

MUJER Y CUIDADOS

Retos en Salud



Coordinadoras:
Florentina Pina Roche
Pilar Almansa Martínez



**Mujer y cuidados:
retos en salud**

**Mujer y cuidados:
retos en salud**



1ª Edición 2014

Reservados todos los derechos. De acuerdo con la legislación vigente, y bajo las sanciones en ella previstas, queda totalmente prohibida la reproducción y/o transmisión parcial o total de este libro, por procedimientos mecánicos o electrónicos, incluyendo fotocopia, grabación magnética, óptica o cualesquiera otros procedimientos que la técnica permita o pueda permitir en el futuro, sin la expresa autorización por escrito de los propietarios del copyright.

© Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones, 2014



I.S.B.N.: 978-84-697-1390-7

Impreso en España | Printed in Spain

Imprime: Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia
C/ Actor Isidoro Máiquez 9. 30007 MURCIA

Índice

Prólogo	
Verónica López García	11
Introducción	15
I. LA SALUD EN FEMENINO	19
CAPÍTULO 1	
La dependencia y las cuidadoras en España: formación, capacitación o autoaprendizaje	
<i>María del Camino Álvarez Martínez y M^a José López Montesinos</i>	21
CAPÍTULO 2	
Mujer, VIH/SIDA y adherencia terapéutica	
<i>Sara Sánchez Peñas y Pilar Almansa Martínez</i>	37
CAPÍTULO 3	
Efectos adversos de los fármacos en mujeres a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos	
<i>Susana Navarro Bautista y Ana M^a González Cuello</i>	55
CAPÍTULO 4	
Estudio descriptivo sobre el tratamiento del insomnio en Atención Primaria de Salud en mujeres de un núcleo rural	
<i>Herminia Ortiz Ferrer y Montserrat Sánchez Ortuño</i>	69
CAPÍTULO 5	
Estudio Comparativo de Instrumentos de Valoración del Cansancio en Mujeres Cuidadoras	
<i>Patricia Rivera Sánchez y María Beatriz Lidón</i>	83

II. LA SALUD DE LA MUJER A LO LARGO DEL CICLO VITAL	97
CAPÍTULO 6	
Niveles de actividad física en gestantes de una zona básica de salud <i>Ana Belén Carrillero García y Cristóbal Meseguer Liza</i>	99
CAPÍTULO 7	
Estudio de los problemas de salud en mujeres supervivientes al cáncer de mama <i>Paula Ruiz Carreño y Pilar Almansa Martínez</i>	119
CAPÍTULO 8	
Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España <i>María Moya Nicolás y Paloma Moral de Calatrava</i>	135
CAPÍTULO 9	
Relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio <i>María del Carmen Elena Elena y Florentina Pina Roche</i>	153
CAPÍTULO 10	
Aproximación al estudio de la Salud mental en mujeres que han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo <i>Carmen María Martínez Mellado y Ana M^a González Cuello</i>	171
CAPÍTULO 11	
La esposa del paciente cistectomizado: análisis cualitativo del afrontamiento y adaptación a una nueva situación <i>Estela Martínez Díaz y Miguel Ángel Cánovas Tomás</i>	189
CAPÍTULO 12	
Envejecimiento activo de las mujeres en el medio rural <i>Juana Martínez Barqueros y María Beatriz Lidón Cerezuela</i>	209
CAPÍTULO 13	
Programa de prevención de la Depresión Posparto en adolescentes: una luz en la niebla <i>Lidia Franco López (Enfermera, Máster en Salud Mujer y Cuidados) y Concha Rivera Rocamora (Profesora Titular. Dra. Universidad de Murcia)</i>	229

III. VIOLENCIA DE GÉNERO	253
CAPÍTULO 14	
Sensibilización de los profesionales de Enfermería de Urgencias y emergencias del área IV ante la formación especializada en violencia de género, frente a otros colectivos sanitarios	
<i>Blas Ignacio De Gea Guillén y M^a José López Montesinos</i>	255
CAPÍTULO 15	
Protocolo para la atención de las mujeres supervivientes de violencia con discapacidad	
<i>Mónica Martínez Caballero y Cristóbal Meseguer Liza</i>	279
CAPÍTULO 16	
Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria	
<i>Ana Lucas Martínez y Florentina Pina Roche</i>	299
CAPÍTULO 17	
Violencia de usuarios en Atención Primaria. Adaptación de un instrumento de medida	
<i>Cecilia López García; Bartolomé Llor Esteban y José Antonio Ruiz Hernández</i>	315
IV. MUJERY DERECHOS HUMANOS	337
CAPÍTULO 18	
La mutilación genital femenina desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde Enfermería	
<i>María del Mar Pastor Bravo y Pilar Almansa Martínez</i>	339
CAPÍTULO 19	
Los hombres ante la Ablación/Mutilación Genital Femenina: factores culturales que fundamentan ésta tradición	
<i>Ismael Jiménez Ruiz y Pilar Almansa Martínez</i>	357

CAPÍTULO 20

Protocolos de actuación para profesionales de Atención Primaria sobre
la Mutilación Genital Femenina

M^a Dolores Hernández Campillo y Pilar Almansa Martínez

371

Prólogo

Verónica López García

*Directora General de Política Social
de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*

Uno de los mayores retos a los que nos enfrentamos en la actualidad, es lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres para consolidarnos como una sociedad verdaderamente justa. Esto supone que debemos trabajar para abordar las necesidades y demandas de mujeres y hombres, garantizando que puedan ejercer en plenitud sus derechos en diversos ámbitos. Desde el punto de vista de las políticas públicas, la salud es sin duda una de las áreas prioritarias.

Así, es obligada la referencia al artículo 27 de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Conforme a éste, las políticas, estrategias y programas de salud deben integrar las diferentes necesidades de mujeres y hombres y las medidas que resulten oportunas para abordarlas correctamente. Además, dicha integración debe considerarse tanto a la hora de su formulación, como de su desarrollo y posterior evaluación.

En ese sentido, la investigación científica tiene un papel destacado a la hora de contribuir a identificar y a atender las diferencias que mujeres y hombres presentan en lo que respecta a la protección de la salud. Y esta tarea debe hacerse desde una perspectiva integral, es decir, realizando un análisis de situación y proponiendo soluciones y vías de mejora, tanto en lo que se refiere al acceso a recursos sanitarios, como al tratamiento diferenciado en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Pesan aún en estos aspectos, determinados estereotipos de género que afectan de manera negativa a las mujeres y que

impiden que puedan acceder de forma completa y adecuada sus derechos en el área de la salud.

Pero el trabajo que la Universidad debe desempeñar en materia de salud e igualdad, va más allá de la investigación. Debe también procurar la inclusión, de acuerdo con el mandato de la ley citada más arriba, pero también con el expresado por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, fomentar la formación y la docencia en la educación superior en todos los campos académicos. Esto es, se exige la integración del principio de igualdad y la perspectiva de género en el ámbito universitario. Y esta integración debe hacerse de manera transversal, tanto en lo que se refiere a todas las áreas de actividad, como he señalado anteriormente, como en todos los ámbitos y áreas de conocimiento. Por tanto, la consideración del principio de igualdad debe impregnar también a los estudios de Ciencias de la Salud.

De hecho, tratar los aspectos sanitarios desde un enfoque de género como se realiza en el posgrado bajo el que se presentan los distintos trabajos de esta publicación, es una de las medidas que contribuyen a ello, pero no la única. Por tanto, la formación desde una perspectiva de género en los estudios de grado de cualquier disciplina de la rama sanitaria es fundamental para garantizar que las necesidades y características diferenciadoras de mujeres y hombres serán tenidas en cuenta en su futuro ejercicio profesional.

El abordaje del género como una construcción social en estos estudios permitirá a quienes se formen en nuestras facultades y escuelas de Ciencias de la Salud, abordar la salud de mujeres y hombres desde una perspectiva más integral y, en definitiva, procurar una mejor calidad de vida a hombres y mujeres por igual.

Por último, hay que recordar la labor y responsabilidad de quienes trabajan en los servicios sanitarios en la prevención de la violencia de género. La sensibilización y formación universitarias en este campo, resultan claves para que desde cualquier punto de la red de servicios sanitarios, desde una puerta de urgencias hasta una consulta de atención primaria, puedan detectarse y abordarse los casos que se presenten de manera adecuada y garantizando la protección y la asistencia integral a las mujeres.

En definitiva, la Universidad, en este caso a través de los estudios en Ciencias de la Salud, comparte con el resto de la sociedad la responsabilidad

de trabajar por lograr la igualdad real y efectiva. Y además, toda la comunidad universitaria debe implicarse en esta tarea. Sin duda, los Trabajos Fin de Master que aquí se incluyen, son una buena muestra del trabajo conjunto de alumnado y profesorado que debe seguir desarrollándose e impulsándose en el futuro.

Introducción

Desde el curso 2009 la Universidad de Murcia ha implantado en la Facultad de Enfermería los estudios de Máster “Salud, Mujer y Cuidados”, dando respuesta a la demanda planteada desde el Espacio Europeo de Educación Superior.

Los nuevos conocimientos sobre la percepción de la salud individual y colectiva suponen un reto y exigen un cambio de mentalidad en la atención sanitaria actual, de modo que se potencie el desarrollo de la competencia investigadora que suponga un avance en las políticas públicas de salud. El Máster de 'Salud, Mujer y Cuidados' no solo alerta a los estudiantes en este sentido, sino que procura una formación específica para la puesta en marcha de investigaciones que tengan en cuenta la perspectiva de género y la salud de las mujeres.

Las diferentes perspectivas sobre la salud pueden observarse en la población, pero además, también están presentes en las actuaciones profesionales. Por ello, la Organización Mundial de la Salud tiene entre sus objetivos para el siglo XXI la reducción de las desigualdades entre hombres y mujeres. Este organismo internacional demuestra que la equidad entre los sexos produce beneficios sanitarios, una mayor productividad y un crecimiento económico sostenido.

Pero una concepción sistemática de la salud no es la única diferencia entre hombres y mujeres; la salud se ve afectada por otras discriminaciones cuando los valores machistas enraizados durante siglos otorgan privilegios a unos a

base de subordinar a las mujeres y la violencia de género, como un fenómeno universal, es un ejemplo de ello.

Por tanto, el papel de los profesionales sanitarios es cada vez más complejo en los últimos tiempos pues, con una concepción de la salud más integral que en épocas anteriores, sus intervenciones se dirigen cada vez más a aumentar la calidad de vida, por lo que a la hora de actuar se entremezclan los recursos “puramente clínicos” y tecnológicos con otros más psicológicos y sociales. Las políticas de igualdad entre hombres y mujeres que caracterizan la primera década del siglo XXI, también han influido en los intereses clínicos y académicos de los profesionales de Ciencias de la Salud.

El Trabajo Fin de Máster supone la realización por parte del alumnado de un proyecto, memoria o estudio, en el que aplique y desarrolle los conocimientos adquiridos en el seno del programa, en relación con las competencias generales asociadas a la titulación.

Este libro contiene una selección de contribuciones de los Trabajos Fin de Máster de los cursos académicos 2009/10; 2010/11; 2011/12 y 2012/13, con la finalidad de que puedan servir de referencia a estudios en este campo.

El tema de la salud de las mujeres es muy amplio, por lo que se ha estructurado siguiendo las líneas docentes del programa “Salud, Mujer y Cuidados”.

- *La salud en femenino*

Considerando la influencia del género en la salud y la intervención de los profesionales sanitarios que se hace cada vez más compleja ya que se entremezcla lo clínico, lo social y psicológico, condicionando los estilos de vida en la mujer.

- *La salud de la mujer a lo largo de su ciclo vital*

Pretende abordar las distintas situaciones en las que se encuentra la mujer, de modo que puedan identificar las variaciones que el concepto de salud experimenta en el proceso de su ciclo vital.

- *La violencia de género*

Teniendo en cuenta que la violencia de género es causa de morbilidad y mortalidad principalmente de las mujeres, los profesionales de la salud se enfrentan al reto de detectar e identificar las situaciones de que afectan de manera desproporcionada a gran parte de la vida y la salud de las mujeres. Esta demanda pone de manifiesto la urgencia de aumentar la investigación y los conocimientos sobre el procedimiento

de sospecha, diagnóstico e intervención enfermeras. Asimismo, parece necesario que estos profesionales centren sus esfuerzos en la prevención de la violencia en todos los niveles, mediante la formación orientada a los grupos de población de mayor riesgo, como es el caso de los adolescentes.

- *Mujer y derechos humanos*

A partir de las aportaciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se han elaborado las Constituciones de todos los países democráticos y los códigos Deontológicos profesionales. En el artículo 53 del Código de la Enfermería española se recoge su responsabilidad en la defensa de los derechos humanos. Históricamente, los derechos de las mujeres son y han sido violados en la mayor parte del mundo lo que tiene graves consecuencias en su salud y la de sus hijos. Por todo ello se aborda el estudio de las causas y las consecuencias de la feminización de la pobreza, el acceso a la educación, la desigualdad en la salud, y las migraciones.

Deseamos que este libro, como un primer paso, sea una ayuda para que contribuciones de este tipo puedan ir visibilizando la formación, los cuidados de salud a las mujeres e investigaciones que incluyan la perspectiva de género.

I

La salud en femenino

1

La dependencia y las cuidadoras en España: formación, capacitación o autoaprendizaje

M^a del Camino Álvarez Martínez
y M^a José López Montesinos

Introducción

La continua evolución de la pirámide poblacional ha dibujado en los últimos tiempos, una inversión en la base de la misma, siendo ahora las personas mayores las que suponen una proporción mayor con respecto al total de la población. Este hecho, junto a un notable incremento en la esperanza de vida, ha tenido, está teniendo y tendrá una repercusión global en todos los sectores que conforman nuestra sociedad. Y no nos referimos sólo a los que afectan al ámbito social y sanitario, sino que estamos hablando de un efecto global, en los que por supuesto ambos sectores van a jugar un papel predominante¹.

En España, el mayor crecimiento en las personas de edad ha sido el de la población de 80 y más años, especialmente en las mujeres, su participación ha pasado del 3,8% en el año 1991 al 6,1% en 2010. Los recientes avances en la disminución de la mortalidad se han producido en edades altas, lo que se ha traducido en aumentos significativos en la esperanza de vida de los 65 a los 80 años².

Según ICEA³, España se perfila como uno de los países con una alta proporción de personas mayores de 65 años (35,6%). De ahí que, una de las formas de medir el envejecimiento (número de personas de 65 años y más

entre el número de personas con edades entre 15 y 64 años), pase del 24,6% actual al 67,5% en el año 2050.

El envejecimiento demográfico que se produce actualmente en España ejerce un enorme impacto en su sistema económico, social y de salud. Los debates sobre la sostenibilidad y necesidades futuras del gasto asociado a la vejez, se inclinan hacia modalidades de cobertura mixtas, en las que el sector privado garantice prestaciones complementarias⁴.

Ante este cambio, sin duda, el primer problema con el que se enfrenta la sociedad, es con el hecho de la existencia de una “necesidad de cuidado” de amplias proporciones, al que el Estado debe responder. ¿Pero el actual sistema de salud y los sistemas sociales tienen dimensiones y recursos necesarios para hacerles frente?

En lo que respecta al Sistema Institucional, el Estado Español quiso dar respuesta al progresivo envejecimiento demográfico y a las carencias en materia de políticas sociales, aprobando la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia)⁵, que sentó las bases para construir el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)⁶, como mecanismo encargado de organizar la gestión y financiación de los servicios que necesitan las personas dependientes en España. La Ley de Dependencia⁵ se basa en muchas de las recomendaciones que propuso en su momento el Libro Blanco de la Dependencia⁷. En concreto, las definiciones de dependencia y sus grados, las actividades que se consideran generadoras de la situación de dependencia, las estimaciones sobre población dependiente, la definición del catálogo de servicios y las prestaciones de dependencia, entre otros conceptos vinculados. A su vez, el Libro Blanco de la Dependencia⁷, se basa en la Encuesta realizada en el año 1999 por parte del Instituto Nacional de Estadística: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES)⁸.

Pero estas medidas institucionales no han sido suficientes para dar respuesta a la reciente cifra de “necesidades de cuidado”, que día a día continúa creciendo en nuestra sociedad. A la luz de esta demanda de cuidado están apareciendo nuevas figuras en el panorama social, cuya función es la de proveer de cuidados a aquellas personas que por su situación de dependencia lo demandan, y a las cuales se las define con el nombre genérico de “Cuidador”⁷. Bajo el nombre de “Cuidador” hay un amplio abanico de definiciones de figuras

“cuidadoras”, las cuales podemos englobar bajo los epígrafes siguientes: cuidadores familiares, cuidadores informales, cuidadores formales (profesionales / no profesionales). Al abrigo de estos nombres estamos refiriéndonos a todas aquellas personas que día a día van ocupando un espacio cada vez más importante en los domicilios de las personas dependientes.

La acción de cuidar, tradicionalmente ha sido desarrollada y asumida, en prácticamente todas las culturas, como un rol ligado al género femenino. Gracias a las mujeres, durante siglos, con los cuidados prestados a las familias, las sociedades han podido crecer y desarrollarse⁹.

A pesar del papel crucial que han supuesto para el crecimiento y evolución de la humanidad, las tareas desarrolladas por estas mujeres se han mantenido al margen de la literatura histórica, y lo más preocupante es que sigue sin considerarse hoy día como un valor social, como algo imprescindible para la vida y para el desarrollo humano. Quizás haya sido el androcentrismo de nuestras sociedades lo que ha contribuido a que hasta nuestros días el cuidado prestado por las mujeres siga permaneciendo en la invisibilidad y se encuentre desvalorizado.

Lo que sí es real y sí podemos corroborar es que la figura del cuidador sigue teniendo un marcado género femenino hoy en día⁹, y que detrás de estas figuras debe de haber una formación que de algún modo haga que desarrollen su tarea en las mejores condiciones, tanto para ellas como para la persona que la recibe. No olvidemos que cada vez más, y debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral, nos vemos abocados a dejar en manos de un desconocido el cuidado de nuestro familiar y es aquí donde radica la importancia de conocer bajo qué condiciones lo estamos dejando, si el cuidador o cuidadora posee los más mínimos conocimientos y cuáles deben ser estos mínimos que se les deben exigir.

Tanto si hablamos del cuidador informal como del cuidador formal no profesional, siempre nos estaremos refiriendo a una mujer¹⁰. Por lo tanto, será necesario pensar en programas de formación adaptados a las necesidades que ellas mismas vayan detectando a lo largo del desarrollo de su actividad cuidadora y que a su vez cumplan con unos niveles de calidad asistencial.

Justificación del estudio

La familia proporciona el 93% del cuidado a los mayores, sin embargo estas cifras van disminuyendo progresivamente debido a la incorporación

de la mujer al mercado laboral. En cambio, el cuidado formal facilitado por las administraciones públicas representa solo el 3% en España¹¹.

La importancia del análisis del sistema informal de cuidados viene dada por varios elementos⁹.

Los cambios en el patrón epidemiológico y el progresivo envejecimiento de la población, y los avances tecnológicos están favoreciendo una mayor supervivencia de los enfermos crónicos y discapacitados, y por tanto están dando lugar a un número cada vez mayor de personas que requieren de la prestación de cuidados de la salud en el ámbito del sistema informal.

La tendencia decreciente en la disponibilidad de cuidadores no remunerados y cambios en la estructura de la red informal.

La necesidad de reducir costes por parte de los servicios públicos de salud y de las compañías aseguradoras y el auge de las ideologías “naturalistas” que se oponen a la medicalización excesiva de la enfermedad y de la muerte.

Frente a esta nueva situación, la propia familia y el estado están reforzando al cuidador sin formación remunerada. En la actualidad, el peso de este tipo de cuidador ya es superior al formal profesional y representa el 14% en España, siendo el 43% población inmigrante⁹.

El problema al que nos enfrentamos es saber qué tipo de conocimientos o actitudes posee este cuidador sin formación, que le capacita para hacerse cargo del cuidado.

De los resultados obtenidos en la investigación se desprenderá si existen unos programas de formación estandarizada o no, derivados de la necesidad latente en la sociedad de capacitación de estos cuidadores.

El hecho de no tener formación o no saber qué conocimientos se han adquirido, lo consideramos un problema debido a que va a redundar en la calidad de vida de la persona cuidada y del propio cuidador.

Conocer el papel que la enfermera juega dentro de la capacitación de esas personas es esencial, tanto por el hecho de ser el cuidado una parcela propia que nos pertenece por derecho, como por ser nosotras quien recojamos a través de la atención domiciliaria, los frutos de estas intervenciones sobre el cuidador.

El estudio nos va a permitir identificar un análisis de la situación sobre el tema, el nivel de implicación de la mujer en la actividad de “cuidadora”, si existen, como tales, programas de capacitación, si estos se deben más a una

improvisación debido a una necesidad social, más que a una estrategia planificada, y si por consiguiente estamos ante la necesidad de creación de un protocolo de capacitación del cuidador sin formación remunerado.

Las hipótesis de trabajo han sido las siguientes:

El creciente aumento en la necesidad de cuidadores ha provocado una forzada creación de acciones formativas para proporcionar a estos algunos tipos de capacitación, pero estas acciones formativas carecen de programas bien estructurados, estandarizados y son resultado mayoritariamente de la improvisación.

Los cuidadores consideran importante recibir información, formación y apoyo emocional para mantener el cuidado de la persona dependiente a la que cuidan.

El perfil del proveedor de cuidados sigue siendo en la actualidad la figura de una mujer.

Objetivo general:

El objetivo general del estudio es identificar cuáles son las acciones formativas que existen actualmente dirigidas al cuidador, teniendo como

Objetivos específicos:

- Describir qué tipo de acciones formativas se imparten.
- Identificar quiénes son los artífices de las mismas y sus receptores.
- Descubrir cuál es el papel que desempeña la enfermería y cuál es el que debería desempeñar.

Metodología

Se realiza una amplia y actualizada revisión bibliográfica de numerosas fuentes primarias y secundarias, para un mayor conocimiento sobre el tema, permitiéndonos a su vez efectuar un previo análisis de la situación.

La revisión se llevó a cabo en el intervalo de tiempo comprendido desde mediados del mes de Octubre de 2010 hasta principios del mes de Junio de 2011.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se basó en la consulta de varias bases de datos documentales vía online españolas e internacionales: Medline PubMed, Cuiden, CINAHL, PshycInfo, EMBASE, Cochrane y IME (CESIC).

