-668.

Maqueda ML. "La violencia de género. Entre el concepto jurídico y la realidad social". Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. 2006. (acceso 18 de mayo de 2011). Disponible en: <http://criminet.ugr.es/reepc/08/recpeO8-02.pdf>

Martín González A, Chacón Fuentes F, Martínez García M. Psicología Comunitaria. Visor; 1990.

Martínez JM. "Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género". ENE, Revista de Enfermería. 2010; 4 (2): 19-23.

Martínez M, Garabato S, Martínez L. Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública. Madrid: Instituto de Salud Pública y Consejería de Sanidad; 2007.

Martínez MF, Martínez J, Calzado V. "La Competencia Cultural como frente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social". Intervención Psicosocial. 2006; 15 (3): 331-350.

Marts SA. "Interdisciplinary Research Is Key to Understanding Sex Differences: Report from the Society for Women's Health Research Meeting on Understanding the Biology of Sex Differences". J Womens Health Gend Based Med. 2002; 11(6):501-9.

Mazarrasa L, Díaz D. "Violencia de género y cuidados de Enfermería". Metas. 2002; 41: 51-57.

Merino Godoy MA. "La educación para la salud en la escuela". Nure Inves [revista en internet] 2004 noviembre. [acceso 10 de agosto de 2011]; (10): 13 páginas. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/ 1 &Filalncio=l&paginacion=4](http://www.nureinvestigacion.es/1&Filalncio=l&paginacion=4)

Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T y Yago T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones; 2001.

Mora M. "La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici". Athenea Digital. 2002; 2: 1-25.

Olea N. "Disruptores endocrinos: Posibles medidas de intervención. La perspectiva europea". Quadern Caps. 2000; 29, 36-42.

OMS. Temas de salud y género. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2009 [acceso 18 de octubre de 2010]. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243597706_spa Text.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243597706_spa_Text.pdf)

OMS. Temas de salud y género. [sede web]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2009 [acceso 18 de octubre de 2010]. Disponible en <http://www.who.int/topics/gender/es/>

Ortega-López RM. "Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos". *Index de Enfermería*. 2006; 19: 63-72.

Ortiz Vela MM, Ávila Olivares JA, Fernández Candela F, García-Caro Martín Y, Medina Moya JL, Juárez Granados F, et al. Balboa Navarro A, Carmona Moreno A, Marqués Aguilar E, Palomares Díaz P, Piera Gomar JL y grupo de enfermería escolar del consejo de enfermería de la comunidad valenciana. "Perfil profesional de la enfermera escolar". Gandia: II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar; 2009.

Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes eternos frente a los padecimientos infantiles. México DF: Instituto Nacional Indigenista / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. 2000.

Otros aspectos relacionados con la salud: Consumo de drogas. [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009 [acceso 4 de septiembre de 2011]. Consumo de drogas, serie 1995-2007. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/tl5/a044/alO1/&file-pcaxis>

Piñuel 1, Oñate A. Mobbing escolar: Violencia y acoso psicológico contra los niños. Madrid: CEAC; 2007.

Plan de calidad para el sistema nacional de salud [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. 2008 [acceso 25 de septiembre de 2011]. Disponible en <http://msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>

Protocolo común para la actuación sanitaria ante violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007

Puga D, Rosero-Bixby, Glaser K, Castro T. "Red social del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra". Población y Salud en Mesoamérica. 2007; 5 (1): 1-21.

Pujol G, Ubeda I. "El proceso de atención de enfermería dirigido a la familia y a la comunidad". En: Caj López C (ed). Atención Primaria. Barcelona: Masson, 2001. 21-31.

Rachel E. "Teoría y método. Cultura, cuidados de salud y enfermería". Cultura de los Cuidados. 1999; 6.

Ramos Calero E. "La Familia como Unidad de cuidados de enfermería comunitaria". En: Ramos Calero E (ed). Enfermería Comunitaria. Métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2002. 56-69.

Rathore S, Wang Y, Krumholz HM. "Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure". New Engl J Med. 2002; 347(18):1403-11.

Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 1994. [acceso 20 de octubre de 2011]; 154. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1994/06/29/pdfs/A20658-20708.pdf>.

Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado. 1995. [acceso 20 de octubre de 2011]; 75. Disponible en: [datos/](#)

act.php?id=BOE-A-1995-7730.

. Robledo J, De la Fuente D, Salamanca AB, Sánchez S. "La atención de los profesionales sanitarios a la violencia de género visto desde las mujeres maltratadas". Nure. 2009.(acceso 19 de marzo de 2011). Disponible en: ADMIMSTRADOR/ ORIGINAL/NURE48

Roca C, De Balanzo X. "Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad". An Sist Sanit Navar. 2006; 29: 139-144.

Roca N. "Cuidar en una sociedad culturalmente diversa. Síntesis". Bioética Enfermería. 2006; 11.

Rodríguez JS, Lima Serrano M, Saez Bueno A. "Intervenciones de enfermería orientadas a la familia". Enferm Clin. 2009; 19(5):280-283.

Rohlf 1, Vall-Llobet C. "Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública". Gac Sanit. 2003; 17 (4): 263-265.

Rohrbach-Viadas C. "Introducción a la Teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger". Cultura de los Cuidados. 1998; 3: 41 - 45.

Romero 1. "Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en torno al tratamiento". Intervención Psicosocial. 2010; 19 (2): 191-199.