Medline PubMed, versión electrónica de Index Medicus. Es la principal base de datos bibliográfica de la National Library of Medicine y cubre un periodo de más de cuarenta años (desde 1965 hasta nuestra actualidad) con más de 15 millones de citas de 4600 revistas biomédicas. Desde 1997 es posible acceder en línea y de forma gratuita a MEDLINE través del portal PubMed. Tiene un tesoro Mesh.

EMBASE- Elsevier, base de datos de Excerpta Médica. De un tamaño similar a MEDLINE recoge desde 1974 hasta nuestros días los artículos de 3700 revistas. Representa con más fidelidad que MEDLINE la producción científica europea (más del 50% de las citas de EMBASE son de países europeos). El solapamiento con MEDLINE se estima en menos de un 40%. Tiene un tesoro específico ENTREE.

Los descriptores usados que fueron cruzados en la búsqueda fueron: Ley de dependencia, cuidados y género, cuidados e inmigración, promoción de la salud, políticas públicas de salud, Cuidadores familiares, aprender, formación cuidadores, cuidadores informales, talleres cuidador, dependencia, promoción de salud, cuidados no profesionales, inmigración y cuidado.

Se procedió a una revisión de las Tesis Doctorales en Red¹² y a una búsqueda "On line" de todo artículo publicado referido a cuidadores, cuidadores informales, cursos y/o talleres de formación del cuidador, estando programada una alerta para la publicación de cualquier noticia relacionada con dicho tema.

El intervalo temporal de búsqueda fue desde el 1998 hasta la actualidad.

Ni en Cochrane plus, ni en las bases de datos científicas se han encontrado artículos referidos a un programa de formación de cuidadores, ni bajo la denominación de familiares, informales o no profesionales.

Tampoco se encontró en las Tesis Doctorales en red nada referente a este tema. Lo que más se aproxima a la formación del cuidador es la tesis doctoral publicada en Castellón, por la Doctora Doña M^a Monserrat Navarro Díez "Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA en el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes".

Por último destacar que fue de gran ayuda la información extraída de las publicaciones estadísticas de instituciones como el IMSERSO, INE, CSIC, y Servicios Sociales, Mujer e Inmigración de las Comunidades Autónomas.

Resultados

En el Título II¹³ la Ley, regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y calificación de profesionales y cuidadores.

1. Primer Nivel: Formación Continua. Ámbito profesional sanitario y socio-sanitario. (Faltaría determinar profesiones que incluiría, aunque enfermería debería estar presente).
2. Segundo Nivel: Formación No profesional para cuidadores.

Pero las ofertas en formación que actualmente se están brindando a los cuidadores provienen desde el año 2007 hasta la actualidad, de la Fundación Caixa Cataluña y Fundación La Caixa. Estas entidades son los principales proveedores de recursos formativos en lo que a cuidadores no profesionales se refiere. Por otro lado las Asociaciones de Personas Dependientes, comenzaron ellas mismas a formar personas para el cuidado de mayores. A su vez y paralelamente diversas ONGs entre las que se encuentra Cáritas a la cabeza, han ido desarrollando a lo largo del tiempo diversas acciones formativas a través de sus diversas asociaciones, para formar a cuidadores, pero sin diferenciar si son cuidadores familiares o cuidadores formales no profesionales. Los ayuntamientos también están desarrollando talleres formativos para cuidadores a través de sus áreas de acción social. Y algunas Comunidades Autónomas, como la Generalitat Valenciana y Andalucía han habilitado enlaces Webs y cursos "On line", para cuidadores no profesionales En el Anexo I, podemos encontrar los principales enlaces que el IMSERSO junto al CSIC ponen a disposición de los Cuidadores.

La duración media, tanto de los talleres como de los cursos de formación, ronda entre las dos y tres horas, en sesiones repartidas una vez a la semana, una vez cada quince días. Como máximo la duración total de los cursos son de 15 horas¹⁴, aunque podemos encontrar excepcionalmente alguno de 20 horas. En casos cuya duración está entre 6 meses a un año, suele ir relacionada con Talleres cuyos destinatarios son desempleados, mayoritariamente mujeres (valorándose que estén en situación de exclusión social), financiados por el municipio o consejería de trabajo y siempre a través de servicios sociales. Estos Talleres, suelen ir acompañados a su finalización con un diploma o certificado acreditativo de aprovechamiento, que los habilita como trabajadores

del Servicio de Ayuda a domicilio en muchos casos. Entre las materias que se van a impartir figuran módulos como las “Relaciones sociales y dependencia”; “Movilización de la persona dependiente”; “Higiene personal, acalamiento y vestido” y “Familia y dependencia”, entre otras áreas. Bajo el paraguas de la Ley de Dependencia⁴ y por iniciativa propia de muchas autoridades públicas, se imparte una elevadísima cantidad de cursos, a lo largo de todo el territorio español.

La mayoría de los cursos van dirigidos a dotar de herramientas psicológicas al cuidador, para minimizar las repercusiones físicas y emocionales derivadas del síndrome del cuidador. El Anexo II, presenta una serie de guías y manuales¹⁵ en pdf con acceso gratuito a través de internet, que pueden ser muy interesantes tanto desde el punto de vista del formador, como del cuidador.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, a través de la Oficina para la Dependencia, asume las competencias y funciones de materia de reconocimiento del derecho a las prestaciones contempladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, su seguimiento y control, así como la formación en materia de dependencia¹⁶. Es por ello que podemos considerar que todo tipo de formación aprobada o que ha tenido el visto bueno de la Consejería, podríamos razonarla como que está dentro de una homogenización y que cumple unos estándares de calidad, que de algún modo deberían repetirse en todas las acciones formativas que quedasen visadas por dicha Conserjería. La Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, a través de la Oficina para la Dependencia, en el ejercicio de la competencia de formación en materia de dependencia asume la responsabilidad de promover actuaciones dirigidas a ofrecer una formación que facilite a los cuidadores no profesionales la información y el apoyo necesario que les permita asumir sus responsabilidades, conciliando los distintos aspectos que conlleva el cuidado de las personas dependientes de manera satisfactoria; que les dote de conocimientos y aptitudes que se traduzcan en la prestación de unos cuidados de calidad en la atención de la persona dependiente, así como de habilidades de cuidado y autocuidado que permitan mejorar las atenciones ofrecidas a la vez que proteger su bienestar y que contribuyan a la mejora de la dinámica familiar¹⁶.

La Fundación “la Caixa” ha desarrollado en la Comunidad de Murcia, un Programa de Apoyo a Cuidadores Familiares de personas con dependencia,

cuyo objetivo es ofrecer a este colectivo un conjunto de recursos e instrumentos que faciliten su labor diaria, al cuidado del familiar dependiente, así como mejorar su autocuidado y, de esta forma, contribuir en la mejora de la calidad de vida de las familias que se encuentran en esta situación. El programa consta de entre 5 y 10 talleres presenciales para cuidadores familiares no profesionales y tendrá doble finalidad ofrecer, de una parte, una formación básica que sirva de apoyo y estímulo, y que se traduzca en la prestación de unos cuidados de calidad en la atención de la persona dependiente, y de otra, la información y el apoyo necesario que permita a los cuidadores familiares asumir sus responsabilidades, conciliando los distintos aspectos que conlleva el cuidado de otras personas de manera satisfactoria.

Los talleres presenciales dirigidos a los cuidadores familiares no profesionales, se centran en el concepto “Cuidemos al cuidador” y se desarrollarán en cuatro sesiones, de dos horas y media cada una. Estos Talleres se imparten en “La fundación Obra Social La Caixa” Murcia, en AMITES Lorca; Ayuntamiento de Águilas, en muchos de los principales municipios de Murcia.

Talleres para cuidadores: ENFERMERÍA Fundación Alzheimer [Región de Murcia]. El taller tratará sobre nociones de anatomía, cuidados generales y específicos de la piel y mucosas, productos cosméticos, aspectos específicos del paciente encamado, úlceras, etc¹⁷. Este es de los pocos Talleres que aparece la figura del enfermero como promotora del taller de formación.

Taller “Un Cuidador, Dos Vidas” (Obra Social la Caixa) y AEDEM dirigido a los cuidadores familiares de afectados de Esclerosis Múltiple. El taller ha tenido por objetivo proporcionar a los cuidadores de personas dependientes técnicas y herramientas para desempeñar su tarea de la forma más beneficiosa posible, tanto para el paciente como para el familiar. Para ello se ha proporcionado a los cuidadores material teórico y se han realizado actividades prácticas en las distintas sesiones. Se ha desarrollado en cuatro sesiones guiadas por una psicóloga. A nivel general hemos encontrado que el Taller “Un Cuidador, Dos Vidas” se ha impartido en 38 Talleres repartidos en 32 centros de la Región y repercutido en 522 murcianos de toda la región¹⁸.

Aquellas asociaciones que reciben a mujeres inmigrantes, como Asamblea local Cruz roja española en Murcia, Asociación Rumiñahui. Hispano – Ecuatoriana Desarrollo, Asociación de Ucranianos de Murcia, Convenio Murcia Acoge, Convenio Cáritas, Columbares, Fundación FADE, suelen desarrollar

programas formativos en los que se dan una formación a nivel general que va desde aprender a cocinar, planchar (tareas domésticas) a nociones de cuidado y manejo de ancianos.

En cuanto al perfil del formador, los resultados muestran un amplio abanico que va desde voluntarios, amas de casa, profesores jubilados, trabajadores sociales, hasta personal sanitario, como enfermeras y auxiliares.

Discusión

Remitiéndonos a la legislación vigente¹⁹ quedan perfectamente definidos tanto los tipos de cuidados que existen, cuidados no profesionales y cuidados profesionales, así como el tipo de capacitación que deben tener cada uno de ellos según la formación recibida. Pero lo primero que llama la atención es la ambigüedad de la norma, que deja para un futuro el desarrollo y concreción de la misma, quedando un vacío tanto en el desarrollo curricular de la formación que han de recibir los cuidadores como en la concreción de quiénes van a ser los implicados en el proceso (de principio a fin). Todo esto denota cierto grado de improvisación.

La necesidad de dar respuesta a la demanda social existente de cuidadores formados para atender a personas dependientes, ha determinado la proliferación de acciones formativas, con un amplio abanico tanto en temas como en las horas de formación, que en el 90% de los casos resultan ser escasas, según los participantes y formadores. Y son las entidades sin ánimo de lucro, como Fundaciones, Asociaciones u ONG, las que han tenido que tomar el testigo de la formación.

El perfil del cuidador de personas mayores es en el 40% de los casos, el de una mujer inmigrante²⁰ y de la formación que reciba va a depender el bienestar de las personas dependientes. Ante la continua afluencia a nuestros centros de Atención primaria de estos cuidadores pidiendo información de cómo cuidar, el servicio de coordinación sociosanitaria para la atención domiciliaria²¹ ha puesto en funcionamiento los Talleres de Formación para cuidadores, que están enmarcados en el Programa de Atención a las personas mayores. Estos son impartidos por enfermeras y poseen un temario bien estructurado.

Teel y Press²² estiman que las enfermeras deben ayudar a los cuidadores a evidenciar sus propias necesidades para realizar las tareas relacionadas con su papel de cuidador. Es de recibo pensar que entre esas necesidades está la formativa.

Como dice Salazar M.²³ “las enfermeras estamos preparadas para el abordaje bio-psico-social de la atención a las personas en situación de dependencia. También debemos estar presentes en la formación, capacitación y acreditación de los cuidadores y ser un apoyo constante para éstos, en las situaciones de agravamiento del proceso. La sociedad nos necesita, más que nunca, también, para cuidar al cuidador. Si además incorporamos las perspectivas de género y de igualdad, estaremos haciendo posible que la ley se aplique en condiciones de igualdad efectiva”.

Conclusiones

La acción de cuidar está siendo desarrollada como un rol ligado al género femenino. Ante la pobre respuesta de la ley de Dependencia y la alta demanda existente de formación a los cuidadores informales de personas dependientes, las medidas de apoyo a las cuidadoras deberán ir dirigidas a mejorar tanto las condiciones en que desarrollan su labor de cuidar, como su propia calidad de vida. Ello supone la toma de medidas desde lo macro social, manteniendo un equilibrio entre la responsabilidad pública y privada, hasta lo micro social, equilibrando el reparto de la responsabilidad del cuidado en la red familiar y social. Como respuesta hayamos un escenario de anarquía formativa caracterizado tanto por la falta de rigor tanto en los contenidos como en la metodología.

Existe una demanda social de formación de los cuidadores informales que Enfermería debe asumir, mediante la creación de Programas formativos y Protocolos estandarizados a la hora de proporcionar un modelo de cuidados de calidad.

Bibliografía

1. Blay Berrueta D. "Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa", Madrid: Cuaderno nº115, Fundación Mapfre; 2007.
2. EDAD. INE 2010. Mujeres y hombres en España 2010, Población y familia. [Consultado el 10 de Marzo 2011]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh10_poblacion_familia.pdf
3. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y SCOR Global Life. "El seguro de dependencia: Guía para el desarrollo de productos de larga dependencia en España", ICEA y SCOR Global Life, Madrid 2005.
4. Bolancé, C. "Alternativas de cofinanciación de los costes de la dependencia en España", IMSERSO, Madrid 2007.
5. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006). [Consultado el 10 de Febrero 2011]. Disponible en: http://www.acreditat.gob.es/contenidos/normativa/pdf_general/Ley%2039_2006.pdf
6. SAAD. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. [Consultado el 10 de Febrero 2011]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/saad/index.htm
7. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. [Consultado el 10 de Marzo 2011]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas_libroblancodependencia-01.pdf
8. EDDES. INE 1999. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disca/dictodo.pdf>
9. Duarte G y Izquierdo MD "El sistema invisible de los cuidados". Capítulo de libro: García, A. Ed. "Sobre el morir y la muerte", 2002
10. Red2Red. <http://www.red2red.net/index.php?inc=publicaciones>
11. Gallart Fdez-Puebla A. "Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal". Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona 2007.
12. Tesis doctorales en Red: <http://www.tdx.cat/browse>
13. GuíasManuales.<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/enlaces.html>
14. Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región

- de Murcia, a través de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y la Fundación "La Caixa", Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 93, (5 de Enero de 2011). [Consultado el 4 de Junio 2011]. Disponible en: <http://www.carm.es/borm/documento?obj=anu&id=417921>
15. Fundación Alzheimer.org http://www.fundacionalzheimer.org/prensa/2007/doc_170
 16. Portal de Murcia.es <http://www.portaldemurcia.es/noticia.asp?id=48894>
 17. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Título II: La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Capítulo II: Formación en materia de dependencia. Artículo 36 [Consultado el 20 de Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.imser-sodependencia.csic.es/documentacion/legislacion/normativa/ley-dependencia/09-titulo-ii-cap2.html>.
 18. Perdiguero S, Cruz roja forma a cuidadores de personas dependientes, El Faro Digital.es, Viernes 11 de Marzo de 2011. [Consultado el 4 de Junio 2011]. Disponible en: <http://www.elfarodigital.es/melilla/sanidad/40828-imser-so-y-cruz-roja-forman-a-cuidadores-de-personas-dependientes.html>
 19. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Título II: La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Capítulo II: Formación en materia de dependencia. Artículo 36 [Consultado el 20 de Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.imser-sodependencia.csic.es/documentacion/legislacion/normativa/ley-dependencia/09-titulo-ii-cap2.html>.
 20. IMSERSO. Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores. 2004 [Consultado el 14 de Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.imser-somayores.csic.es/estadisticas/encuestas>
 21. Programa de atención a las personas mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. Segunda Edición, Febrero 2002.
 22. Heierle C. Cuidando entre cuidadores. Intercambio de apoyo en la Familia. Cuadernos Index. Granada. 2004.
 23. Salazar Agulló M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006.; 52-53 [consultado el 06 de Mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/0709.php>

ANEXO I

Enlaces

- **Alzheimer's Disease International. Help for Caregivers** Información sobre la enfermedad de Alzheimer y actividades de la organización. Página web y recursos dedicados a los cuidadores de personas con demencias.
- **Alzheimer Europa.** Red Europea de asociaciones de Alzheimer y Demencias. Información sobre demencias.
- **Alzheimer Research Forum. Caregiving.** Información, bibliografía, noticias, investigación e información sobre la enfermedad. Selección de recursos para los cuidadores de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer.
- **Alzonline.net: Red para cuidadores de personas con Alzheimer.** Ofrece información práctica para los cuidadores y el cuidado de su bienestar así como permite la comunicación entre los profesionales (Comunidad Virtual y Foros de Expertos).
- **Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Madrid.** Información de convocatorias, formación y apoyo para enfermos. Y familiar. Publicación trimestral (Revista Alzheimer), información sobre convocatorias (cursos, talleres), así como de programas de intervención psicossocial y sociosanitarias.
- **Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias en España.** Datos de contacto de un gran número de asociaciones españolas de Alzheimer y de familiares de Alzheimer.
- **Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA).** Información sobre la institución, la enfermedad, noticias, actividades y otros enlaces externos. Organiza cursos y seminarios y participa en actividades de carácter internacional. Es miembro de Alzheimers Disease International (ADI) y de Alzheimer Europe. Acceso a su publicación (Revista En Mente) con información completa sobre la enfermedad, convocatorias (cursos, congresos) y un importante número de enlaces de asociaciones, fundaciones y medios de comunicación.
- **Cuidadores: Cuidar a los que Cuidan.** Información sobre aspectos relativos a cómo cuidar del cuidador y cómo cuidar de la persona mayor dependiente. Página muy completa con servicios de consultoría.
- **Cuidadores: Cuidamos a los que nos Cuidan.** Una guía que nace como

instrumento de consulta eminentemente práctica, con el objetivo de ofrecer apoyo a la tarea diaria de las familias, con el ánimo de ayudarlas a cuidar mejor a sus familiares y a cuidarse a ellos mismos.

- **Cuidadores.info.** Selección de documentos y enlaces, y oferta de acciones formativas. Ofrece información útil para los cuidadores y les proporciona un formulario para realizar consultas a especialistas en este ámbito.
- **Family Caregiver Alliance.** Información sobre política pública y consejos e información para los cuidadores familiares.
- **Fundación Alzheimer España (CSIC).** Información para cuidadores de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. Integrada en REDAFIAL (Red de Apoyo, Formación e Información Alzheimer). Consejos y casos prácticos para cuidadores de personas, aula virtual.
- **Línea de Apoyo para Cuidadores.** Documentación de interés para profesionales interesados en el cuidado de personas mayores dependientes. Dispone de un foro para profesionales y de una importante base documental de acceso gratuito.
- **National Alliance for Caregiving (NAC).** Se dedica, por un lado, a proporcionar apoyo a los cuidadores familiares y a los profesionales que les ayudan y, por otro lado, a aumentar la concienciación pública sobre aspectos importantes con los que se enfrentan los cuidadores familiares.
- **National Family Caregivers Association (NFCA).** Compromiso en la mejora de la calidad de vida de las familias cuidadoras y en la minimización de las disparidades entre cuidadores familiares y no cuidadores.
- **Neurosalud.** Breve selección de revistas, consejos e información sobre la enfermedad de Alzheimer.
- **Portal de Alzheimer.** Consejos a cuidadores, libros recomendados, un exhaustivo apartado de cuestiones jurídicas y un servicio de consultas en línea.
- **Sociedad Española de Asistencia Sociosanitaria.** Orientada a la protección y la defensa de los derechos e intereses de las personas dependientes, sus familiares y cuidadores principales.
- **Todo ancianos (tema Cuidadores).** Recursos para el cuidador. Existen otras selecciones de recursos de interés: demencias, Alzheimer, Parkinson, depresión, fracturas, etc.

ANEXO II

Guías y manuales

- Guía Básica de Autocuidado para personas cuidadoras.
http://www.sercuidador.es/pdf/guia_autocuidado.pdf
- Guía F facilita la intervención y el apoyo a familiares de personas con Discapacidad.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/verdugo-guiaf-01.pdf>
- Guía Práctica de productos de apoyo.
http://www.sercuidador.org/Guia_Basica_Productos_Apoyo.htm
- CUIDADOS Y CUIDADORAS
Guías, manuales y otros recursos gratuitos en la red sobre el cuidado de personas adultas y sobre las personas cuidadoras (Año 2007).
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cobelas-cuidados-01.pdf>
- Cuidadores de ancianos. Cuidar y ser cuidados *<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/20/20v24n01a13084263pdf001.pdf>*
- A Guide for People Who Care
<http://www.conapam.go.cr/pdf/gu%C3%ADaparacuidadores.pdf>
- Manual de Apoyo para cuidadores no profesionales
<http://www.infodisclm.com/documentos/dependencial/GUIA%20CUIDADORES%20CLM%20mail.pdf>

2

Mujeres, VIH/SIDA y adherencia terapéutica

Sara Sánchez Peñas
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

Según la OMS la infección por VIH, es aquella en la que el virus de la inmunodeficiencia humana infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia, cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan la inmunodeficiencia grave se denominan “oportunistas” porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

Por tanto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa las etapas más avanzadas de la infección por VIH. Se define por la aparición de algunas de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con VIH.

Se puede transmitir por las relaciones sexuales (vaginales, anales, bucales) sin protección con una persona infectada; por la transfusión de sangre contaminada, y por compartir agujas, jeringas, u otros objetos punzocortantes contaminados. La madre puede transmitirle la infección al hijo(a) durante el embarazo, el parto, o el amamantamiento¹.

El VIH/SIDA en datos

TABLA 1. Estimación de niños, adultos, nuevos casos y fallecimiento por sida, 2011

Número estimado de niños y adultos	<i>En el mundo</i>	34 millones de personas infectadas
	<i>Europa Occidental</i>	900.000 personas infectadas
Nuevos casos	<i>En el mundo</i>	2,5 millones de nuevos casos
	<i>Europa Occidental</i>	30.000 nuevos casos
Fallecimientos	<i>En el mundo</i>	1,7 Millones de fallecimientos
	<i>Europa Occidental</i>	7.000 personas

Fuente: Informe ONUSIDA España 2012²⁹

TABLA 2. Personas, fallecimientos y huérfanos por el sida

Nº de personas que viven con VIH	150.000 (130.000-160.000)
Prevalencia de entre 15-49 años	0,40% (0,40%- 0,50%)
Personas adultas de al menos 15 años que viven con el VIH	150.000 (130.000- 160.000)
Mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH	35.000 (31.000- 39.000)
Niños de 0-14 años de edad que viven con el VIH	N/A
Fallecimientos por sida	< 1.000 (< 1.000- < 1.000)
Huérfanos por el sida de 0- 17 años de edad	4.300 (3.800- 4.800)

Fuente: Informe ONUSIDA España 2012²⁹

Situación epidemiológica del VIH/SIDA en mujeres en España

Las conclusiones más relevantes respecto a la situación epidemiológica del VIH/sida en mujeres son:

- La tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH se ha igualado con países de nuestro entorno, desde 2003, los nuevos diagnósticos se mantiene estable en ambos sexos.

- Las mujeres infectadas por VIH son más jóvenes y la gran mayoría se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas.
- La prevalencia de infección VIH en madres de recién nacidos vivos se mantiene estable en alrededor 1,5%⁰.
- Las mujeres que acuden a realizarse la prueba del VIH en las clínicas especializadas son jóvenes de 29 años de media, el factor de exposición es mayoritariamente el contacto sexual y casi la mitad son inmigrantes.
- En los casos de Sida, el patrón de transmisión más común para las mujeres se invirtió en el 2002, siendo la transmisión heterosexual más común que la predominante hasta ese momento
- El 3,1% de las mujeres con Sida sufren cáncer de cuello uterino⁴.

Vigilancia del VIH/SIDA en la Región de Murcia

En el periodo 2009-2011, la incidencia regional de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene relativamente estable y ligeramente inferior a la media estatal, mientras que desde 1999 la incidencia de Sida es bastante semejante a la nacional.

Tanto la infección por VIH como el Sida, afectan mayoritariamente a hombres (80% hombres y 20% mujeres), a personas jóvenes o de edad media (mediana de edad de 35 años en los nuevos diagnósticos de VIH y 39 años en los casos de Sida) y de procedencia española (65% españoles y 35% extranjeros)⁵.

Datos sobre los pacientes con TARGA en el Área III de Salud

SAVAC, es un Programa Integral Corporativo del Servicio Murciano de Salud, de Gestión de Farmacia y en su módulo de Dispensación a pacientes del PROSEREME-V, nos arroja los datos sobre el número total de pacientes diagnosticados con VIH/Sida, durante los años 2010 a 31 de diciembre de 2012, en el Hospital Rafael Méndez de Lorca. Observamos un ligero descenso de casos en los hombres y un ligero aumento de casos en las mujeres a medida que avanzan los años y en el periodo que nos ocupa.

GRÁFICO 1. Proporción en el diagnóstico de VIH entre mujeres y hombres (2010-2012), en el Área III de Salud

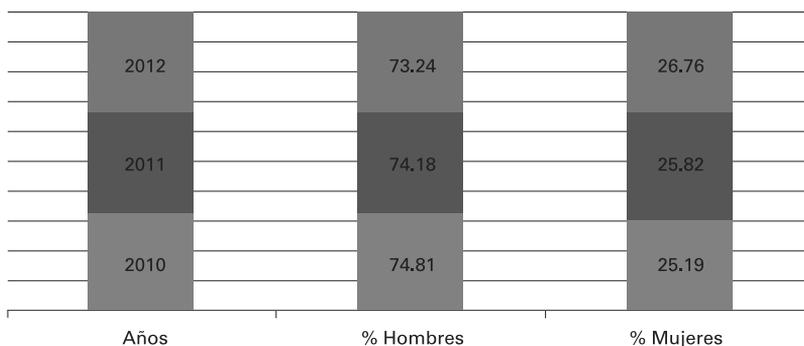
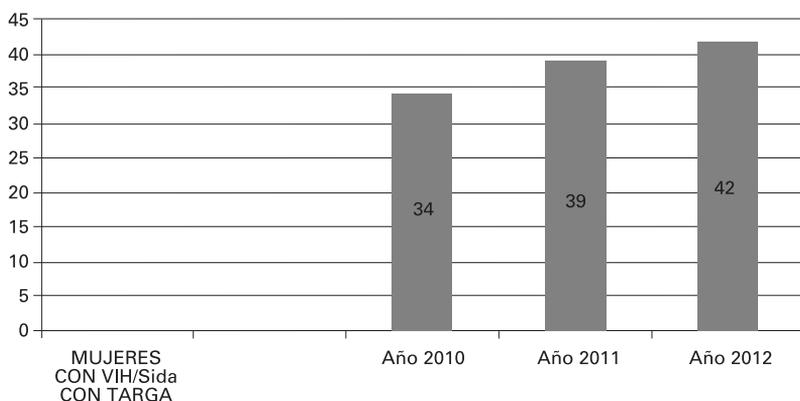


GRÁFICO 2. Número total de mujeres con VIH/Sida con TARGA, en los años 2010-2012



Justificación del estudio

La enfermedad del VIH se ha convertido en la última pandemia del siglo XX, y los profesionales de Enfermería desempeñan un papel importante, por la atención que pueden prestar a las personas afectadas por la enfermedad y por la responsabilidad que tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación en las mujeres que viven con el VIH⁶.

Aspectos importantes como la adecuada administración de los medicamentos ARV, y la advertencia sobre los efectos secundarios de los mismos y dieta adecuada, tienen que ver con el trabajo de Enfermería. También lo es el desarrollo de procesos educativos y orientativos, puesto que hay aspectos clínicos en los cuales las mujeres deben ser vistas desde su género, e información importante que a ellas les compete conocer⁶.

La adherencia o adhesión terapéutica (ADH) para los pacientes con VIH se puede definir, como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral⁷.

Los factores relacionados con la adherencia incorrecta al TARGA son muchos pero aquellos que de una forma más contundente se han relacionado con ella son la ausencia de soporte social o familiar, idioma, uso activo de drogas, alcoholismo, afectación psiquiátrica, baja percepción de auto-eficacia, número de fármacos, frecuencia de dosificación, duración del tratamiento y efectos adversos⁷.

Objetivos

Este proyecto se intenta dar respuesta a los siguientes objetivos:

Objetivo General

Describir las mujeres con VIH/Sida en tratamiento con TARGA desde la Farmacia Hospitalaria del Hospital Rafael Méndez, perteneciente al Área III de Salud, de la Región de Murcia.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres con TARGA que acuden a la Farmacia Hospitalaria.
- Conocer el grado de ADH manifestada por las mujeres con TARGA.

Revisión Bibliográfica

Diversos autores hablan de la existencia de factores variados, que intervienen de forma directa en la ADH. El conocimiento de estos factores hace posible el diseño de estrategias de intervención que mejoren la ADH a los TARGA desde una aproximación multidisciplinar⁸.

La *estigmatización* de la enfermedad los traumas⁹, el estrés¹⁰ y la falta de apoyo social¹¹ han demostrado tener un impacto negativo en la ADH, así como el consumo de alcohol, sobre todo en mujeres¹².

En *mujeres* tratadas con antirretrovirales, se ha demostrado que hay una menor aceptación del tratamiento antirretroviral (ARV), una mayor incidencia de interrupción del mismo¹³ y un rebote viral después de la supresión viral mayor que en los hombres¹³. Además, las mujeres son más propensas que los hombres a ser excluidas por la dificultad que supone hacerles un seguimiento médico una vez que abandonan el tratamiento ARV. Todo ello las hace más vulnerables y potencialmente menos adherentes a los TARGA que los hombres¹⁴.

Uno de ellos es el estudio donde se produjo una adherencia significativamente menor entre los hombres en relación a las mujeres, se llevó a cabo en España y se utilizó un corte de ADH del 80%¹⁵.

En las mujeres, las tasas más altas de adherencia fueron encontradas en los estudios realizados en África, Asia, y América del Sur, cuando la muestra incluía más viudas o cuando la muestra tenía un recuento CD4 basal inferior¹⁶.

A pesar de la creciente prevalencia de las mujeres infectadas con el VIH, su participación en estudios sobre los TARGA es proporcionalmente menor en comparación con los hombres. Esta disparidad se ha traducido en la potencialmente inapropiada extrapolación de los resultados obtenidos para los hombres a las mujeres¹⁷.

Los *efectos secundarios* de los TARGA y el consumo de alcohol se asocian con la falta de ADH, sobre todo en mujeres¹².

La media de *edad* de las personas adultas infectadas con el VIH/ Sida en el mundo se sitúa entre los 15- 49 años¹⁸. Esto arroja el dato, de que la mayor parte las mujeres infectadas están en edad reproductiva, por lo que es obvio hablar también de las mujeres embarazadas. La repercusión de una buena ADH a los TARGA entre las mujeres no sólo ha mejorado la calidad de vida y la longevidad de las mismas, sino que además ha tenido un impacto significativo en la transmisión de la infección por VIH de madre a hijo(a)¹⁹.

El *parto vaginal* aporta un 60-70% de la transmisión vertical y la lactancia materna contribuye en la transmisión de la infección en un 20-30%, mientras que la infección en el útero de la madre puede ocurrir en menos de un 10% de los casos²⁰.

Por el contrario una NO-ADH a los TARGA durante el embarazo puede

conducir a una supresión viral sub-óptima, el desarrollo de resistencia viral y mayor riesgo de transmisión de madre a hijo(a) de cepas resistentes de VIH no sensibles a los TARGA, creando con ello un problema de salud pública¹³.

En las mujeres infectadas con el VIH, embarazadas, las náuseas y los vómitos se suman a los efectos secundarios y adversos de los fármacos ARV²¹. A esto hay que añadir el olvido en un 57'6%, el exceso de trabajo en un 39'4% y el miedo a ser identificadas como infectadas por el VIH en un 63'6%, que suelen ser las causas para el abandono del tratamiento. Es interesante resaltar que la motivación más grande que tienen las mujeres embarazadas para mantener la ADH en un 57'6% es asegurar la protección del feto de la infección por el VIH, la vida , y poder ver sus hijos crecer en un 21'2%¹⁹.

Para otras mujeres infectadas, se añade el dolor inminente de la *muerte*²². En países menos desarrollados, las mujeres viven en desigualdad de género, con inseguridad económica, violencia doméstica, y a todo ello se añade la dificultad para acceder a la atención sanitaria, vencer las barreras de las distancias, la disponibilidad limitada de los ARV de última generación y las limitaciones económicas²³.

Algunos motivos a tener en cuenta en mujeres seropositivas en países desarrollados para una escasa ADH, es que estas suelen ser desproporcionalmente más pobres, minorías raciales, que viven en comunidades con alta prevalencia de consumo de drogas, y sintomatología depresiva²⁴. La ausencia de apoyo socio- familiar, es un predictor negativo de ADH a los TARGA²⁵.

Cuestiones como la privacidad a la hora de tomar los ARV pueden ser indicativo de estigma percibido, que también interfieren la ADH a TARGA²⁶. Los pacientes hacen hincapié en la necesidad de tener conversaciones abiertas y privacidad con los profesionales de la salud²⁴. Sherr, L. et al no parecen encontrar diferencia estadística respecto a la ADH entre hombres y mujeres²⁷.

Metodología

Diseño y estructura

Estudio descriptivo, basado en el registro de dispensación de ARV de la Farmacia Hospitalaria, con el fin de obtener información a partir de un grupo muestral en el que se pretende observar la adherencia a los TARGA. Posteriormente, se describirá el grado de ADH y se analizarán los factores identificados que interfieren la ADH a los TARGA.

Población y muestra

La población estudiada son mujeres, infectadas con el VIH/Sida que reciben asistencia médica y farmacéutica en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, perteneciente al Área III de Salud de la Región de Murcia.

El tamaño de la muestra se establecerá de acuerdo al periodo de recolección de datos, es decir, todas las pacientes que acudieron a la Farmacia Hospitalaria y a las consultas externas de Medicina Interna entre abril y mayo de 2013.

Los *criterios de inclusión* de las participantes en el estudio son:

- Ser mujer, en un rango de edad comprendido entre los 18-65 años.
- Tener un diagnóstico médico de infección por VIH/Sida.
- Realizar las revisiones médicas en el Hospital Rafael Méndez.
- Inicio del tratamiento ARV entre los años 2010 a 2012.
- Tiempo en tratamiento con ARV: mínimo 3 meses.
- Tratamiento farmacológico con antirretrovirales de gran actividad.
- Dispensación del TARGA desde la Farmacia del Hospital estudiado.
- No estar embarazada.
- No estar ingresada en el periodo del estudio.

El reclutamiento de las participantes de la muestra, se realizará cuando las mujeres en tratamiento con ARV acudan a recoger la medicación a la Farmacia hospitalaria (FH) o bien cuando pasen su revisión en la consulta médica. Con ello, se permite que en la muestra estén representadas todas las mujeres más adherentes y las menos adherentes así como poder valorar el estado cognitivo de las mismas.

Ámbito del estudio

El Área de Salud III (Lorca) se localiza en el sur/suroeste de la Región de Murcia, prestando sus servicios a los habitantes de los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana. Abarca una extensión de 2413,1 km². La población cubierta a 16 de Abril de 2013 según los datos de Tarjeta Sanitaria es de 166.111.

Se incluyen las siguientes instalaciones:

- 1 Hospital: Hospital Rafael Méndez con 283 camas.
- 8 Centros de Salud: Águilas Sur, Lorca Sur, Lorca Centro, Puerto Lumbreras, Lorca San Diego, Totana, Lorca La Paca y Águilas Norte.

- 28 consultorios periféricos: Los Arejos (C.S. Águilas Sur); Campillo y La Torrecilla (C.S. Lorca Sur); Purias, La Escucha, Puente la Pía, Cazalla, Aguaderas, Campo López, Morata y Ramonete (C.S. Lorca Centro); Almendricos, La Campana y El Esparragal (C.S. Puerto Lumbreras); La Hoya, Tercia, Marchena, El Consejero y La Parroquia (C.S. Lorca San Diego); El Pareton y Aledo (C.S. Totana); Las Terreras, Zarzadilla de Totana, Coy, Avilés, Doña Inés, Zarzilla de Ramos (C.S. Lorca La Paca); Calabardina (C.S. Águilas Norte).
- 2 Centros de Especialidades Médicas: Santa Rosa de Lima y Casa del Mar (Águilas).

Variables del estudio

La recogida de datos incluye las siguientes variables:

- Características sociodemográficas de las mujeres con TARGA.
- Grado de ADH manifestada por las mujeres con TARGA.
- Factores que influyen en la no ADH en las mujeres con TARGA.
- Grado de ADH según el registro de dispensación de ARV de la Farmacia Hospitalaria.

Instrumentos

Para la recogida de los datos se van a utilizar varios instrumentos, el primero de ellos de elaboración propia para recoger las características socio-demográficas.

Por otro lado se aplicará el cuestionario sobre adherencia SMAQ, un cuestionario validado, el registro de dispensaciones de fármacos ARV de los años 2010-2012, de los cuales se tendrán en cuenta, los referidos al año 2012 por ser los más recientes, y otra encuesta sobre los factores que influyen en la ADH así como la consulta de los informes médicos de las pacientes.

Procedimiento para la recopilación de datos

Para el desarrollo de esta investigación se solicitará al Comité de Ética e Investigación (CEI) del Hospital Rafael Méndez, autorización a través de su Gerencia, para realizar la recopilación de datos en las fechas y condiciones que se describen en la redacción del proyecto de investigación presentado a dicha comisión.

Dos servicios del hospital estarán implicados en el proyecto: la Farmacia Hospitalaria, donde las pacientes diagnosticadas de VIH/Sida recogen mensualmente su medicación ARV y las Consultas Externas, concretamente la de Medicina Interna.

En la Farmacia se reclutarán directamente a las mujeres que acuden a recoger su medicación ARV y que acepten voluntariamente participar en el estudio. Estas mujeres serán informadas sobre el mismo y firmarán el consentimiento informado debidamente cumplimentado.

Obtención de consentimiento informado

Este trabajo constituye un estudio de bajo riesgo para las mujeres que sean encuestadas, no implicando en ningún momento la manipulación psicológica, emocional o social. Los datos serán confidenciales, y recibirán el trato y garantías que establece la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre, sobre protección de datos personales.

Las encuestas: Características sociodemográficas y Factores relacionados con la ADH así como el cuestionario SMAQ tienen un formato donde no aparece la opción de poner el nombre, apellidos o DNI, de manera que se mantiene en todo momento el anonimato de los datos.

Los registros de dispensaciones de ARV, una vez extraídos los datos, también serán destruidos, siendo lo relevante de los mismos reflejado en el trabajo.

Análisis de datos

Para los datos cuantitativos se realizará un análisis descriptivo, aportando las medias, y desviaciones estándar, para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Los datos se introdujeron en una base de datos y el análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.0. Todos los resultados se considerarán significativos estadísticamente para $p < 0,05$.

Resultados esperados

Con la investigación diseñada se pretenden obtener los datos que una vez analizados permitan a la investigadora:

- Identificar los factores socioeconómicos de las mujeres estudiadas y establecer su relación con la adherencia al TARGA.

- Determinar si existe algún tipo de relación entre el apoyo familiar y social con el grado de adherencia terapéutica de la muestra analizada.
- Establecer estrategias que favorezcan el abordaje de los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. OMS. Preguntas y respuestas sobre el sida, 2013, Consultado: 3- 5- 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
2. Informe ONUSIDA 2012, Mundial. Consultado el 19- 11- 2012. Disponible en:http://www.elmundo.es/elmundosalud/documentos2012/11/est_mundo_2012.html
3. Informe ONUSIDA 2012, España. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/spain/>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre el Sida Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Madrid, diciembre 2008.
5. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública. Vigilancia Epidemiológica del VIH en la Región de Murcia. Informe 1/2012.
6. La Faurie, M.; Zúñiga, M. Mujeres colombianas viviendo con el VIH/Sida: Contextos, experiencias y necesidades de cuidados de Enfermería, *Enfermería Global* 2011; 24: 317- 327.
7. Knobel Freud, H.; Polo Rodríguez, R.; Escobar Rodríguez, I.; Casado, JL.; Codina, C.; Hernández, J. et al. Recomendaciones GESIDA/S.E.F.H, para mejorar la adherencia al TRV. Junio 2008, p.4-5.
8. Ventura Cerda, JM.; Mínguez Gallego, C.; Fernández Villalba, EM.; Sánchez- Almiñana, M.; S. Soler, JA. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento Antirretroviral. *Farm. Hosp.* 2006; 30: 171-176.
9. Sledjeski, EM.; Delahanty, DL.; Bogart, LM. Incidence and impact of post-traumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19:728- 26.
10. Leserman, J.; Ironson,G.; O' Cleirigh, C. et al. Stressful life events and adherence to HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22: 403- 11.
11. Roux, P.; Carrieri, MP.; Cohen, J. et al. Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV- infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. *Clin Infect Dis.* 2009; 49: 1433-40.
12. Applebaum, AJ.; Richardson, MA.; Bray,SM. et al. Gender and other

- psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS Behav.* 2009; 13: 60- 5.
13. Carmody, ER.; Díaz, T.; Starling, P. et al. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in a Río de Janeiro public clinic. *Trop Med Health.* 2003; 8: 378- 85.
 14. Carrieri, MP.; Raffi, F.; Lewden, C. et al. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immune-virological responses: a 3- year follow-up study. *Antivir Ther.* 2003; 8: 585- 94.
 15. Barford, TS.; Gerstoft, J.; Rodkjaer, L. et al. Patients answers to simple questions about treatment satisfaction and adherence and depression are associated with failure of HAART: a cross- sectional survey. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19:317- 25.
 16. Roca, B.; Gómez, CJ.; Amedo, A. A randomized comparative study of lamivudine plus stavudine, With indinavir or nelfinavir in treatment- experienced HIV-I infected patients. *AIDS. Care.* 2000; 14: 157- 61.
 17. Simoni, JM.; Pantalone, DW.; Plummer, MD.; Huang, B. A randomized controlled trial of a peer support intervention targeting antiretroviral medication adherence and depressive symptomatology in HIV- positive men and women. *Healt Psychol.* 2007; 26: 488-95.
 18. Informe ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida/ 2012 ONUSIDA, IJC 24175.
 19. CU.; Onwujekwe, DI.; Tayo, F.; Ezechi Ando, C. Pattern and Determinants of Antiretroviral Drug Adherence among Nigerian Pregnant Women. Hindawi Publishing Corporation. *Journal of Pregnancy.* 2012; Art.ID851810, 6 p.
 20. Felix, G.; Ceolim, F. Perfil de las mujeres que viven con VIH/SIDA y su adherencia a la terapia antirretroviral. *Rev Esc Enfer USP* 2012; 46(4): 882- 9 Disponible en www.ee.usp.br/reeusp/.
 21. Nyamati, A.; Hason, AY.; Salem, BE.; Sinha, S.; Ganguly, KK.; Leake, B.; Yadan, K.; Marfisee, M. *Nursing Research* 2012; 61(4): 353-362.
 22. Matejwa Kamau, T.; Olson, PT.; Pinto Zipp, G.,; Clark, MA. Coping Self-Efficacy as a Predictor of Adherence to Antiretroviral Therapy in Men and Women living with in Kenya. *AIDS. PATIENT CARE and STDs* 2001; 25(9): 557- 561.
 23. Badahdah Abdallad, M.; Pedersen Daphne, E. "I WANT TO STAND ON

- MY OWNLEGS”: a qualitative study of antiretroviral therapy adherence among HIV- positive womwn in Egipt. *AIDS Care*. June 2011; 23 (6): 700-704.
24. Knowlton Amy, R.; Yang Cui; Bohret, A.; Wissow, L.; Chande, G.; Arnten, JA. Main partner factors associated with worse adherence to HAART among women in Baltimore, Maryland: a preliminary study. *AIDS Care* 2011; 23 (9): 1102-1110.
 25. Puigventos, F.; Riera, M.; Delibes, C.; Peñaranda, M.; De la Fuente, L.; Boronat, A. Estudios de Adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin 8Barc*). 2002 jun29; 119 (4): 130-137.
 26. Ortego, C.; Huedo-Medina, TB.; Santos, P.; Rodríguez, E.; Sevilla, L.; Warren, M.; Llorca, I. Sex differences in adherence to highly active antiretroviral therapy: a meta-analysis. *AIDS Care Psychological and socio- medical Aspect of AIDS/HIV*. 2012; 24(12): 1519- 1534.
 27. Sherr, L.; Lampe, FC.; Clucas, C. et al. Self-reported non- adherence to ART and virological outcome in a multiclinic UK study. *AIDS Care*. 2010; 22: 939- 45.
 28. Arrondo Velasco, A; Sainz Suberviola, ML; Andrés Esteban, EM; Iruin Sanz, A.I; Napal Lecumben, V. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farm. Hosp*.2009; 33(01): 4: 1.