Rosenberg Ch. "Framing disease: illness, society and history". En: Rosenberg Ch, Golden J.Framing disease. Studies in cultural history. New Jersey: Rutgers University Press. 1992

Rubin G. "El tráfico de mujeres: notas sobre la `economía política' del sexo". Revista Nueva Antropología. 1986; VIII(30):95-145.

Ruiz Ballesteros E.Intervención social: cultura, discurso y poder. Madrid: Talasa; 2005.

Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". Gac Sanit. 2004; 18 (Supl 1):118-25.

Ruiz-Pérez 1, Blanco P, Vives-Cases C. "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio sanitarias". Gac Sanit. 2004; 18 (2): 4-12.

Salazar Agullo, M. "La familia y la Comunidad como unidades de atención". En: Sánchez Moreno A (ed). Enfermería Comunitaria 3. Actuación en enfermería comunitaria. McGraw-Hill Interamericana, 2001: 105-119.

Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Duarte G. Conceptos básicos de Enfermería Familiar. Enfermería Comunitaria. Madrid: Fuden; 2008.

Sau V. Diccionario ideológico feminista. Y ed. Barcelona: Icaria editorial; 2000.

Sen G, Ostlin P, George A. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. [monografía en internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2007 [acceso 3 de octubre de 2011]. Disponible en: [determinants/resources/esdhfinal07.pdf](#)

Seoane L, Gálvez A. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe del estudio cualitativo. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. 2004. (acceso 12 de septiembre de 2010). Disponible en: <http://www.madrid.org/es/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue=ContentDisposition&blobheadervalue=pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220387450514&ssbinary=true>

Snow R. Sex, gender and vulnerability. [monografía en internet]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2007 [acceso 3 de octubre de 2011]. Disponible en: [determinants/vulnerability](#)

Tazón P, Aseguinolaza L, García-Campo J. Ciencias Psicosociales. Barcelona: Masson. 2000.

Terol E, Minue S. Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam. 2001; 11(2): 47-54.

Valero C. "Estudio para determinar el tipo y calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de Salud". Ofrim/suplementos. 2001: 118-131.

Valverde C. "Enfermería centrada en los significados del paciente. Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro". Index de Enfermería. 2008; 17(3).

Vander Wielen RP et al. "Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe". Lancet. 1995; 346(8969): 207-10.

Vásquez CL, Cárdenas FJ. "Abordaje interdisciplinario de la Salud y la Enfermedad: Aportes a la Enfermería". Index de Enfermería. 2009. (acceso 20 de junio de 2010); 18 (1). Disponible en: arttext

Vega OM, González DS. "Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica". Enfermería Global. 2009; 16: 1-16.

Velasco Arias S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. "Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres". Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 317-33.

Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva ediciones; 2009a.

Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2009b [acceso 3 de octubre de 2011]. Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. 2^o ed. Denmark: World Health Organization (WHO), Regional office for Europe; 2003.

Índice

Relación de autores	20
Prólogo	22
1. Proceso salud/enfermedad como fenómeno social.- Influencia de la cultura	24
1.2. La enfermería y el entorno cultural de la persona	26
1.3. Cultura y salud	27
1.3.2. Definición de cultura desde la perspectiva de la enfermería	29
1.4. ¿Qué sucede cuando una persona adquiere una enfermedad?	31
1.5.1. Factores que pueden determinar el impacto de la enfermedad	32
1.5.2. Determinación de la representación social ante una enfermedad	33
1.6.2. Representaciones sociales ante el proceso	35
1.7. Sistemas médicos en el proceso de salud y enfermedad	37
1.7.2. El papel de la cultura en la preservación de la salud y el desarrollo de la enfermedad	38
1.7.3. La cultura y la concepción de salud y enfermedad	40
1.8.1. Fase de cristalización de la enfermedad	41
1.8.2. Síntesis	43
1.10. Antropología médica/antropología de la salud y la enfermedad	44
1.10.1. Postulados de la antropología de la medicina	46
1.10.2. Dimensiones de la enfermedad: disease/illness/sickness	48

1.10.3. Ejemplos de disease/illness/sickness	50
1.11. Conclusión	54
2. La familia como constructo social	54
2.2.1. El grupo familiar y sus cambios	56
2.2.2. Dificultades y complejidades	58
2.2.4. Elementos de una relación de calidad	59
2.3. La familia como unidad cuidadora principal	61
2.3.3. Abordaje familiar ante el proceso salud/enfermedad	62
2.4. La enfermera y el grupo familiar	66
2.4.2. Valoración de enfermería de las interacciones del núcleo familiar	68
2.4.3. Diagnósticos de enfermería	71
2.5. Conclusiones	75
3. Inmigración y salud	76
3.2. Conceptos importantes en relación con el proceso migratorio	78
3.3. Más cuestiones a destacar	80
3.4. Migración y educación	81
3.5. Migración y salud	83
3.5.2. El síndrome de Ulises	84
3.5.4. Procesos migratorios y enfermería	86
3.5.5. Propuestas de actuación para reducir las barreras en el cuidado de enfermería a inmigrantes	93
3.6. Conclusiones	95
4. Cuidados integrales aplicados por la enfermería	98
4.2.1. Características de los cuidados integrales	100
4.2.2. Atención individualizada y multidimensionalidad	101

4.3. Las claves	103
4.3.2. Formación adecuada	104
4.4. Aspectos a considerar durante el cuidado	106
4.5. Cuidados psicosociales como segmento de los cuidados integrales	108
4.6. Ejemplos de casos de aplicación de cuidados integrales	111
4.6.3. Ante un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI)	112
5. Universalidad y diversidad cultural. Cuidados transculturales	114
5.2. Definición de enfermería transcultural	116