ANEXO 1

Características sociodemográficas

Instrucciones: Para cumplimentar este cuestionario, haga un círculo en la opción elegida para aquellas preguntas que tienen varias respuestas. Escriba la respuesta particular en aquellas preguntas de una sola respuesta.

1. ORIENTACIÓN SEXUAL:

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual

2. EDAD:

3. LUGAR DE RESIDENCIA:

4. NACIONALIDAD:

1. Española
2. Otra:

5. ESTADO CIVIL

1. Soltera
2. Casada
3. Viuda
4. Divorciada
5. Pareja

6. N° DE HIJOS:

7. NIVEL DE ESTUDIOS. (Completo)

1. Sin estudios

2. Estudios primarios

3. Estudios secundarios

4. Bachiller

5. Estudios Formación Profesional

6. Estudios Universitarios

8. PROFESIÓN/Ocupación:

1. SI

2. NO

9. SITUACIÓN LABORAL:

1. En activo

2. En paro

3. Pensionista

10. RECURSOS ECONÓMICOS

PROPIOS:

1. Menos de 500 €

2. 500 € - 600 €

3. 600 € - 700€

4. más de 700 €

ANEXO 2

Factores relacionados con la ADH

I) CARACTERÍSTICAS:

1. Apoyo Socio-familiar ante la enfermedad:

1. SI 2. NO

2. Consumo de drogas:

1. SI 2. NO

3. Consumo alto de alcohol

1. SI 2. NO

II) ACTITUDES:

4. Vía de transmisión de la enfermedad:

1. Vertical, 2. Sanguínea, 3. TS.

5. Enfermedades consecuencia de la infección por VIH:

1. SI 2. NO

6. Sentimiento en relación a la enfermedad.

7. Desconfianza sobre los TARGA:

1. SI 2. NO

8. Acepta tomar la medicación ARV:

1. SI 2. NO

9. Pesimismo u optimismo ante la evolución de la enfermedad:

1. SI 2. NO

10. Sensación de que el tratamiento es efectivo:

1. SI 2. NO

11. Satisfacción con la asistencia Sanitaria:

1. SI 2. NO

III) TRATAMIENTO ARV:

**12- Tratamiento antirretroviral actual/
Nº de fármacos actuales.**

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

13. Años de tratamiento con ARV:

14. Frecuencia de dosificación:

1. C/24h,

2. C/12h,

3. C/12h + C/24h,

15. Cambios en la alimentación al tomar el tratamiento ARV:

1. SI 2. NO

16. Efectos adversos:

1. SI 2. NO

17. Modifica el estilo de vida:

1. SI 2. NO

18. Tratamiento antirretroviral actual:

Fecha:.....

ANEXO 3

Cuestionario sobre adherencia SMAQ

Instrucciones: Contestar cada una de las preguntas haciendo un círculo en la opción elegida.

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación? SI NO
2. ¿Toma siempre la medicación a la hora indicada? SI NO
3. Alguna vez ¿Deja de tomar la medicación si se siente mal? SI NO
4. ¿Ha dejado de tomar la medicación, en el último fin de semana? SI NO
5. En la última semana, ¿Cuántas veces ha dejado de tomar su medicación?
A: Ninguna
B: 1-2 veces
C: 3-5 veces
D: 6-10 veces
E: >10 veces
6. En los tres últimos meses, ¿Cuántos días ha dejado de tomar la medicación?
A: 1 día
B: 2 días
C: > de 2 días

Fecha:.....

ANEXO 4

Declaración de consentimiento informado

D./Dña. de años de edad y con DNI nº.....

Manifiesta que ha sido informado(a) de que mis datos personales serán protegidos e incluidos que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley 15/ 1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta información sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Lorca, a de de 201...
Fdo. D/Dña.

9.2. Solicitud de autorización para la recolección de datos para el estudio.

9.3. Conformidad de la Dirección del Hospital Rafael Méndez para la realización del proyecto de investigación.

3

Efectos adversos de los fármacos en mujeres a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos

Susana Navarro Bautista, Ana María González Cuello
y José-María Alonso Herreros

Introducción

Justificación

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad de salud pública, y entre los principales requisitos de los programas para mejorarla seguridad figuran, la capacidad y la calidad de captar la información más completa posible sobre las reacciones adversas y errores de medicación. Esta seguridad, es un indicador importante en la calidad de la atención, y ningún profesional sanitario debería ignorarlos dentro del contexto de calidad total.

Los errores asistenciales tienen consecuencias inaceptables para los pacientes y sus familias, generan un coste asistencial y económico muy elevado, disminuyen la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima. Este hecho ha sido constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37,4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados estaban causados por medicamentos, de los que un 34,8% eran prevenibles¹. Así, se ha observado que los errores de medicación pueden causar acontecimientos adversos en el 1,4% de los pacientes hospitalizados² y que motivan entre un 4,7% y un 5 % de los ingresos hospitalarios^{3,4}. Estos datos dan idea de la gran trascendencia sanitaria que representan los errores de medicación en nuestro país y de la necesidad de desarrollar programas prevención y de

intervención, así como de formar adecuadamente al personal sanitario en su detección y correcta notificación o registro.

Es un hecho que toda actividad humana está sujeta a error. Ya en tiempos de Hipócrates (s. IV a.C.) existía un principio esencial en orden a conseguir la recuperación de los enfermos, «*primum non nocere*», *lo primero de todo es no hacer daño*. Cuando la curación se puede alcanzar de varios modos, siempre hay que elegir el modo más sencillo. Florence Nightingale (1820-1910) fue la pionera de la formación enfermera, indicando que son las enfermeras las responsables de: **Proporcionar vigilancia para identificar complicaciones y actuar a tiempo de “rescatar” al paciente de un mal resultado.**

Importancia del problema

Se considera Reacción Adversa a un Medicamento (RAM) a “**cualquier efecto no deseable, de carácter nocivo, que aparece con la dosis y pauta habitual del mismo**”. El efecto terapéutico de los fármacos está unido al riesgo de aparición de efectos indeseables. Todos los fármacos, aún siendo utilizados y administrados correctamente, pueden causar reacciones adversas en algunos pacientes.

A pesar de las estrategias de mejora que se han ido implantando, en cuanto a seguridad y efectividad de los medicamentos, muchas de las RAM, incluso aquellas más graves, a menudo se presentan tras la autorización de comercialización de los medicamentos, es decir, una vez puestos en el mercado⁵⁻⁸. No debemos olvidar que el periodo inmediatamente posterior a la comercialización constituye, en realidad, la última fase (Fase IV) de los ensayos clínicos, y que rara vez estos ensayos tienen suficiente potencia para detectar RAM. Este hecho, unido a las deficiencias que siguen presentando los Sistemas de Farmacovigilancia, justifica que las reacciones adversas derivadas del uso de los medicamentos siguen siendo actualmente una causa frecuente, aunque a menudo prevenible, de enfermedad, discapacidad e incluso de muerte.

Diversos estudios, han puesto de manifiesto que las RAM, son un problema de salud más prevalente en mujeres que en hombres, estimándose que las mujeres tienen de 1,5 a 1,7 veces más riesgo de desarrollar RAM que los hombres (factores de riesgo de RAM ligados al género):

Polifarmacia: mayor número de prescripciones de algunos medicamentos en mujeres, como es el caso de los antidepresivos. También está más expuesta a interacciones medicamentosas.

Aspectos farmacocinéticos: Diferencias en el metabolismo, composición corporal, grasa, agua, capacidad de depuración renal y diferencias hormonales.

Estados fisiológicos como embarazo, menopausia, menstruación, pueden tener efectos sobre los medicamentos.

En el intento de reducir la morbilidad y mortalidad actual de las reacciones adversas derivadas del uso de los medicamentos, la detección y notificación de las mismas por parte de los profesionales sanitarios suponen el punto de partida, y por tanto, la principal medida en materia de Farmacovigilancia que debe potenciarse.

En este sentido, la Enfermería, como principal colectivo encargado del cuidado, seguimiento continuo, administración de medicamentos y seguridad del paciente, debería jugar un papel importante, pues aunque la variabilidad biológica del ser humano hace que en la práctica sea imposible la desaparición total de los posibles efectos adversos, esta realidad no impide que se pueda actuar sobre aquellos efectos que puedan ser prevenibles y por tanto evitables.

Marco teórico

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)⁹ es el organismo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad responsable de garantizar a los ciudadanos y profesionales sanitarios la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos y productos sanitarios que se comercializan en España, desde las fases iniciales de su investigación hasta su utilización, en interés de la protección y promoción de la salud de las personas y de los animales. Como norma destacada que rige las actividades de la AEMPS se encuentra la “Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios” y los diferentes reales decretos que regulan cada área de intervención.

Antes de que un nuevo medicamento sea comercializado, es decir, que aparezca en el mercado, debe pasar por una serie de etapas y fases de investigación para asegurar su calidad, eficacia y seguridad, y determinar sus posibles efectos adversos. Una vez que el medicamento obtiene la autorización de comercialización, queda sometido a una vigilancia continua con el fin

de evaluar sus efectos a largo plazo. Esta regulación y sucesión de etapas en el tiempo es conocida como el Ciclo del Medicamento. Una vez en el mercado, pueden existir casos donde los riesgos o efectos adversos superen a los beneficios, y por tanto deban de ser retirados. Por este motivo, una de las actividades prioritarias de la AEMPS y por tanto, del Sistema Español de Farmacovigilancia, es la **Farmacovigilancia**, para intentar detectarlos lo antes posible y así poder realizar una evaluación continua de la relación riesgo-beneficio del medicamento.

La Farmacovigilancia es la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos¹⁰. La información sobre sospechas de reacciones adversas que maneja y evalúa el SEFV procede, tanto de las notificaciones de los casos que emiten profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos o enfermeras) a los centros autonómicos de farmacovigilancia (CAFV), bien sea directamente, a través de la tarjeta amarilla, o indirectamente, a través del laboratorio farmacéutico titular del medicamento que también está obligado a enviar esas notificaciones.

La AEMPS comunica las notificaciones recibidas del SEFV, sobre sospechas de reacciones adversas que se producen en España, a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y demás Agencias nacionales de medicamentos de la Unión Europea y al Centro Internacional de la OMS (Uppsala). Al mismo tiempo, la AEMPS también recibe información procedente de todas ellas, sobre sospechas de reacciones adversas, que transmite de inmediato al SEFV. El "Real Decreto 1344/2007, de 11 de Octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano," establece la obligación de notificar toda sospecha de reacción adversa de los medicamentos autorizados, incluidas las de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas y las de medicamentos no comercializados en España pero que se haya autorizado su importación según el artículo 24.4 de la Ley 29/2006, de 26 de Julio.

En la aparición de las RAM intervienen tanto factores relacionados con el medicamento (dosis, mecanismo de acción, interacción con otros medicamentos, etc.) como factores relacionados con el paciente (edad, estado fisiológico, determinadas patologías, dotación enzimática, etc.)

RAM tipo A o predecibles, relacionadas con la dosis.

Corresponden a los efectos adversos exagerados del medicamento y, por tanto, predecibles, a partir del perfil de acciones del medicamento (ej. la aparición de hemorragias en el tratamientos con anticoagulantes orales). Pueden afectar el órgano diana u otros órganos. Por lo general, se identifican antes de la comercialización del medicamento.

RAM tipo B o inesperadas, no relacionadas con la dosis.

Corresponden a los efectos adversos inesperados del medicamento, es decir, diferentes de las acciones conocidas del medicamento. Este tipo de reacciones están condicionadas por la susceptibilidad del organismo a determinados medicamentos.

Para poder notificar cualquier RAM, está la Tarjeta amarilla, que es un formulario donde los profesionales sanitarios registran las reacciones adversas de los medicamentos que han detectado y que, posteriormente, envían al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente. Su mayor ventaja, es su sencillez y permanencia, pero depende de la motivación de los profesionales sanitarios en notificarlas y de otros problemas, por lo que el número de RAM notificadas, siempre es muy inferior al real.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos supone una recopilación de la información administrativa y clínica del episodio de hospitalización, recogida a partir del informe de alta, al que no sustituye en ningún caso, y completada, si es necesario, con la historia clínica¹¹. Constituye la mayor base de datos administrativa sobre pacientes hospitalizados y la principal fuente de información sobre morbilidad atendida, conteniendo además información muy valiosa sobre múltiples aspectos de la actividad hospitalaria¹² y para obtener los grupos Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)¹³⁻¹⁶.

Podríamos definir el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del episodio asistencial hospitalario de un paciente como *“el conjunto de variables obtenidas desde el ingreso hasta el alta del paciente, que proporcionan datos de dicho paciente, del centro y del servicio que le atienden y de su proceso asistencial y que contienen información básica de utilidad para diferentes usuarios (clínicos, gestores, planificadores, epidemiólogos)”*¹⁷.

Objetivos

- **Objetivo General:** Estimar y analizar la incidencia de las Reacciones Adversas a Medicamentos en pacientes hospitalizados a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- **Objetivos Secundarios:** **1)** Analizar el número de hospitalizaciones que se produjeron durante el periodo estudiado en el HGURS. **2)** Evaluar las RAM más frecuentes ocurridas en el periodo de estudio en el HGURS y, los principios activos y/o grupos terapéuticos responsables de las mismas, analizado desde una perspectiva de género. **3)** Estudiar las diferencias observadas entre las RAM más frecuentes producidas en el HGURS, en función del incremento de la estancia media hospitalaria que éstas produjeron en mujeres y hombres.

Metodología

Para estimar y analizar las Reacciones Adversas a medicamentos en pacientes hospitalizados, se ha realizado un estudio observacional de carácter descriptivo, basado en el análisis del CMBD de los pacientes atendidos y dados de alta entre Octubre y Diciembre de 2010 en todos los servicios asistenciales del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (HGURS). El estudio se centró concretamente, en aquellos pacientes cuyos episodios de hospitalización tenían codificadas complicaciones y RAM (Códigos E930-E949.9) en los Campos C1, C2-C14 y EA1-EA4 del CMBD. También se incluyeron aquellos que presentaban el código 995.2 en alguno de los campos anteriormente citados, que indica un efecto adverso no especificado de un fármaco correctamente administrado.

La incidencia de las RAM se valoró mediante el cálculo de las cifras de incidencia global de RAM por edad, sexo, secciones, grupo terapéutico y sobre todo, por principios activos (PA), destacándose aquellos con mayor número reacciones adversas. Como indicador de gravedad de las RAM se seleccionó el incremento de la estancia de cada episodio con relación a la estancia media a nivel nacional, y a nivel del hospital del GRD correspondiente al episodio. El incremento de estancias medias se analizó por fármaco, y por sexo.

Para el análisis estadístico de los resultados, en cada grupo experimental se calculó la media aritmética \pm error estándar de la media (\pm SEM). El análisis de las diferencias de incremento de días de hospitalización en función de la variable sexo, hombre o mujer, se realizó mediante el análisis de varianza de una vía

(ANOVA) seguido de un Newman-Keuls test. Cuando fue necesario se utilizó el test de la t de student no pareada. Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa de ordenador Prism 5 (GraphPad Prism, Estados Unidos). Las diferencias se consideraron significativas para un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados

- **Análisis sociodemográfico del número de hospitalizaciones en el HGURS.**

Se analizaron un total de 6287 episodios de hospitalización de los cuales 2869 (45,6 %) episodios se correspondían con hombres y 3418 (54,4%) con mujeres. En cuanto a la edad, fueron más frecuentes los episodios de pacientes con edad comprendida entre 75-84 años (19,7%), seguido de los comprendidos entre 65-74 años (16,8%). Por lo que se puede observar un incremento de ingresos hospitalarios en relación al aumento de edad (figura 1).

Se observa un incremento de los episodios hospitalarios en mujeres, por debajo de los 45 años y por encima de los 75 años, que puede estar justificado por los distintos problemas de salud que presenta la mujer a lo largo de su ciclo vital, inherentes a su condición de sexo (menarquía, menopausia, etc.), rol social (carga familiar, mayor nivel de estrés) y su mayor esperanza de vida con respecto al hombre. Esta mayor esperanza de vida frente al hombre también justifica que la hospitalización en mujeres mayores de 75 años sea superior a la de hombres.

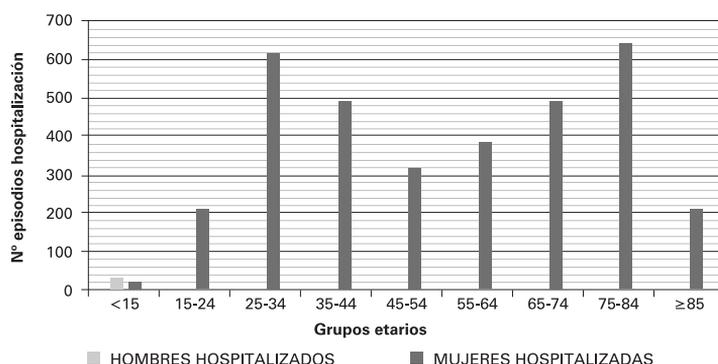


FIGURA 1: Número de episodios de hospitalización en función del sexo y la edad. (n=6287).

- **Análisis sociodemográfico de las RAM más frecuentes en el HGURS y los principios activos y/o grupos terapéuticos responsables de las mismas.**

Se detectaron RAM en 253 historias clínicas de los 6287 episodios de hospitalización analizados (4% del total). Estos episodios tuvieron un incremento de la estancia frente a la del GRD normalizado de 1.47 días, y de 1.31 frente a la estancia media del hospital en el GRD.

Los pacientes que presentaron RAM (55% mujeres y 45% hombres) en un 77,86% (n=197 de la muestra) eran ≥ 65 años. La media \pm desviación estándar de edad de estos pacientes fue $71,2 \pm 14,4$ años. La distribución de las RAM por edad y sexo se expone en la Figura 6. El intervalo de edad con mayor número de RAM fue 75-84 años (39,9%; n=101 de la muestra).

Analizando estos resultados en función del sexo, podemos observar, que en todos los grupos etarios la aparición de RAM es mayor en mujeres, con la única excepción del grupo etario comprendido entre los 65-74 años en el que los hombres superan a las mujeres en número de RAM (figura 2).

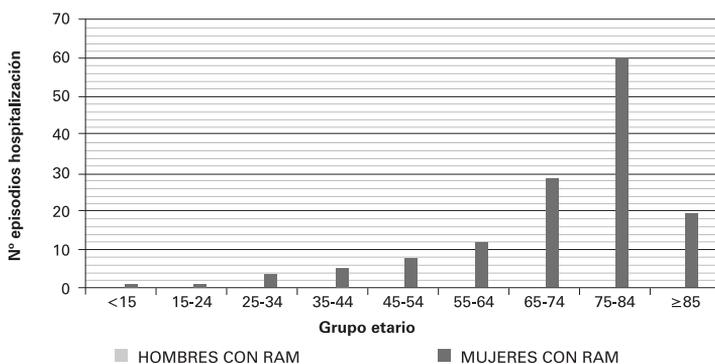


FIGURA 2: Casos de RAM registrados en función de la edad y sexo. (n=253).

Analizando estos resultados en función del sexo, podemos observar, que en todos los grupos etarios la aparición de RAM es mayor en mujeres, con la única excepción del grupo etario comprendido entre los 65-74 años en el que los hombres superan a las mujeres en número de

RAM. Al estudiar la prevalencia de RAM por secciones del hospital, las secciones con mayor número de episodios de hospitalización con RAM fueron: Medicina Interna (39,1%); la Unidad de Cuidados Intensivos (20,9%), la sección de Neumología (9,9%), y por último, la sección de Cardiología (8,3%).

Entre todos los episodios analizados, los códigos de RAM más frecuentes correspondieron a los siguientes grupos farmacológicos o terapéuticos:

- Hormonas y sustitutos sintéticos (31,24%)
- Fármacos que afectan a los componentes de la sangre (18,58%)
- Fármacos cardiovasculares (11,07%)

Dentro de estos grupos terapéuticos, los principios activos más frecuentemente implicados en las RAM fueron METILPREDNISOLONA, ACENOCUMAROL Y DIGOXINA (tabla 1).

FÁRMACOS (PRINCIPIOS ACTIVOS)	PRESCRIPCIÓN DEL PA (n)	RAM (n)	% TOTAL	Incremento EM vs EM Hospital Nacional	Incremento EM vs HGRUS
METILPREDNISOLONA	849	25	2,94	9,94	9,64
ACENOCUMAROL	326	24	7,36	8,85	9,20
DIGOXINA	175	9	5,14	7,73	7,97

TABLA 1: Fármacos con mayor RAM asociadas en función del PA. Porcentaje de RAM en función de las prescripciones recibidas. Incremento de la estancia media (EM) hospitalaria en función de los PA responsables y comparada con las EM del propio hospital (HGURS) y la media hospitalaria nacional.

- **Análisis sociodemográfico de las RAM más frecuentes en el HGURS en función del incremento de la estancia media hospitalaria.**

En la Figura 3A, podemos observar las diferencias en el número de días que permanecen hospitalizados hombres y mujeres que han sufrido RAM a Acenocumarol, Digoxina y Metilprednisolona. Los días de hospitalización en mujeres que sufrieron una RAM a Acenocumarol fue superior que la de hombres (5.4 ± 2 días y 3.2 ± 0.8 respectivamente, $p \leq 0.05$).

Sin embargo, para el fármaco Digoxina la estancia media de hombres se incrementó respecto de la de mujeres (4.6 ± 1.4 días en hombres frente a 2.1 ± 0.5 días en mujeres, $p \leq 0.01$).

Por último, para Metilprednisolona no se hallaron diferencias significativas entre mujeres y hombres (1.3 ± 0.8 días en mujeres y 1.4 ± 0.7 días en hombres). Los resultados que encontramos al comparar los datos obtenidos en nuestro estudio con los datos de referencia del propio hospital (Figura 3B) son muy similares a los que acabamos de describir, si bien, sólo se hallaron diferencias significativas ($p\leq 0.05$) entre el incremento de días de estancia de las mujeres que sufrieron RAM a Digoxina (2.54 ± 0.6 días) y el grupo de hombres (4.44 ± 1.4 días).

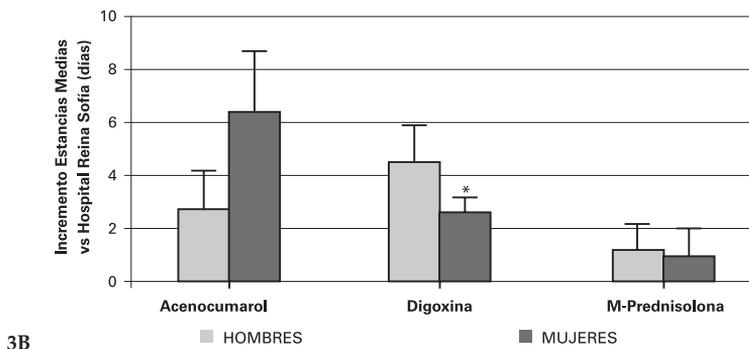
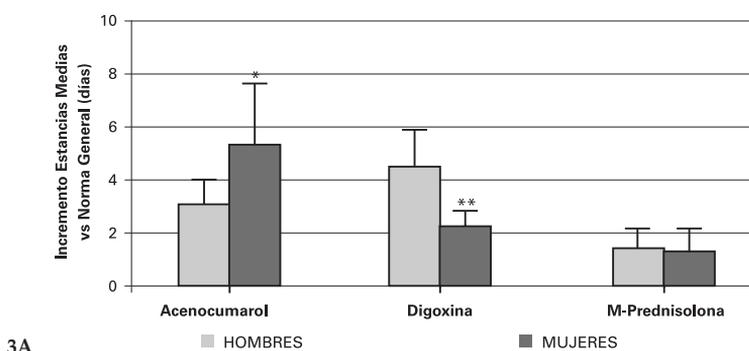


FIGURA 3: **A)** Incremento de estancias medias encontradas en las reacciones adversas analizadas en función del sexo y comparadas con los días de hospitalización medios establecidos como norma general para el GRD que presentaba el paciente. * $p\leq 0.05$ y ** $p\leq 0.01$ mujeres versus hombres ($n=9-15$). **B)** Incremento de estancias medias encontradas en las reacciones adversas analizadas en función del sexo y comparadas con los días de hospitalización medios establecidos en el HGURS para el GRD que presentaba el paciente. * $p\leq 0.05$ mujeres versus hombres ($n=9-15$).

Discusión

A la vista de los resultados, comprobamos como las RAM son un efecto indeseado que contribuye a alterar el estado de salud de los pacientes, que se traduce en una pérdida de la calidad de vida del mismo, lo que prolonga la estancia media en el hospital y por tanto, incrementa los costes sanitarios derivados del mismo. Además, las RAM se presentan de distinta forma en hombres y en mujeres, con lo que se hace necesario implementar unos sistemas de atención, prevención y cuidados que tengan en cuenta estas diferencias.

Este estudio pone de manifiesto que los pacientes afectados por RAM son mayoritariamente mujeres (55%). Resultados que coinciden con los descritos por otros autores¹⁸⁻²⁰ y que estarían relacionados con varios aspectos de la salud de la mujer:

- Mayor esperanza de vida que los varones: aumenta el riesgo de sufrir reacciones adversas y, de la polimedicación.
- La mayor posibilidad de interacciones medicamentosas con el ciclo ovárico.
- El uso de medicamentos específicos como anovulatorios o estrógenos (relacionados con el desarrollo de trombosis y de algunos tipos de tumores).
- El riesgo incrementado de alteraciones en el metabolismo óseo a partir de la menopausia.
- Mayor tendencia a la automedicación, y al uso de terapias alternativas.

Conclusiones

Las conclusiones que podemos obtener de este estudio son las siguientes:

1. Las mujeres sufren mayor número de hospitalizaciones (54,4%) y mayor número total de RAM (55%) que los hombres, en todas sus etapas del ciclo vital. Siendo el intervalo de 75-84 años donde aparece el mayor número de RAM en la mujer.
2. LA sección del hospital que mayores episodios de RAM presentó fue el de Medicina Interna. Los grupos terapéuticos principales responsables de estos episodios fueron, hormonas y sustitutos sintéticos (31,24%), fármacos que afectan a los componentes de la sangre (18,58%), y fármacos cardiovasculares (11,07%). En la mujer, los principios activos que mayor número de RAM produjeron fueron Acenocumarol, Digoxina.

3. Las reacciones adversas a Acenocumarol prolongan la estancia media de la mujer entre 5-7 días, frente a los 2-4 días de prolongación de la estancia media que sufre el hombre. Las reacciones adversa a Digoxina prolongan la estancia media de los hombres entre 4-5 días frente a las mujeres que presentan una estancia media prolongada de 2-3 días. No existen diferencias en relación a la estancia media entre hombres y mujeres que sufrieron RA a Metilprednisolona.

Bibliografía

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS, 2005). Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Febrero 2006.
2. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clín (Barc)* 2006; 126: 81-7.
3. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez Gil Hurlé A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp [Revista en Internet]* 2006 [Citado 2011 Abr 10]; 30(3):161-70. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/121/121v31n6a13118336pdf001.pdf>
4. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 205-210.
5. Boletín de Farmacovigilancia de la Región de Murcia. Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIEMPS). 2009; (9): 47-50.
6. Boletín de Farmacovigilancia de la Región de Murcia. Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIEMPS). 2009; (10):51-54.
7. Boletín de Farmacovigilancia de la Región de Murcia. Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIEMPS). 2009; (11): 55-58.
8. Boletín de Farmacovigilancia de la Región de Murcia. Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIEMPS). 2010; (14,15,17):14.
9. Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). *Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España*. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
10. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, No.178, (27/07/2006).

11. Decreto 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria de la Comunidad de Madrid. BOCM (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid) Núm. 146, (22/6/1999).
12. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Metodología de análisis de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2007.
13. AP-GRDs. All Patient Diagnosis Related Groups. Definition Manual. Version 21.0. 3M Health Information Systems; 2003.
14. Casas M. Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización. Masson: Barcelona; 1991.
15. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Manual de descripción de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (AP-GRD v.21.0). Vitoria: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2007.
16. Escribano MA, Abad I. Grupos relacionados por el diagnóstico: patrones de comparación intrahospitalaria entre servicios. Rev Calidad Asistencial. 2004;119:618.
17. Servicio Andaluz de Salud. Manual de Instrucciones del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2005.
18. Zapatero Gaviria A, Barba R, Ruiz Giardin JM, Losa García JE, Marco Martínez J, Plaza Canteli, et al. Acontecimientos adversos causados por medicamentos en pacientes ingresados en medicina interna. Rev Clin Esp. 2010; 210 (6): 263-9.
19. Nájera Pérez MD, Aranda García A, Calle Urra JE, Gomis Cebrián, Irazo Fernández MD, León Villar J, et al. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos, detectados en un hospital general. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19: 433-6.
20. Neyra, J. "Women at higher risk than men of kidney damage alter Herat imaging test". Health Care Weekly Review. 2011; 27.

4

Estudio descriptivo sobre el tratamiento del insomnio en Atención Primaria de Salud en mujeres de un núcleo rural

Herminia Ortiz Ferrer
y M^a Montserrat Sánchez Ortuño

Introducción

El insomnio consiste en la sensación subjetiva de malestar respecto a la duración y/o la calidad del sueño. La persona que sufre insomnio percibe su sueño como insuficiente y/o no reparador y manifiesta dificultades en su funcionamiento diario^{1 y 2}.

Con respecto a la clasificación de los distintos “tipos” de insomnio, se suelen considerar tres características: intensidad, duración y naturaleza. Su identificación en cada caso permite poner de manifiesto aspectos importantes del sueño que facilitan el diagnóstico y que contribuyen a establecer un pronóstico y un tratamiento adecuado en cada caso. La intensidad (leve, moderada o grave) hace referencia a la repercusión del insomnio en la vida cotidiana del paciente en todas las esferas y no tanto al número de horas dormidas o quejas subjetivas del paciente³. La duración del insomnio (transitorio, 2-3 días, de corta duración, < 1 mes, y de larga duración, > 1 mes) es fundamental para una correcta evaluación y orientación terapéutica; para algunos autores el insomnio de larga duración es el “verdadero insomnio” y supone un importante problema sanitario¹. Y en tercer lugar atendiendo a la naturaleza del insomnio éste puede ser de conciliación, de mantenimiento y despertar precoz,

que es el más frecuente en ancianos y en algunos trastornos mentales, tales como la depresión¹.

Para realizar una correcta valoración y diagnóstico del insomnio hay que considerar si el paciente presenta alguna de las causas más frecuentes de insomnio: enfermedades crónicas, problemas psiquiátricos, consumo de psicotropos, estrés, abuso o dependencia de tóxicos, acontecimientos vitales, factores ambientales inadecuados, ruptura del ritmo circadiano u otras alteraciones del sueño⁴. Es importante realizar una anamnesis completa (médica, psiquiátrica y farmacológica) así como indagar en las características del sueño y los aspectos psicosociales del paciente; todo lo cual revelará información para establecer el diagnóstico del problema así como ayudar a implantar el tratamiento. Un dato importante es la información que puede aportar la persona que convive con el sujeto a la hora de describir el sueño y la afectación del insomnio en el paciente¹.

De los factores que más se han relacionado con el insomnio han sido el sexo y la edad. El insomnio se asocia con el sexo femenino hasta en una proporción de 3 a 1 con respecto al varón⁵ y en cuanto a la edad, estudios epidemiológicos señalan que es más frecuente en personas mayores¹, pero si descartamos el insomnio secundario, la institucionalización del anciano y las demencias, todos claramente relacionados con la edad, resultaría que la incidencia del insomnio primario probablemente no sería mayor que en el paciente joven o adulto.

El tratamiento que con más frecuencia se utiliza para el insomnio son los fármacos. Existen distintos tipos de fármacos: benzodiazepinas, análogos de las benzodiazepinas, antidepresivos y antihistamínicos. De ellos los más utilizados son las **benzodiazepinas** (BZD)¹.

Actualmente, los **análogos de las benzodiazepinas**, tales como el zolpidem y la zopiclona, están aumentando su uso en el tratamiento del insomnio por su eficacia, por presentar en una proporción mucho más baja que las benzodiazepinas problemas psicomotores al despertar, de retirada y de dependencia y por producir un perfil de sueño mucho más parecido al sueño fisiológico. Todo ello cuando se utilizan a las dosis recomendadas, debiendo reducir a la mitad la dosis en los ancianos⁶. Puesto que el zolpidem es un fármaco de vida media ultracorta estaría más indicado en el tratamiento del insomnio de conciliación y la zopiclona, al ser de vida media corta-intermedia, se suele indicar para tratar el insomnio de mantenimiento, presentando más efectos sobre la función psicomotora que zolpidem².

Ciertos **antidepresivos** (como amitriptilina, trazodona, mirtazapina o doxepina), utilizados a dosis más bajas de lo habitual en el tratamiento de la depresión, han mostrado su utilidad para revertir ciertos problemas de mantenimiento del sueño, mejorando su continuidad (disminuyendo el número y la duración de los despertares) incrementando tanto el tiempo total de sueño como, como el empleado en las fases no REM del mismo³.

En ocasiones se ha recurrido al efecto inductor del sueño de los **antihistamínicos** para justificar su uso para tal fin, pero cuentan con una experiencia limitada, son menos eficaces que las BZD, producen somnolencia diurna, desarrollo de tolerancia y efectos adversos anticolinérgicos¹; todo ello hace que su uso sea muy limitado.

Además de los fármacos, existen otros tratamientos de tipo no farmacológico para el insomnio. El tratamiento no farmacológico para el insomnio, cuya eficacia está avalada por numerosos estudios de investigación, es el tratamiento cognitivo conductual (TCC)^{7 y 8}.

El TCC es un tratamiento multicomponente que engloba diversas técnicas, tales como la relajación, el control de estímulos, la restricción del tiempo en cama, técnicas cognitivas y educación en higiene del sueño, fundamentalmente.

Las **técnicas de relajación** para el tratamiento del insomnio parten de la premisa de que el estrés, la ansiedad o el exceso de activación interfieren con el sueño. Por lo tanto la relajación muscular, imaginación, meditación, detención del pensamiento e hipnosis son algunas de las técnicas utilizadas con la finalidad de reducir la activación cuando se acerca la hora de irse a la cama.

La técnica del **control de estímulos** se basa en la idea de que el insomnio es el resultado de un condicionamiento inadecuado, de tal manera que los estímulos que anteriormente favorecían el sueño (el dormitorio, la cama) ahora se asocian con vigilia, frustración y activación. Para “descondicionar” la cama y el dormitorio, se propone al sujeto que realice una serie de actividades, tales como irse a la cama sólo cuando tenga sueño, usar la cama y el dormitorio sólo para dormir o para la actividad sexual, y no para otras actividades como comer o ver la televisión, por ejemplo, levantarse de la cama y abandonar el dormitorio si no se puede conciliar el sueño, volviendo a la cama sólo cuando se tenga sueño, repitiendo esto tantas veces como sea ne-

cesario. Finalmente, se pide al sujeto que se levante por la mañana siempre a la misma hora, independientemente de lo que se haya dormido la noche anterior, con el objetivo de regular el ritmo sueño-vigilia⁹.

La técnica de la **restricción del tiempo en cama** persigue restringir el tiempo que el sujeto pasa en la cama sólo al tiempo real de sueño del sujeto. El objetivo es inducir una pequeña privación de sueño en el sujeto, que le ayudará a dormir mejor en noches siguientes¹⁰. Uno de los efectos secundarios de esta técnica es la aparición o aumento somnolencia diurna.

El objetivo de la **terapia cognitiva** es cortar el círculo vicioso del insomnio (angustia emocional, cogniciones disfuncionales y posteriores problemas del sueño). Así pues, la terapia cognitiva implica, pues, identificar las cogniciones disfuncionales sobre el sueño específicas para cada paciente, desafiando su validez, y reemplazarlas por pensamientos más adaptativos mediante el uso de técnicas de reestructuración cognitiva, por ejemplo¹¹.

Por último, la **educación en higiene del sueño**, comprende una serie de instrucciones generales relacionadas con la dieta, el ejercicio o el estilo de vida que podrían interferir de forma negativa con el inicio o el mantenimiento del sueño. Estas medidas incluyen, entre otras realizar ejercicio suave y no cerca de la hora de acostarse, evitar sustancias tales como el alcohol, el tabaco y la cafeína, cenar poco y no muy cerca de la hora de irse a la cama, mejorar las condiciones ambientales en las que se produce el sueño, tales como la temperatura, ruido, luz en el dormitorio¹¹.

Algunos estudios señalan que muchos pacientes prefieren el TCC sobre los fármacos a la hora de tratar su insomnio⁴. A pesar de ello, la TCC no tiene calado en los contextos clínicos a los que habitualmente acuden buscando tratamiento los pacientes que sufren insomnio, tales como las consultas de atención primaria de salud¹². El hecho de que la TCC no sea una alternativa al uso de fármacos en la práctica clínica habitual se debe, en primer lugar, a la escasez de profesionales con la formación específica para administrar este tratamiento⁸. Otro factor, no menos importante, se relaciona con el coste asociado a la administración del tratamiento. De hecho, mientras que la prescripción de fármacos se puede realizar en una sola consulta, la administración de la TCC requiere una inversión de tiempo por paciente considerablemente superior. Aunque los estudios en los que se utiliza TCC varían ligeramente en el número de sesiones empleadas, el procedimiento

estándar de TCC suele incluir de 4 a 6 sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una. Esta inversión de tiempo por paciente hace que sea difícil la utilización de este tratamiento en consultas médicas de atención primaria, puesto que el tiempo destinado al encuentro clínico con cada paciente está muy limitado.

En este estudio, dentro del marco del Máster en Salud, Mujer y Cuidados de la Universidad de Murcia, nos planteamos la necesidad de explorar el tipo de tratamiento que se administra a las mujeres con diagnóstico de insomnio en atención primaria de salud. Este será nuestro punto de partida para desarrollar, en un futuro, estrategias de intervención para el insomnio que traten de mejorar los posibles “déficits” en los cuidados que reciben las mujeres para tratar su problema de insomnio.

Para explorar esta situación, utilizamos los registros de un Centro de Atención Primaria de Salud ubicado en pequeño núcleo rural, Torremendo, un pueblo situado en la Provincia de Alicante. Centramos nuestra consulta en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2012. Específicamente, localizamos a todas las pacientes que habían recibido diagnóstico de insomnio durante ese periodo y si habían recibido tratamiento farmacológico. Además, tratamos de identificar si, en su historia clínica, se había registrado la realización de alguna actividad y/o consejo para el tratamiento del insomnio, además del tratamiento farmacológico prescrito.

Objetivos

Específicamente, en este trabajo pretendemos:

- Evaluar si, además de tratamiento farmacológico, las pacientes reciben algún otro tipo de tratamiento/recomendación por parte médico para tratar su problema de insomnio.
- Explorar si el profesional de enfermería realiza algún tipo de intervención en estas pacientes.

Así mismo, como **objetivos secundarios** nos proponemos:

- Conocer si en el diagnóstico se especifica el “tipo” de insomnio.
- Identificar qué tipo de problemas de salud aparecen ligados a la queja de insomnio que refieren las pacientes.
- Identificar el tipo de terapia farmacológica prescrita a estas pacientes.

Material y método

El consultorio de Torremendo presta asistencia a un total de 1.175 pacientes mayores de 15 años, de los cuales 765 son mujeres. Hemos revisado la historia clínica electrónica de todas las pacientes en la que aparece el registro de insomnio entre los años 2008 y 2012, ambos incluidos. La recogida de datos se realizó durante febrero y abril de 2013.

Se han obtenido los permisos pertinentes de la Dirección de Área y del Comité de Ética del Hospital de Torrevieja, ya que el consultorio de Torremendo depende del Departamento de Salud de Torrevieja de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Los datos se han tratado con total confidencialidad, de hecho hemos utilizado un código por cada uno de los pacientes en lugar del nombre y apellidos de los mismos de tal manera que queda asegurado el derecho a la intimidad del paciente.

De la historia de cada paciente hemos recogido los siguientes datos:

- Edad de la paciente,
- Si se codifica o no el tipo de insomnio,
- Fármacos administrados para su tratamiento,
- Si se han registrado o no cuidados de enfermería y médicos para el insomnio distintos de los medicamentos y
- Si aparecen en el registro otras enfermedades comórbidas con el insomnio.

Estas enfermedades comórbidas se han clasificado en tres bloques: Trastorno psiquiátrico, enfermedad de tipo orgánico o trastorno que cursa fundamentalmente con dolor.

Los datos obtenidos se han analizado con el programa SPSS.

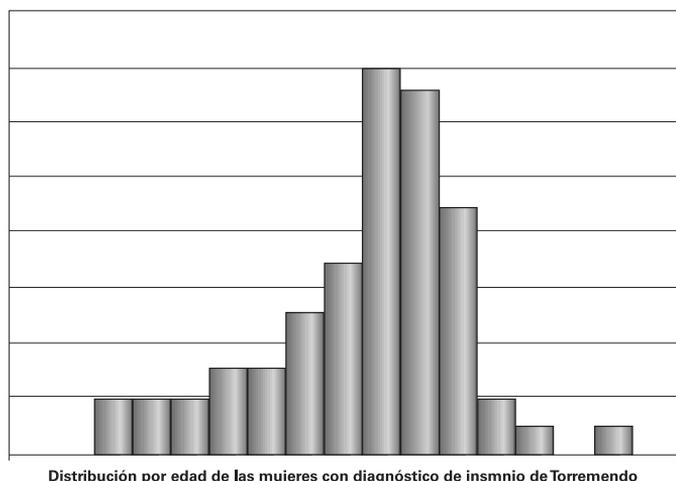
Resultados

De las 765 mujeres mayores de 15 años adscritas al consultorio, un total de 65 pacientes aparecen con este diagnóstico activo en los registros durante el periodo de estudio. Esto supone un 8.49 % de la población femenina.

- **Variables sociodemográficas:**

En cuanto a la edad, en la **Gráfica 1** se muestra que el insomnio es más

frecuente a partir de la década de los 60. Más del 40% de las mujeres con insomnio tienen 70 o más años. La edad media de las mujeres de nuestra muestra es 67.91 años (desviación típica 3.28).



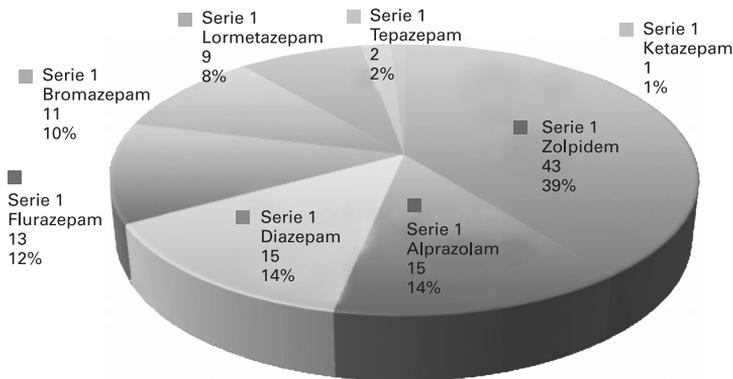
Gráfica 1. Distribución por edad de las mujeres con diagnóstico de insomnio.

- **Tipo de insomnio**

Los tipos de insomnio reflejados en la historia clínica electrónica fueron de conciliación (1 paciente) y de mantenimiento (1 paciente), sólo en dos mujeres. Un dato importante es que no pudimos extraer de la historia clínica si el insomnio era primario o secundario, ya que este hecho no se especificó en ningún caso. En el resto de pacientes de la muestra, el tipo de insomnio no aparece especificado.

- **Tratamiento farmacológico prescrito**

La mayor parte de las pacientes diagnosticadas de insomnio recibió benzodiazepinas, seguidas en frecuencia de uso por los análogos de las benzodiazepinas. Sin embargo, cuando analizamos los tratamientos por fármaco individualmente (**Gráfica 2**) podemos observar como por orden de frecuencia de uso el fármaco más prescrito, con diferencia, fue el zolpidem (análogo de benzodiazepinas), seguido de alprazolam y diazepam.



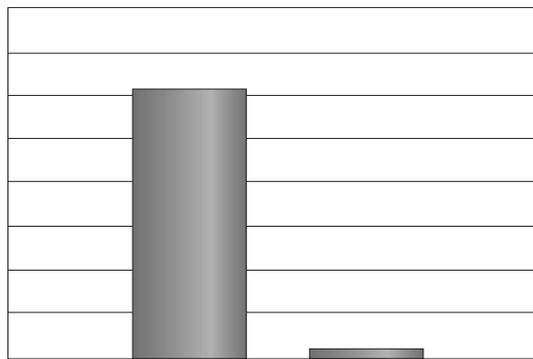
Distribución de los pacientes según el tratamiento (Benzodiazepinas vs Zolpidem)

Gráfica 2. Porcentaje de pacientes tratados con fármacos por fármaco utilizado.

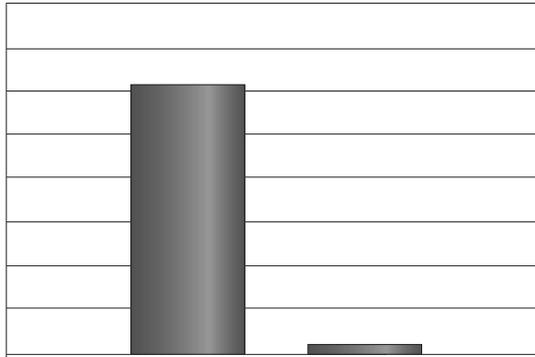
Respecto al tratamiento con fármacos, hay dos mujeres que no recibieron tratamiento farmacológico. Así mismo, tampoco se indica en su historia clínica que recibieran cuidados de enfermería ni consejos médicos.

- **Tratamiento no farmacológico para el insomnio**

De todas las pacientes diagnosticadas de insomnio, en los registros encontramos que únicamente dos mujeres recibieron cuidados de enfermería para tratar el insomnio (Gráfica 3) y tres recibieron consejos médicos, aparte de la medicación (Gráfica 4).



Gráfica 3. Distribución de pacientes en función de si reciben o no cuidados de enfermería.

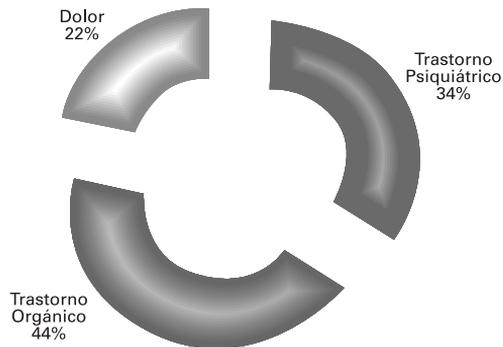


Gráfica 4. Distribución de pacientes en función de si reciben o no consejos médicos.

Llama la atención que de las tres pacientes a las que se dan consejos médicos, dos tienen especificado el tipo de insomnio. Aunque se trata de muy pocos casos, quizás la presencia del consejo médico se asocia al mayor esfuerzo diagnóstico por parte del médico.

- **Variables relacionadas con la salud:**

En cuanto a la patología que presentaban estas pacientes, la **Gráfica 5** nos muestra como lo más frecuente es que sufran una patología orgánica, seguido de patología psiquiátrica y no siendo nada desdeñable la frecuencia de presentación de algún proceso doloroso.



Patologías asociadas al diagnóstico de insomnio

Gráfica 5. Distintas patologías que aparecen comórbidas al diagnóstico de insomnio en la muestra de mujeres incluida en el estudio.

Por último, las mujeres en nuestro estudio asociaban en un porcentaje muy bajo el diagnóstico de menopausia al insomnio, sólo 3 de las 65 mujeres insomnes tenían activo el diagnóstico de menopausia, no quedando aclarado por la historia clínica electrónica si la menopausia podría estar relacionada causalmente con el insomnio.

Discusión

Nuestro estudio descriptivo realizado con las mujeres usuarias de un consultorio de atención primaria de salud pone de manifiesto que el insomnio en mujeres es más frecuente en edades más avanzadas.

Los resultados obtenidos muestran que muy pocas de las pacientes con insomnio recibieron indicaciones por parte del médico o de la enfermera para el tratamiento del insomnio o, si las recibieron, esta actividad no está recogida como tal en la historia clínica de la paciente. Esta situación revela que hay espacio de mejora con respecto a la asistencia y cuidados que se prestan en atención primaria de salud a pacientes con insomnio en general, y a mujeres con insomnio en particular. Creemos que este puede ser un punto de partida para futuras investigaciones y futuros planes de salud de las instituciones sanitarias, ya que la importancia de los tratamientos no farmacológicos está ampliamente demostrada y, posiblemente, sea atención primaria de salud el nivel asistencial más adecuado para poner en práctica algunas de las técnicas de intervención que se engloban bajo el paraguas de TCC para el insomnio.

Una de las **limitaciones** importantes de este estudio es que describe únicamente las actividades registradas en la historia clínica electrónica. Es posible que los profesionales hayan realizado alguna otra recomendación adicional al paciente con insomnio, aunque ésta no sea reflejada en la historia clínica. En este estudio en dos mujeres que tenían activo el diagnóstico insomnio no hay constancia en la historia clínica electrónica de que recibieran ningún tipo de tratamiento.

Pensamos que, posiblemente, no todas las actividades que se realizan en atención primaria de salud estén siendo recogidas en la historia clínica, puesto que parece inusual que se diagnostique con la etiqueta de insomnio a un paciente y no se le ofrezca ningún consejo o tratamiento para ese problema, el cual el facultativo ha considerado suficientemente importante

como para reflejarlo en la historia. Por tanto, es probable que la presión asistencial y la propia dinámica de la consulta hagan que no quede constancia en la historia clínica electrónica de los tratamientos/cuidados no farmacológicos administrados. Por el contrario, es casi imposible que la prescripción de fármacos no quede reflejada en la historia clínica, puesto que se trata de recetas electrónicas.

En cuanto a las recomendaciones/cuidados de enfermería para el insomnio, no encontramos constancia de que la enfermera participe de manera habitual en los cuidados de este problema de salud. Pensamos que esta situación podría mejorarse mediante la formación del personal de enfermería de Atención Primaria de Salud sobre los trastornos del sueño en general y el tratamiento del insomnio, en particular.

Una de las funciones de las enfermeras de atención primaria es proporcionar educación al paciente sobre su problema de salud y ayudarlo a modificar su comportamiento para mejorar su salud. La TCC para el insomnio incluye la provisión de educación al paciente sobre higiene del sueño, así como la evaluación de conductas que no favorecen el sueño en el paciente (horarios irregulares, echar siestas, permanecer en la cama cuando no se puede dormir) y la modificación de las mismas, para ayudar a que el organismo vuelva a “producir” sueño de manera consistente. En esta línea, algunos estudios de investigación relativamente recientes han descrito experiencias en las que enfermeras, con la formación y supervisión adecuadas, han administrado TCC a pacientes con insomnio, obteniendo resultados muy prometedores^{13 y 14}.

Por último, queremos señalar que en nuestro estudio, con frecuencia, el diagnóstico de insomnio es comórbido con otras patologías psiquiátricas y orgánicas. Este perfil de pacientes con insomnio es el habitual descrito en la literatura científica, que indica que es más frecuente el insomnio comórbido que el insomnio primario. Aunque la TCC para el insomnio habitualmente se ha utilizado en pacientes con insomnio primario, estudios más recientes han puesto de manifiesto que, aún en casos en los que el insomnio es comórbido o secundario a otra enfermedad de tipo físico o mental, la TCC también puede resultar beneficiosa y que, en algunos casos, el tratamiento del insomnio en estos pacientes también puede ayudar a mejorar la patología comórbida¹⁵.

Conclusiones

En las mujeres adscritas al consultorio de Torremendo diagnosticadas de insomnio, según la información que se recoge en las historias clínicas informatizadas:

- 1°. El médico no suele realizar otro tipo de intervenciones con las pacientes, además de la prescripción de fármacos para dormir.
- 2°. Las recomendaciones/cuidados de enfermería a las pacientes con este diagnóstico son muy infrecuentes.
- 3°. El tipo y presentación de la queja de insomnio de la paciente no aparece detallada.
- 4°. Los problemas fundamentales de salud que aparecen ligados a la queja de insomnio en las mujeres incluidas en la muestra son trastornos de tipo orgánico seguido de trastornos psiquiátricos y problemas de salud que cursan fundamentalmente con dolor.
- 5°. El tipo de fármaco más utilizado para tratar el insomnio fueron las benzodiazepinas, mientras que el fármaco que se emplea con más frecuencia es el zolpidem.

Estos resultados ponen de manifiesto que, en atención primaria de salud, la provisión de tratamiento no farmacológico para el insomnio, por parte del médico y la enfermera, es casi inexistente. Además nos servirán de punto de partida para plantearnos nuevas opciones en el enfoque del insomnio en atención primaria y nuevos estudios encaminados a mejorar el conocimiento y el tratamiento del insomnio entre los profesionales de atención primaria de salud.

Bibliografía

1. National Heart Lung and Blood Institute Working Group of Insomnia: Assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 1999; 59(11): 3029-38.
2. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. SNS. Ed: Ministerio de Ciencia e Innovación 2009.
3. Warner J, et al. Beyond benzodiazepinas; alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998; 32: 680-91.
4. Kirkwood CK. Management of insomnia. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39(5): 688-96.
5. Wincor MZ. Sleep disorders. In: Herfindal ET et al., editors. *Textbook of Therapeutics: Drug and Disease Management*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 1229-45.
6. Oliveros S et al. Uso racional de benzodiazepinas. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1997; 21(5): 113-26.
7. Morin CM, Culbert JP, Shwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis treatment efficacy. *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, 1996.
8. Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev*. 2009;13(3):205-14.
9. Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instruction. Ed P Hauri, *Case studies in insomnia*. Nueva York Plenum Press: 19-28).
10. Czeisler CA et al. Chronotherapy resetting the circadian clocks of patients with delayed sleep phase insomnia. *Sleep* 1981; 4: 1-21.
11. Morin CM. Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología conductual* 1994; 2(3): 261-282.
12. Espie CA. Stepped care: a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep*. 2009;32(12):1549-58.
13. Espie CA, MacMahon KM, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*. 2007;30(5):574-84.
14. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JE. Manual-guided cognitive-

- behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of sleep research*. 2013;22(6):688-96.
15. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JE. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of sleep research*. 2013;22(6):688-96.

5

Estudio Comparativo de Instrumentos de Valoración del Cansancio en Mujeres Cuidadoras

Patricia Rivera Sánchez
y M^a Beatriz Lidón Cerezuela

Introducción

Se define cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”¹.

A partir de esta definición general de los cuidadores, y tras consultar varios autores, cabe diferenciar entre cuidador formal e informal. Entendemos por cuidador informal aquel que no dispone de formación ni remuneración por su tarea, y además tiene un elevado grado de compromiso hacia la tarea de cuidar, caracterizada por el afecto y una atención sin límite de horarios.

Las mujeres asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales. Sin embargo, cuidar no se hace sin costos: produce un desgaste físico y emocional ampliamente documentado en la literatura bajo el término “la carga del cuidado” o “el síndrome del cuidador”⁴.

El cuidado de las personas mayores dependientes en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como efectos del cuidado³, y que ha sido objeto de un amplio número de investigaciones.

Por tanto, dada la importancia del problema, nos proponemos revisar los

instrumentos de valoración de los que disponen las enfermeras a la hora de prestar sus cuidados a las cuidadoras familiares.

- **Enunciado del problema**

La enfermera como profesional de la salud en contacto directo con la población, a menudo se encuentra frente a mujeres que están realizando labores de cuidado familiar, y cuya sobrecarga les acarrea numerosos problemas de salud.

Este trabajo de investigación pretende realizar una revisión de los instrumentos de los que disponemos como profesionales sanitarios para valorar dicha situación. De tal manera que hemos escogido un instrumento de medida aceptado en todos los círculos profesionales, como es la Escala de Zárit, para ponerlo frente a la Valoración específica que enfermería realiza tras el Diagnóstico de la NANDA-I "*Cansancio en el desempeño del Rol de Cuidador*", con el fin de obtener información acerca de cuál es la herramienta que mejor se ajusta a la práctica profesional.

- **Importancia del Problema**

En las últimas décadas estamos asistiendo a un fenómeno demográfico sin precedentes, el envejecimiento de la población, un hecho que consiste en la presencia de un número cada vez mayor de personas mayores en nuestras sociedades.

Este sector de la población posee unas características muy definidas, entre las que destaca su alto porcentaje de personas en situación de dependencia, lo que implica un aumento de las demandas de cuidados que estas personas le hacen a la sociedad.

Por otro lado, estos cuidados que siempre habían recaído sobre las familias, y en concreto sobre las mujeres de las familias, quedan al descubierto. Ahora, estas mujeres se han incorporado, de manera masiva, al mundo laboral, aumentando sus cargas de trabajo al asumir, además de los roles que tradicionalmente le han sido asignados por la sociedad, otros que antes eran exclusivamente masculinos.

Todo esto tiene, por supuesto, una clara repercusión en la salud de las cuidadoras, dado que se produce una sobrecarga importante que afecta inevitablemente a su calidad de vida.

Por una parte, esta situación implica un problema de salud relevante para muchas mujeres, llegando incluso a afectar al desarrollo de su proyecto vital, así como a la calidad de los cuidados que prestan a las personas que están a su cargo. Por otra, al tratarse de una cuestión relacionada directamente con el hecho de cuidar, incumbe de pleno a los profesionales de enfermería.

Por todas estas razones, el estudio que presentamos quiere prestar atención a este problema sanitario en el que Enfermería tiene un papel fundamental, y un campo propio de actuación: Cuidar al Cuidador.

Objetivo

El objetivo de la investigación que aquí se presenta, es analizar la Escala de Zarit³ confrontándola con la Valoración Específica Enfermera propuesta por Luis Rodrigo⁴, utilizando la Taxonomía NANDA, lo que permitirá calibrar qué nos aporta cada uno de los instrumentos en situaciones de sobrecarga de cuidadoras informales. Y proponer el diseño de un futuro estudio en el que podamos comprobar la utilidad de estas dos herramientas.

- **Hipótesis**

La Valoración Específica que propone Luis Rodrigo⁴ para el Diagnóstico “*Cansancio del rol de cuidador*”, es una herramienta más completa que proporciona más información para enfermería que la Escala de Zarit.

- **Supuestos**

El Cuestionario de Zarit es una escala que se encuentra validada para su uso en nuestro país, considerándose un instrumento de reconocida utilidad en la práctica diaria de multitud de profesionales sanitarios. La Valoración Enfermera es un paso imprescindible previo al enunciado de un Diagnóstico de Enfermería.

- **Limitaciones**

La limitación más importante que nos podemos encontrar reside en hallar una muestra significativa dado que nuestra población diana, las cuidadoras informales, no puedan o no estén dispuestas a colaborar,

no permitiéndonos pasarles los instrumentos de medida que precisa nuestro trabajo, o que dada la carga de trabajo tan importante no les sea posible participar.

Material y Métodos

El objetivo de esta investigación es el de calibrar dos instrumentos de valoración de la sobrecarga en cuidadoras mayores informales familiares, a fin de descubrir cuál de ellos aporta más datos a enfermería en el desempeño de su práctica profesional.

Para establecer el estado de la situación con respecto al tema de la sobrecarga que produce el cuidado ejercido por las mujeres mayores en el ámbito familiar, se ha realizado una revisión bibliográfica en profundidad siguiendo los pasos necesarios para ello. Dicha búsqueda se ha llevado a cabo utilizando las siguientes bases de datos: Doyma, Medline, Index, ISCIII, Nure-investigación, IMSERSO-mayores; así como en las páginas Web de instituciones de reconocido interés para el estudio de esta cuestión: OMS, NNUU, SEEGG, NANDA.

En segundo lugar, se han analizado de manera rigurosa dos instrumentos que sirven para medir el cansancio en las cuidadoras informales. Uno de ellos es la Escala de Zarit³, considerado en los círculos profesionales como válido y ampliamente utilizado en dicha medida. El otro, se trata de la valoración específica propuesta por Luis Rodrigo⁴ para confirmar el Diagnóstico enfermero de “*Cansancio en el desempeño del rol de cuidador*”, por ser la valoración la herramienta más sistemática desde el punto de vista metodológico que poseen las enfermeras para la formulación de un diagnóstico.

Tanto la revisión bibliográfica ejecutada como el análisis comparativo efectuado nos han conducido a la elaboración del diseño de una propuesta de investigación empírica que sería necesario y pertinente realizar para confirmar las conclusiones a las que se ha llegado mediante todo lo anterior.

Resultados

A continuación, tal y como hemos descrito en el apartado anterior, pasamos a presentar los datos recogidos tras el análisis comparativo entre ambos instrumentos, recordando que se trata de una revisión teórica.

Lo primero que llama la atención cuando se comparan estas herramientas es el hecho de que toda la Escala de Zarit podríamos incluirla en el primer

apartado de la Valoración Específica de Luis Rodrigo. Y es que mientras el cuestionario de Zarit valora en exclusiva al cuidador, la Profesora Luis Rodrigo⁴ propone una valoración a tres bandas, concediéndole la misma importancia a las características del receptor de los cuidados y al entorno familiar y social donde se proporcionan. Esto último va más en consonancia con la consideración de persona en tanto que ser bio-psico-social-espiritual, utilizada por los profesionales de enfermería.

En segundo lugar, queremos resaltar que todos los ítems de la Escala de Zarit³ versan sobre la percepción subjetiva que tiene el cuidador informal de su realidad. Mientras que la Valoración Enfermera obtiene la percepción del cuidador, pero también una serie de datos objetivos que hacen referencia no sólo al cuidador sino también al receptor de los cuidados y al entorno familiar y social, tales como el grado de parentesco entre cuidador y persona cuidada, o la adecuación del espacio físico.

Nos llama la atención de manera especial la información encontrada en uno de los artículos revisados realizado por Vázquez Sánchez et al.⁵ en el que se analizan las dificultades para el Diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador bajo la perspectiva de una metodología cuantitativa, lo que, a nuestro parecer, supone un sesgo, ya que deja sin cubrir aspectos subjetivos que se producen en la relación cuidadora-persona cuidada, elementos de enorme importancia si se pretende estudiar en profundidad los factores que inciden en el cansancio que genera el hecho de cuidar.

Por tanto, desde nuestro punto de vista, una investigación exhaustiva acerca de la cuestión planteada en este estudio, requiere un abordaje cualitativo, en el que se de la palabra a las cuidadoras de modo que sean ellas, con su propio lenguaje, quienes describan la percepción que tienen de este hecho así como de las consecuencias sobre su salud.

El tiempo del que disponemos para la realización del Máster, un curso académico, resulta insuficiente para llevar a cabo la investigación completa, con la selección de una muestra estadísticamente valorable. Por lo que nos hemos tenido que limitar a esbozar el diseño de un proyecto de investigación que se deberá llevar a cabo de manera adecuada más adelante.

Se trata de una investigación cualitativa en la que se seleccionará un grupo de cuidadoras informales a las que se les pasará en primer lugar la Escala de Zarit, y en segundo lugar se les realizará entrevistas en las que se abordará la

valoración específica propuesta por Luis Rodrigo⁴ para el Diagnóstico de “*Cansancio en el Desempeño del Rol del Cuidador*”.

Propuesta de diseño de investigación

● **Población, Muestra y Entorno**

La población que estudiaremos será la de mujeres mayores de 65 años que realizan labores de cuidadoras informales con algún familiar en situación de dependencia.

Lo que nos permitirá seleccionar la muestra de las mujeres cuidadoras de la población diana para formar parte del estudio, será un muestreo probabilístico, por conveniencia, en concreto a través de la técnica de casos consecutivos. Este muestreo consiste en incluir los individuos que cumplen los criterios de inclusión y evitar los de exclusión en el estudio, a medida que van apareciendo, sobre la base de su presencia o no, en un lugar y momento determinado.

Para conseguir una muestra significativa de la población de cuidadoras, se analizarán distintas posibilidades para llegar a ellas. En concreto se buscaran cuidadoras a través de:

- Instituto Municipal de Servicios Sociales de Cartagena, así como de la Concejalía de la Mujer, que se encargan de facilitar ayudas y subvenciones a las mujeres que realizan labores de cuidado informal con un miembro de su familia en situación de dependencia.
- Organizaciones No Gubernamentales de apoyo a las familias, que les facilitan ayuda en numerosos campos. En este caso es el Servicio de Cáritas Diocesana del municipio de Cartagena.
- Pacientes que se encuentran ingresados en el Hospital Universitario Sta. María del Rosell de Cartagena, y cuya cuidadora principal cumple los criterios de inclusión en el estudio.
- Profesionales sanitarios que conozcan mujeres que realizan labores de cuidado informal.

● **Criterios de inclusión**

- Ser mujer.
- Tener más de 65 años.
- Tener un familiar en situación de dependencia a su cargo.

- Aceptación mediante el consentimiento informado de las normas del estudio.
- Motivación para la participación en el estudio.

- ***Criterios de exclusión***

- No cumplir los criterios de inclusión.
- No querer voluntariamente participar en el estudio, y que por tanto no dan su consentimiento.
- Será excluida la mujer cuidadora cuyo cuestionario de sobrecarga de Zarit no esté total y correctamente cumplimentado.

- ***Instrumentos***

En este estudio, la recogida de datos deberá comenzar invitando a las cuidadoras a responder al cuestionario de Zarit³. Se les informará de la confidencialidad de los datos obtenidos y de la importancia de que se tomen su tiempo para responder de manera clara y sincera a las 22 preguntas que componen el cuestionario.

En segundo lugar se deberá citar a las participantes para una entrevista en profundidad con el fin de llevar a cabo la recogida de datos necesaria para la Valoración del Diagnóstico “*Cansancio en el Desempeño del Rol del Cuidador*”.

La elección del método de investigación, según Taylor y Bogdan⁵, debe venir determinada por las circunstancias del escenario o por las personas a estudiar y por las limitaciones prácticas con las que se enfrenta el entrevistador. Dichos autores exponen la adecuación de las entrevistas en profundidad en las siguientes situaciones:

- Cuando se desea estudiar acontecimientos del pasado o no se puede tener acceso a un particular tipo de escenario y por tanto los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo.
- La investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas.
- Cuando existen limitaciones de tiempo en comparación con otras técnicas, como la observación participante. Las entrevistas permiten un empleo más eficiente del tiempo.

- El investigador quiere esclarecer experiencia humana subjetiva. Este es sin duda nuestro caso.

La entrevista es una herramienta fundamental en los estudios cualitativos, ya que además de obtener datos objetivos permite a los entrevistados la posibilidad de expresar sus propias perspectivas y experiencias personales.

El objetivo de las entrevistas que realizan los profesionales de enfermería en la etapa de valoración es recoger y organizar una información determinada y precisa concerniente a la persona, a la familia y a su entorno⁷.

En concreto, para la Valoración Específica del Diagnóstico en el Desempeño del Rol de Cuidador, la entrevista deberá ir dirigida a obtener datos de las tres áreas que propone Luis Rodrigo⁴ (Anexo II):

1. Del cuidador:
 - Grado de parentesco.
 - Nivel de satisfacción de sus necesidades, ...
2. Del receptor de los cuidados:
 - Estado general de salud.
 - Estado mental, ...
3. Del entorno familiar y social:
 - Adecuación del espacio físico.
 - Necesidad de equipos o dispositivos de ayuda,...

- ***Procedimientos para la recopilación de datos***

Tras la captación de la mujer participante se concertará una primera visita en la que se realizará una entrevista inicial en la que se recopilarán los datos demográficos iniciales. A continuación se le explicará el objetivo del estudio y las etapas de las que éste se compone. También se responderá a las posibles dudas que a ella le puedan surgir. Seguidamente se le facilitará un documento de consentimiento informado para su cumplimentación. Por último se establecerá con ella un calendario de citas para la entrega y realización de los cuestionarios.

- En la segunda visita concertada se le proporcionará a la cuidadora el Cuestionario de Zarit, un espacio y tiempo necesario para responder a éste en un ambiente de tranquilidad.
- La tercera visita será la de más larga duración. En ella realizaremos

una entrevista en profundidad con el fin de realizar una Valoración de Enfermería siguiendo las directrices de M^a. Teresa Luis Rodrigo.

Dicha entrevista constará de una serie de preguntas cerradas, con el fin de obtener datos concretos tales como el grado de parentesco que le une al receptor de los cuidados o si consume alcohol o alguna droga ilegal. También formarán parte de la entrevista las preguntas abiertas en las que la cuidadora tenga la libertad de expresar sus ideas y sentimientos acerca de las situaciones que está viviendo. Esto nos aportará respuestas a aspectos sin duda relevantes de la valoración específica, tales como el nivel de satisfacción de sus necesidades o su percepción y aceptación de la situación que está viviendo.

- ***Protección de los sujetos***

En el caso de que las mujeres decidan participar en el estudio, se les explicará en profundidad el proyecto, y se le hará entrega de un documento de consentimiento informado en el que se notificará la voluntariedad y confidencialidad de las personas que participaran en el estudio, así como los objetivos del mismo.

Discusión

Teniendo en cuenta el marco teórico que hemos expuesto hasta el momento, consideramos necesario llegados a este punto, establecer una serie de inferencias que, a modo de reflexión nos ayuden a comprender mejor la relación que pueda existir entre el uso de Escalas de Valoración y la Práctica Enfermera.

Desde un punto de vista teórico, la propuesta que la Profesora a Luis Rodrigo⁴ realiza es mejor, más útil y completa para poder intervenir y prestar cuidados enfermeros. En definitiva, la esencia de nuestra profesión enfermera. Es evidente que disponer de un buen instrumento, como la valoración específica que ella propone, facilita la comparación, la discusión, la planificación, la intervención y la investigación. En definitiva, todo aquello que permite ampliar y enriquecer la Disciplina Enfermera y ofrecer cuidados de calidad.

Pero eso sólo no es suficiente. De aquí la necesidad de que este instrumento, que forma parte del Proceso Enfermero, no se utilice como una fase aisladas

sino con una metodología que guíe la formulación del juicio o conclusión, le dé sentido y significado.

La Enfermería es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido a lo largo de los años. En la actualidad, el objeto de nuestros cuidados no es el individuo solamente, sino también la familia y la comunidad. Se hace por tanto necesario prestar especial atención a las Cuidadoras Familiares, y la carga a la que están sometidas, sin olvidar el entorno en el que dicho cuidado se realiza.

La Escala de Zarit es un instrumento muy válido, como hemos dicho anteriormente, que nos aporta con la entrevista información rápida a cerca de la disposición en la que se encuentran las cuidadoras.

En la mayoría de los casos, en las cuidadoras informales podemos encontrar junto al Diagnóstico de *“Cansancio del Rol de Cuidador”*, otra etiqueta diagnóstica *“Disposición para mejorar el Autocuidado”*, donde la enfermera puede realizar una labor importante ayudándola a desarrollar sus conocimientos o habilidades, y la llevará a *“encontrarse mejor consigo misma”*. Que sin duda alguna repercute en la salud de la persona dependiente receptora de sus cuidados.

Luis Rodrigo⁴ nombra este diagnóstico como: *“una situación en que la persona tiene un patrón de realización de actividades que le ayude a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que pueden ser reforzados”*. Aconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando sea posible mejorar las conductas de autocuidado de la persona ayudándola a desarrollar sus conocimientos o habilidades, puesto que la motivación para el cambio y la actitud de persistencia en el mismo se dan por supuestas desde el momento que hace la demanda.

Además el Diagnóstico Enfermero de *“Cansancio del Rol de Cuidador”* nos puede llevar a otras etiquetas diagnósticas que con frecuencia aparecen acompañando a dicho Diagnóstico de Enfermería, como *“Baja Autoestima Situacional”*.

Es decir, la valoración que la enfermera realiza dentro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) frente a la información que proporciona una única escala como puede ser la de Zarit, nos da la suficiente información para evaluar distintos diagnósticos de la NANDA, que de esta manera nos llevaran a intervenciones más completas, que es la base de la actuación enfermera, y que además amplía el campo de los cuidados.

Y así, damos respuesta a una demanda social que cada día se hace más evidente. Las mujeres mayores que se hacen cargo de los cuidados de un familiar en situación de dependencia, necesitan de una actuación específica por parte del personal de enfermería que tenga en consideración su salud y mejore su calidad de vida.

Conclusiones

- Las escalas y cuestionarios que hemos utilizado en nuestro estudio, nos aportan otra visión de la Enfermería al poner mayor énfasis en su dimensión social, ampliando el campo de los cuidados, ya que nos ofrece una visión de las cuidadoras informales como objeto de las intervenciones enfermeras.
- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la Taxonomía NANDA, nos confirma que la Disciplina Enfermera tiene instrumentos metodológicos suficientemente válidos para abordar de manera independiente las demandas de las cuidadoras informales.
- Desde el punto de vista teórico, hemos comprobado que la valoración enfermera como parte de un proceso de atención, es más beneficiosa que la utilización aislada de escalas generales, obteniendo resultados más beneficiosos en los cuidados, y mejorando la relación coste-efectividad.
- Se hace por tanto necesario profundizar en esta área, llevando a cabo la propuesta de investigación que hemos aportado en este trabajo.

Bibliografía referenciada

1. Florez Lozano, JA; Adeva Candenias, MC; García García, MC. "Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos". *Jano, Medicina y Humanidades*. NII218. Junio 1997. Doyma SA.
2. De la Cuesta C. "El cuidado familiar: Una revisión crítica". *Invest Educ Enferm*. 2009; 27 (1): 96- 102.
3. Zarit SH, Reeve KE, Bach- Peterson J. "Relatives of the impaired elderly: correlatos of Keeling of Burger Gerontologist". 1980; 20: 649- 654.
4. Luis Rodrigo, M.T. "Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica". Elsevier Masson. 2008.
5. Vázquez- Sánchez MA, Casals- Sánchez JL, Aguilar- Trujillo P, Aparicio- Benito P, Estebanez- Carvajal F, Luque- Espejo A, et al. "Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador". *Enferm Clin*. 2005; 15 (2): 63- 70.
6. Taylor ST, Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Barcelona: Paidós; 1987.
7. Blasco Hernández T, Otero garcía L. "Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa". *Nure*. 2008; N°. 33.

Bibliografía consultada

- Álvarez L, González AM, Muñoz P. "El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo". *Gac Sanit*. 2008; 22 (0): 000- 0.
- Arranz P, Barrero J, Bayes R. "Intervención emocional en cuidados paliativos: modelos y protocolos". Barcelona: Ariel; 2003. p.20.
- Ballester Rubio M, Borrás Español L, Corbalán Carrillo G, Hernández Vian B, PaulGarceran G, Pérez Rodríguez J. "Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès". *NURE Inv [Revista en Internet]* 2008 Enero-Febrero. [Agosto 2010; 5 (32). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>
- De los Reyes MC. "Construyendo el concepto cuidador de ancianos". Noviembre 2001. Brasil.
- Delicado Useros MV, García Fernández MA, López Moreno B, Martínez Sánchez P. "Cuidadoras informales: Una perspectiva de género". *Enfem Univ Albacete*. 2001; 13: 12- 16.

- Dueñas E: M.D.1, María A: Martínez, M.D.2, Morales;B. M.D.3,Muñoz C. M.D.1, Viáfara SM.D.2,Herrera,J. M.D. “Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales”. Colombia Médica Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio)
- “Escala de Zarit. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (Caregiver Burden Interview). <http://www.hipocampo.org>
- Francisco, C. “Cuidados formales e informales. Gestión de los cuidados en las enfermedades crónicas”. 4ª jornadas SCELE. Alicante. 2008
- Floristán Muruzábal, E; Martínez Martínez, A; Martín Casas, P; RuthBallesteros Pérez, R; Dra. Atín Arratibel, MA. “Cuidados con Cuidado”. Unidad de Fisioterapia. Clínica Universitaria de Podología. Universidad Complutense de Madrid.
- Gallart Fernández-Puebla A. Supervisor del Hospital General de Cataluña. Profesor Universidad Internacional de Cataluña. “Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona”. Rev Adm Sanit 2004; 2(2):299-316.
- Gallart Fernández- Puebla A. “Tesis doctoral: Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona”. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat. Enero 2007.
- García- Cañvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto- Navarro G. “El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres”. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 2: 83- 92
- II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (2002). “Mujeres de edad: cuando las que siempre ayudan necesitan ayuda”. Naciones Unidas.
- Jonson Marion et colaboradores interrelaciones. “NANDA, NOC y NIC” Elsevier Masson.2007
- Krikorian A, Velez MC, González O, Palacio C, Vargas JJ. “La experiencia de sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico”. Av. Enferm. XXVIII (1): 13-20,2010.
- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- López Gil Mª J; Orueta Sánchez, R; Samuel Gómez Caro, A; Sánchez Oropesa, J; Carmona de la Morena, Alonso Moreno, F. “El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud”. REV CLÍN MED FAM 2009; 2 (7): 332-334. Mayo 2009.

- Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JR, Lanz P, *et al.* "Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden interview) de Zarit". *Rev Gerontol.* 1996; 6: 338- 346.
- Morcillo Muñoz, Y., Ortiz Torres, F., Maldonado Herrera, R., Andujar Rodríguez, E., López Martínez, B., Úbeda Cuenca, MM. "Prevención en el cansancio del rol del cuidador. Intervenciones enfermeras". FAECAP 2005.
- Montero-Marín J, García-Camayo J. "Una definición más reciente y más amplia de burnout". 2010.
- "Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal". db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pid Publicado el: 02 de enero de 2008
- "Plan funcional personas cuidadoras en hospitalización". Hospital Universitario Virgen de las Nieves .Granada. 2007. Dossier para profesionales
- Quero Rufián A, Briones Gómez, R, Prieto Rodríguez MA., Navarro López, A; Pascual Martínez, N; Guerrero Ruiz. C; EUE "Virgen de las Nieves", Granada. "Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación". Nure Investigación, nº 9, Octubre 2004
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. "Índice de esfuerzo del cuidador". Zarit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden *Gerontologist* 1980; 20:649-654.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. "Perfil del cuidador". <http://www.segg.es/book/perfil/del/cuidador>.
- Ubeda Bonet, I. "Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario". Tesis doctoral. Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. 2009.
- United Nations (2003). "Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento".
- Zapata Sampedro MA, Matute Caballero MN, Gómez Reina MV. "Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal". *Enferm Clin.* 2007; 17: 157-161.
- Zarit SH, Cher A, Boutselis M. "Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches". *Psychol Aging.* 1987; 2: 225- 32.

II

**La salud de la mujer
a lo largo del ciclo vital**

6

Niveles de actividad física en gestantes de una zona básica de salud

Ana Belén Carrillo García
y Cristóbal Meseguer Liza

Introducción

La mujer, en general, parece ser más inactiva que el hombre, especialmente en la actividad física de intensidad moderada a vigorosa¹. A esto debemos añadir que diversas encuestas han constatado y afirmado que las mujeres durante el embarazo realizan menos actividad física que las mujeres no gestantes de su misma edad².

El American College of Obstetrics and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, ACOG) recomienda realizar ejercicio aeróbico de carácter moderado durante cinco días a la semana con una duración de 30 minutos en cada sesión³. Sin embargo, el Colegio Americano de Medicina del Deporte establece un mínimo de ejercicio aeróbico de intensidad ligera a vigorosa de tres a cuatro días en semana con una duración de 30 – 40 minutos, que a su vez benefician el control del peso durante el embarazo^{4,5}.

Recientes investigaciones han llegado a demostrar que realizar actividad física durante el embarazo reduce el riesgo de diabetes gestacional⁶, preeclampsia⁷ y parto prematuro^{2,8}. Si se continúa demostrando que la actividad física moderada durante el embarazo previene estas complicaciones estaríamos ante una intervención sanitaria de bajo coste que evitaría daños potencialmente graves para la mujer y para el feto.

Este tipo de intervención sanitaria colocaría a la enfermería y a las matronas en una posición de actuación directa con estas pacientes, que podrían llevar a cabo una prevención primaria.

Sin embargo, la elección del tipo de actividad, su intensidad y duración debe ser algo para lo que el personal sanitario esté preparado; para que a la hora de asesorar a las gestantes en cuanto a estas variables se garanticen unos óptimos resultados, y se debe llevar a cabo con ellas una buena educación para la salud en términos de actividad física.

Tras introducir al lector en la temática de la investigación, lo que se propone como objeto de estudio en este trabajo es el conocimiento del patrón de actividad física general en mujeres sanas con embarazo de curso normal y los factores asociados con el posible descenso o anulación de dicha práctica.

Preguntas de investigación

Este trabajo de investigación plantea una serie de preguntas, las cuales se citan a continuación:

- ¿Cuál es el nivel de actividad física en las mujeres sanas con embarazo de curso normal en su vida diaria?
- ¿Qué frecuencia y duración tienen esas actividades físicas que las mujeres objeto de estudio realizan en su vida diaria?
- ¿Cuáles son los factores relacionados con la disminución o con la no realización de actividad física en su vida diaria?

Objetivo General

Conocer el patrón de actividad física general en mujeres sanas con embarazo de curso normal y los factores asociados con la posible modificación de dicha práctica, en el Centro de Salud Antonio García en Molina de Segura en Murcia.

Objetivos Específicos

1. Conocer si existe realización de distintas actividades físicas en la vida diaria, tales como: actividad física en tiempo libre, desplazamientos, tareas del hogar y actividad en el trabajo; en mujeres sanas con embarazo simple.

2. Describir la frecuencia y la duración de dichas actividades que las mujeres sanas con embarazo de curso normal realizan en su vida diaria.
3. Identificar los factores relacionados con la disminución o con la no realización, si la hubiese, de actividad física en su vida diaria.

Metodología

El presente trabajo se ha realizado llevando a cabo un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo transversal, a través de la implementación de entrevistas mediante encuestas a un grupo de 51 mujeres embarazadas.

La información recopilada en la población de estudio se hizo en el mes de Julio de 2011. El presente proyecto fue aprobado por los responsables del centro de salud Antonio García.

La información de las mujeres embarazadas se comenzó a recoger utilizando para ello la siguiente fuente de información:

Se suministró un cuestionario de actividad física basado en el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ), al cual se añadieron tres preguntas relacionadas exclusivamente con la gestación y con las propias apreciaciones de las gestantes acerca de su nivel de actividad física. Se recogió información sobre la realización de actividades por parte de la mujer en el tiempo libre, en los desplazamientos, en el lugar de trabajo y en otras actividades de la vida diaria, además de información acerca de su comportamiento sedentario.

La validación del cuestionario GPAQ modificado para gestantes se llevo a cabo de la siguiente manera. Tras proporcionarles una copia a dos profesionales en la materia y recibir su aprobación se pasó a la segunda fase de la validación, la cual consistió en suministrarles el cuestionario a 10 mujeres con un embarazo de curso normal y tras comprobar que la redacción no presentaba ningún problema, esas 10 mujeres pasaron a formar parte de la muestra global de 51 mujeres.

El cuestionario se realizó con la presencia del investigador que siguió en todo momento el proceso de las participantes para atender cualquier duda o aclaración lingüística que se presentase.

El objetivo principal de este estudio fue conocer en mujeres sanas con embarazo de curso normal el patrón de actividad física general y los factores asociados con la posible modificación de dicha práctica. A continuación se procederá a la discusión de los resultados obtenidos y a las conclusiones.

Resultados

● Intensidad de las actividades

- Intensidad de las actividades realizadas en el trabajo.
Por lo que se refiere a la realización de actividades en el trabajo, únicamente el 5,9% de la muestra indica realizar actividades intensas, mientras que más de la mitad contestan no realizar actividades de esta intensidad, el 94,1 %. En cambio, en las actividades moderadas, un 45,1% de la muestra sí que indica realizar estas actividades en el trabajo frente a un 54,9% que no refiere realizarlas.
- Intensidad de las actividades realizadas en el tiempo libre.
En el tiempo libre, el 2% de las gestantes indicó realizar actividades intensas frente al 98% que no. En cambio, cuando la intensidad de las actividades era moderada un 49% refirió si realizarlas frente a un 51% que tampoco realizaba actividades moderadas en su tiempo libre.

● Frecuencia y tiempo de las actividades

- Frecuencia de las actividades realizadas en el trabajo
En cuanto a la frecuencia de actividades intensas en el trabajo, el 5,9% las realizaban durante 5 días a la semana, en cambio el 94,1% no realizaban estas actividades ningún día de la semana. La media aquí es de 5 días y la desviación típica de 0. El rango va de 0 a 7. En esta variable, llama la atención que una gran mayoría de la muestra no realizaba estas actividades ningún día de la semana y en cambio las que si lo realizan lo hacen muchos días a la semana (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de las actividades intensas realizadas en el trabajo

Días de la semana	N	%
0	48	94,1 %
1	0	0 %
2	0	0 %
3	0	0 %
4	0	0 %
5	3	5,9 %
6	0	0 %
7	0	0 %
TOTAL	51	100

En las actividades moderadas realizadas en el trabajo, el 54,9% no realizaba estas actividades ningún día de la semana, y un 17,6% lo hacía 5 días a la semana. Aquí existía una media de 4,70 días y una desviación típica de 2,141. El rango también va de 0 a 7. (Ver Figura 1).

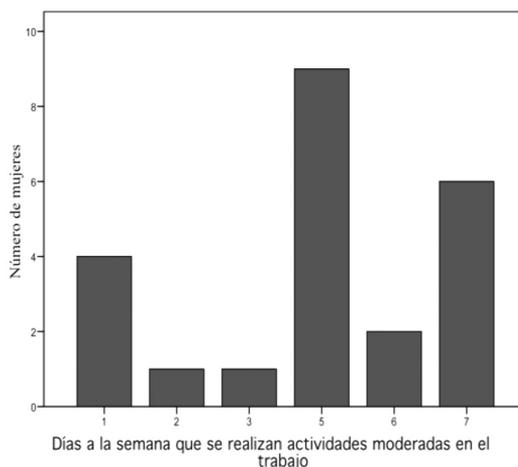


Figura 1. Frecuencia de las actividades moderadas realizadas en el trabajo.

- Frecuencia de las actividades realizadas en el tiempo libre
El 98% de la muestra no realizaba actividades físicas intensas ningún día de la semana y únicamente un 2% lo realizaba 4 días a la semana. Por lo tanto, la media era de 4 días. Y el rango entre 0 y 7 (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de las actividades intensas realizadas en el tiempo libre

Días de la semana	N
0	50
1	0
2	0
3	0
4	0
5	3
6	0
7	0
TOTAL	51

En cuanto a las actividades moderadas en el tiempo libre, el 51% tampoco las realizaba ningún día de la semana y el 13,7% lo hacía los 7 días de la semana. La media fue de 4,70 días y la desviación típica de 1,948. Con un rango de entre 0 a 7. Con el siguiente diagrama de barras se observa claramente (ver Figura 2):

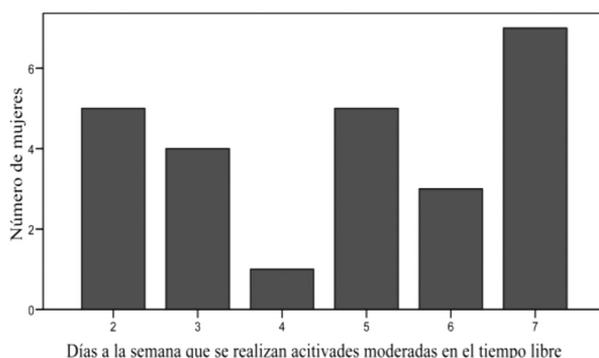


Figura 2. Frecuencia de las actividades moderadas realizadas en el tiempo libre.

— Tiempo de las actividades realizadas en el trabajo

El tiempo de las actividades intensas realizadas en el trabajo tuvieron una media de 1,083 horas y una desviación típica de 0,877. El 94,1% no le dedicaban tiempo a estas actividades y el resto, el 6% lo hacían entre menos de media hora y más de una hora (Tabla 3).

Tabla 3. Tiempo de las actividades intensas realizadas en el trabajo

Horas	N
0 horas	48
< 0,5 horas	1
0,5 - 1 hora	1
> 1 hora	1
TOTAL	51

La duración de las actividades moderadas realizadas en el trabajo tenía una media de 3,10 horas y una desviación típica de 3,33. El 54,9% dedicaban 0 horas y seguidamente el 25,7% le dedicaban más de una hora (Tabla 4).

Tabla 4. Tiempo de las actividades moderadas realizadas en el trabajo

Horas	N
0 horas	28
< 0,5 horas	7
0,5 - 1 hora	3
>1 hora	13
TOTAL	51

- Tiempo de las actividades realizadas en el tiempo libre
En cuanto al tiempo de las actividades intensas en el tiempo libre, el 98% no le dedicaban ninguna hora y el 2% le dedicaban entre media y una hora. La media fue de 1 (Tabla 5).

Tabla 5. Tiempo de las actividades intensas realizadas en el tiempo libre

Horas	N
0 horas	50
< 0,5 horas	0
0,5 - 1 hora	1
>1 hora	0
TOTAL	51

Y sobre la duración de las actividades moderadas realizadas en el tiempo libre, el 51% no le dedicaban tiempo a dichas actividades y el 29,4% le dedicaban entre media y una hora. La media fue de 1,11 horas y la desviación típica de 0,577. (Tabla 6).

Tabla 6. Tiempo de las actividades moderadas realizadas en el tiempo libre

Horas	N
0 horas	26
< 0,5 horas	4
0,5 - 1 hora	15
>1 hora	6
TOTAL	51

- **Actividad física en los desplazamientos**

En cuanto a los desplazamientos un 84,3% si realizaban sus desplazamientos andando o en bicicleta durante más de 10 minutos consecutivos y un 15,7% no lo hacían. (Tabla 7).

Tabla 7. Desplazamientos caminando o en bicicleta

N = 51	
	N
< 10 minutos	8
> 10 minutos	43
TOTAL	51

Sobre la frecuencia, la mayoría, un 39,2%, realizaban estos desplazamientos durante 7 días a la semana, seguido de un 19,6% que lo hacían 3 días a la semana. La media fue de 5,33 días y la desviación típica de 1,809. El rango entre 0 y 7. Ver el siguiente diagrama de barras (ver Figura 3):

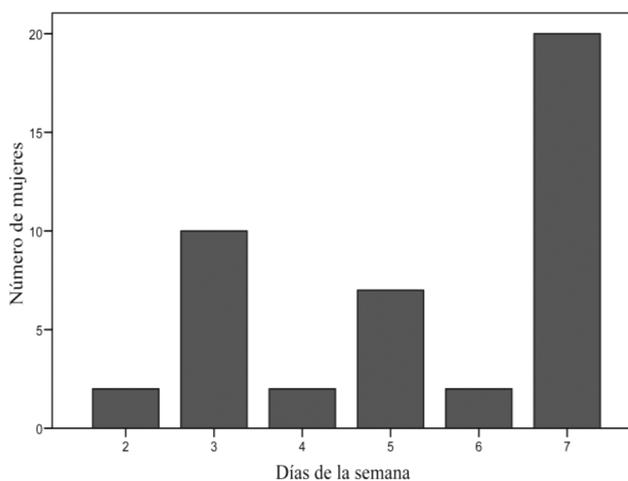


Figura 3. Frecuencia de desplazamientos caminando o en bicicleta cuando son >10 minutos.

Sobre el tiempo diario que se le dedica a estos desplazamientos, la mayoría de la muestra, un 47,1% lo hace menos de media hora, seguido de un 35,3% entre media hora y dos horas. La media fue de 0,72 horas y la desviación típica de 0,49 (Tabla 8).

Tabla 8. Tiempo diario de desplazamientos caminando o en bicicleta cuando son > 10 minutos

Horas	N
0 horas	8
< 0,5 horas	24
0,5 - 2 hora	18
>2 hora	1
TOTAL	51

Comportamiento sedentario

El 49% de las gestantes se encontraban sentadas o recostadas, excluyendo el tiempo de sueño, entre 2 y 5 horas. Con una media de 4,64 horas y una desviación típica de 2,8 (Tabla 9).

Tabla 9. Comportamiento sedentario

Horas	N	%
< 2 horas	8	15,8 %
2 - 5 horas	25	49 %
5 - 10 horas	13	25,5 %
> 10 horas	5	9,8 %
TOTAL	51	100 %

Se expondrán los resultados según los objetivos planteados en la investigación:

- Conocer si existe realización de distintas actividades físicas en la vida diaria, tales como: actividad física en tiempo libre, desplazamientos, tareas del hogar y actividad en el trabajo; en mujeres sanas con embarazo simple.

Tras realizar el análisis descriptivo de los datos observamos que de las 51 mujeres entrevistadas, 3 realizaban actividades intensas en su trabajo y 25 actividades moderadas también en el trabajo. Y en cuanto al tiempo libre, solo 1 realizaba actividades intensas y 25 actividades moderadas.

En cuanto a los desplazamientos, 8 mujeres de las 51 señalaron no realizar desplazamientos andando o en bicicleta de al menos 10 minutos consecutivos, y 43 si lo hacían.

- Describir la frecuencia y la duración de dichas actividades que las mujeres sanas con embarazo de curso normal realizan en su vida diaria.

La frecuencia de las actividades intensas realizadas en el trabajo fue de 5 días semanales en las únicas 3 mujeres que las realizaban; y en cuanto a las actividades moderadas en el trabajo también su frecuencia fue de 5 días en la mayoría de gestantes que realizaban dichas actividades.

Sobre la frecuencia de las actividades intensas llevadas a cabo en el tiempo libre, 4 días semanales fue la selección de la única mujer que refería hacerlas y sobre las moderadas, 7 días a la semana fue la frecuencia de la mayoría, 7 mujeres.

En cuanto a la duración, en las actividades intensas en el trabajo las 3 únicas mujeres que lo señalaron lo hacía entre menos de media hora y más de 1 hora. Y las actividades moderadas también en el trabajo, en la mayoría de las mujeres, 13 en este caso, tenían una duración de más de 1 hora.

Y en las actividades intensas de tiempo libre, la única mujer que las hacía señaló una duración de entre media hora y 1 hora. Y sobre las actividades moderadas también en tiempo libre, 15 mujeres, la mayoría, realizaban dichas actividades con una duración también de entre media hora y 1 hora.

De las 43 mujeres que si realizaban al menos 10 minutos de desplazamientos andando o en bicicleta, 20 de ellas, la mayoría lo hacía los 7 días de la semana y también la mayoría, 24, con una duración de menos de media hora.

La duración del comportamiento sedentario mayoritario en 25 de las 51 mujeres estaba comprendido entre 2 y 5 horas.

- Identificar los factores relacionados con la disminución o con la no realización, si la hubiese, de actividad física en su vida diaria.

Los factores que mayoritariamente nuestras sujetos de estudio marcaron como los principales motivos para la disminución de actividad física en su vida diaria fueron con una mayoría de 33 sobre 51, el aumento del cansancio y el sueño, seguido de 12 mujeres que señalaron indicación médica; 9 que lo adjudicaron también a la falta de tiempo y 4 al miedo, entre otros motivos. Se debe resaltar que las gestantes podían elegir más de una opción, todas las que ellas consideraran que se adaptaba mejor a su situación e incluso añadir ellas mismas alguna que no estuviera ya previamente indicada.

Discusión

El nivel de estudios de las gestantes parece influir en una mejor predisposición hacia la práctica de actividad física. Esto se puede deber a un mayor conocimiento de los beneficios para la salud de la actividad física, también el optar o el tener la posibilidad de estar en un puesto laboral con menor carga física y mayor disponibilidad horaria, y también quizás, mayores recursos económicos a la hora de financiar algunos tipos de actividades más costosas.

Se observó, en consonancia con otros estudios^{9, 10, 11}, que la mayoría de mujeres gestantes que sí realizaban actividades físicas pertenecían al grupo de la muestra con estudios universitarios, constatando una asociación positiva de un alto nivel educativo con la realización de actividad física en el tiempo libre. Otros autores observaron que la edad y el número de hijos previos no se asociaban con la realización de este tipo de actividad, pero sí lo hacían el tener estudios universitarios, una buena salud general y estar separada o divorciada durante el embarazo¹²; en estos tres casos la realización de actividad física de moderada a intensa fue mayor.

Además, Ning y colaboradores observaron también una fuerte asociación positiva entre el nivel educativo alto y la realización de ejercicio físico intenso durante el embarazo¹³.

Centrándonos ahora en la relación entre la variable actividad física en tiempo libre con la variable trabajar fuera de casa, aquí podemos intuir, a partir de nuestros resultados, que el trabajo y el estilo de vida de una mujer trabajadora, influye a la hora de que dicha mujer lleve a cabo una vida más activa, en este caso que dedique parte de su tiempo a la actividad física. Sin embargo, no se han encontrado resultados consistentes entre otros trabajos de investigación. Posiblemente este hecho se deba a que las poblaciones eran diferentes y no en todos los estudios se ajustaba por las mismas variables. Aun así, algunos autores reflejan, coincidiendo con nuestros resultados, que el hecho de estar empleada frente a no estarlo se asocia positivamente con la práctica de actividad física intensa o actividad física de cualquier intensidad^{13,10}.

En cuanto a la relación entre el periodo del embarazo con la actividad física en el tiempo libre, se observó que la mayoría de las gestantes realizan algún tipo de actividad física en el segundo y tercer trimestre del embarazo; esta circunstancia coincide, como vimos con la guía canadiense denominada *Fitness and Pregnancy*, la cual recomendaba que en el primer trimestre se

evitaran sobreesfuerzos, y recordaba que en este periodo es cuando más molestias por náuseas y vómitos se registran, por lo que esta podría ser la causa por la que nuestra muestra realice menos actividad en el primer trimestre¹⁴.

En cuanto a las actividades moderadas en el tiempo libre relacionadas con los abortos previos, observamos en nuestros hallazgos que más de la mitad de las mujeres que sí han tenido un aborto realizan este tipo de actividad, por lo que en esta muestra no parece muy influyente el hecho de haber padecido un aborto previo para realizar actividades moderadas.

Con respecto a la variable “edad”, otros trabajos de investigación sugieren y coinciden con nuestro estudio en que las mujeres de mayor edad (>30) realizan menos actividad física en el tiempo libre que las embarazadas de menor edad⁹. Evenson y colaboradores observaron que las mujeres de 18 a 24 años y las que tenían de 25 a 34 años, comparado con las de mayor edad (35 – 45 años) así como las que referían buena salud general, eran variables que se asociaban positivamente con la realización de actividad física en el tiempo libre¹².

A la hora de ver la relación existente entre el número de abortos previo y el comportamiento sedentario observamos en nuestros resultados que no parece muy influyente el aborto con la cantidad de horas de reposo.

En cuanto a la situación laboral “de paro” relacionada con el comportamiento sedentario, se plantea la opción de que al encontrarse sin empleo las sujetos a estudio tengan dos formas de actuar, una sería dedicando más tiempo para su cuidado y, por tanto, para realizar actividades físicas; y otra, en cambio actuando, de una manera más pasiva y con más horas de reposo. Los resultados de este estudio revelan que las que no están en paro tienen un reposo menor que las que sí lo están.

Al relacionar la variable “baja en el embarazo” con la que nos indica si las gestantes hacen menos ejercicio físico debido a indicación médica, observamos que aunque algunas gestantes que no están de baja disminuyen su nivel de actividad física debido a una indicación médica, lo que nos lleva a cuestionarnos si sus médicos realizan estas indicaciones sin ser necesarias. Este punto se abordará a continuación como un área de investigación futura.

A pesar de las limitaciones del estudio, los resultados obtenidos en este trabajo, nos han permitido conocer los patrones y niveles de actividad física en la vida diaria de embarazadas sanas con un embarazo de curso normal y

las variables asociadas a la disminución, si ésta ha existido, de dicho nivel de actividad física.

Tras esto, deberíamos ser conscientes de la necesidad de implementar un programa enfermero de actividad física focalizado en mujeres embarazadas y en sus características particulares que fomentara la realización de actividad física durante el tiempo libre y, de este modo, disminuir así el tiempo empleado en otras actividades muy frecuentes en la vida diaria de la embarazada, como otras ocupaciones sedentarias y las tareas del hogar.

Conclusiones

Una vez expuestos y analizados los resultados obtenidos, podemos concluir que:

1. La práctica de actividad física existente en las gestantes analizadas durante su tiempo libre, es decir, cuando la voluntariedad es completa, resulta escasa o insuficiente al considerar la intensidad elevada y moderada respectivamente.
2. Un pequeño porcentaje de las gestantes analizadas realizan actividades físicas intensas tanto en sus trabajos como en su tiempo libre. También es bajo el porcentaje de mujeres que realizan actividades moderadas en sus trabajos, en cambio nos encontramos con que casi la mitad de las encuestadas realizan actividades moderadas en su tiempo libre, aunque este se realiza pocos días a la semana y con una duración algo escasa. Refiriéndonos a las características de sus desplazamientos, observamos un alto porcentaje que si realizan estos desplazamientos diarios mayores o iguales a 10 minutos consecutivos, aunque casi la mitad apenas llegan a la media hora.
3. Las características que se asocian con la realización de mayor actividad física en el tiempo libre son: tener una edad menor de 30 años, estar trabajando y tener estudios universitarios, sin que parezca influir el hecho de haber sufrido previamente algún aborto. Dicho antecedente tampoco tiene relevancia a la hora de tener un mayor comportamiento sedentario, que si parece estar más influenciado por la situación laboral de paro.
4. Las implicaciones que este estudio puede tener para la enfermera, sea especialista o no, las consideramos importantes. Debemos tener en

cuenta que el embarazo es una etapa especial en la vida de la mujer en la cual el nivel de responsabilidad es mayor y el consejo sanitario está más presente, la intervención enfermera mediante programas que fomenten el inicio o el mantenimiento de la actividad física en tiempo libre o incluso la elaboración de una tabla incluida en el documento de salud materno-infantil que permita registrar en el embarazo la realización de distintas actividades en el tiempo libre a la semana, por parte de la mujer, podría incrementar la frecuencia de mujeres que realizan actividad física en el tiempo libre y a su vez las los beneficios generados tanto en la madre como en el niño.

Por lo tanto, la enfermera y la matrona tienen un gran trabajo por hacer aquí, deben ocupar su sector a la hora del cuidado de las gestantes e integrar plenamente la prescripción de una actividad física adecuada en sus intervenciones de prevención primaria.

Referencias bibliográficas

1. TROST SG, OWEN N, BAUMAN AE, SALLIES JF, BROWN W. Correlates of adult's participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 34: 1996-2001.
2. EVENSON KR, Siega-Riz AM, Savitz DA, Leiferman JA, Thorp Jr Jm. Vigorous leisure and pregnancy outcome. *Epidemiology*. 2002; 13 (6). 653-9.
3. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 496-9.
4. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 4th Ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1991.
5. DRAKE S. Exercise Training to Prevent Excess Weight Gain During Pregnancy. *ACSM's Certified News*. 2003; Vol. 13, N°1. [consultado en: <http://www.acsm.org>]
6. SOLOMON CG, WILLETT WC, Carey VJ, Rich-Edwards J, Hunter DJ, Colditz GA, et al. A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. *JAMA*. 1997 Oct 1;278(13):1078-83.
7. WEISSGERBER TL, WOLFE LA, DAVIES GA. The role of regular physical activity in preeclampsia prevention. *Med Sci Sports Exerc*. 2004; 36.12:2024-31.
8. BERKOWITZ GS, KELSEY JL, HOLFORD TR, BERKOWITZ RL. Physical activity and the risk of spontaneous preterm delivery. *J Reprod Med*. 1983;28.9:581-8.
9. ZHANG J. AND SAVITZ D. Exercise during Pregnancy among US Women. *Ann Epidemiol* 1996; 53-9.
10. RODRIGUES DM AND BARROS A. Leisure-time physical activity during pregnancy in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41: 173-80.
11. PEREIRA MA, RIFAS-SHIMAN SL, KLEINMAN KP, RICH-EDWARDS JW, PETERSON KE, GILLMAN, M. W. Predictors of change in physical activity during and after pregnancy: Project Viva. *Am J Prev Med* 2007; 32: 356-7.
12. EVENSON KR, SAVITZ DA, HUSTON, SL. Leisure-time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004; 18: 400-7.

13. NING Y, WILLIAM MA, DEMPSEY JC, SORENSEN TK, FREDERICK IO, LUTHY DA. Correlates of recreational physical activity in early pregnancy. *Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13: 385-93.
14. WOLFE L AND DAVIES G. Canadian Guidelines for Exercise in Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 488-95

ANEXOS

Cuestionario sobre Actividad Física en embarazadas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad	
Estado civil	Soltera ____ Casada/Pareja estable ____ Viuda ____ Divorciada ____
Nivel académico	Estudios Primarios ____ Estudios Secundarios ____ Estudios Universitarios ____
Trabajo	Trabajo fuera de casa ____ Paro ____ Baja en el embarazo ____ Excedencia ____ Ama de casa ____
Periodo del embarazo	Primer trimestre (De la 1ª a la 12ª semanas) ____ Segundo trimestre(De la 13ª a la 26ª semanas) __ Tercer trimestre (De la 27ª hasta el final del embarazo ____
Número de embarazos previos	
Número de abortos previos	

CUESTIONARIO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad Física

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.

Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo. En estas preguntas, las "*actividades físicas intensas*" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "*actividades físicas de intensidad moderada*" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

		Pregunta	Respuesta
En el trabajo			
P1	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como [levantar pesos, cavar o trabajos de construcción] durante al menos 10 minutos consecutivos?	Sí	No (Si contesta No, Saltar a P 4)
P2	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días ____	
P3	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____ hrs : mins	
P4	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa [o transportar pesos ligeros] durante al menos 10 minutos consecutivos?	Sí	No (Si contesta No, Saltar a P7)
P5	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días ____	
P6	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____ Hrs : mins	

Pregunta		Respuesta
Para desplazarse		
En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto.		
P7	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Sí No (Si contesta No, Saltar a P 10)
P8	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días ____
P9	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos ____ : ____ Hrs : mins
En el tiempo libre		
Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.		
P10	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [correr, jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos consecutivos?	Sí No (Si contesta No, Saltar a P 13)
P11	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?	Número de días ____
P12	En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____ hrs : mins
P13	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, [ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball] durante al menos 10 minutos consecutivos?	Sí No (Si contesta No, Saltar a P16)
P14	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días ____

P15	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____:____ Hrs : mins
Comportamiento sedentario		
Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.		
P16	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos ____:____ Hrs : mins
Comportamiento sedentario		
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.		
P16	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos ____:____ Hrs : mins
Parte específica para mujeres gestantes		
Las últimas tres preguntas de nuestro test están enfocadas a la percepción que usted misma tiene acerca de su nivel de actividad física durante su embarazo actual.		
P17	¿Desde su embarazo, su nivel de actividad física ha disminuido?	Sí No (Si contesta No, Saltar a P19)
P18	¿A qué cree que es debido? Señale las opciones que precise.	-Indicación médica -Aumento del cansancio/sueño -Miedo -Falta de tiempo -Falta de información -Otros:_____
P19	¿Considera que debería aumentar su nivel de actividad física?	Si No

Fin del test. Gracias por su participación.

7

Estudio de los problemas de salud en mujeres supervivientes al cáncer de mama

Paula Ruiz Carreño
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

El cáncer de mama constituye un problema de salud de gran repercusión en la población femenina por su alta incidencia y mortalidad, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Desde esta perspectiva entendemos que es una obligación ética y moral de cada uno de los profesionales de la salud actuar en forma global, coordinada, eficiente y eficazmente en la búsqueda de un mayor bienestar para quienes presentan este problema de salud¹.

Aunque el pronóstico ha mejorado en los últimos años y la supervivencia es elevada, el propio proceso y los tratamientos que se aplican tienen importantes repercusiones personales y familiares. Varios autores^{2,3} concluyen en que el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad produce en la mujer sentimientos de incertidumbre, falta de control sobre sus vidas, soledad, temor y falta de recursos para afrontar esta traumática situación.

Las estadísticas indican que una de cada ocho mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida, lo que representa un cambio significativo respecto al año 2011 en el que las cifras se referían a 1 de cada 10 mujeres². En los países de la Unión Europea, la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es del 8%. En España hay 70.000 mujeres diagnosticadas

de cáncer de mama en los años 2001 y 2006⁴. Por otro lado, la supervivencia media estandarizada, según la edad en Europa es del 93% a un año y del 73% a cinco años⁵. En nuestro entorno estas cifras mejoran ya que la supervivencia a los 5 años es del 83,9%, y del 71%⁶ a los 10 años.

Como afirma Laura Schwartzmann⁷, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

Los datos expuestos ponen de manifiesto la importancia del área de estudio, así como la necesidad de realizar nuevas investigaciones que evalúen los efectos de las intervenciones enfermeras en la CV de estas mujeres.

Las necesidades emocionales de las mujeres a menudo no son satisfechas por los equipos de oncología y tienen que encontrar otras fuentes de apoyo, tales como grupos de autoayuda. Por lo tanto, se requiere un cuidado continuo después de la finalización del tratamiento médico, las enfermeras tienen una importante contribución en este sentido^{8,9}.

Justificación

El cáncer de mama es una enfermedad compleja tanto física como psicológicamente dado que supone afrontar una serie de retos entre los que se encuentran los tratamientos prolongados, que pueden tener una repercusión significativamente negativa en estas mujeres¹⁰. Tras un diagnóstico de cáncer de mama, la CV puede comprometerse física, psicológica y funcionalmente. Aparecen con frecuencia estados de depresión y ansiedad asociados al temor que despierta una enfermedad potencialmente mortal y la recidiva tumoral.

La cirugía de mama puede comprometer la imagen corporal y la sexualidad de una mujer. Además deben afrontar los efectos secundarios derivados del tratamiento que van desde náuseas, vómitos, caída del cabello, fatiga, linfedema secundario, a los síntomas asociados a la menopausia inducida (sofoco de calor, inestabilidad emocional). Para la mujer, por lo tanto, el cáncer de mama no es sólo un problema médico, sino que también es un problema que tiene

una incidencia psicológica, emocional y social grave, que requiere un abordaje profesional y holístico.

Teniendo en cuenta que la calidad de vida es un área de intervención independiente para Enfermería, consideramos que las conclusiones del presente trabajo pueden ser el punto de partida para posteriores estudios centrados en identificar los diagnósticos enfermeros que pueden estar presentes en mujeres con cáncer de mama, y contribuir al conocimiento científico con el fin de mejorar la calidad de los cuidados enfermeros^{11,12}.

Objetivo

El objetivo principal del presente estudio es evaluar los problemas de salud y las dimensiones alteradas en la calidad de vida de un grupo de mujeres cuyo diagnóstico de cáncer de mama sea superior o igual a cuatro años.

Material y método

Se ha llevado a cabo un estudio observacional, transversal y analítico.

La *población* de estudio está compuesta por mujeres que sufren cáncer de mama diagnosticadas cuatro o más años, con edades comprendidas entre 38 y 64 años y residentes en la Región de Murcia.

Se realizó un *muestreo* no probabilístico, por conveniencia, dado que se entrevistó a las mujeres que diariamente acudían a la consulta de Oncología en revisiones programadas y las mujeres que asistían a las sesiones de grupo organizadas por la Asociación Española contra el cáncer (AECC). La muestra está compuesta por 28 mujeres, de las que 24 conforman la muestra final ya que cuatro de ellas no cumplían los criterios de inclusión. Todas ellas aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria tras ser informadas.

Se han considerado *criterios de inclusión* ser mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre los años 2000 y 2007, en cualquier estadio de la enfermedad, exceptuando la fase metastásica. Que estén o hayan recibido cualquier modalidad de tratamiento, independientemente del tipo de cirugía, y residir en la Región de Murcia.

Se han aplicado los siguientes *criterios de exclusión*: mujeres embarazadas, diagnosticadas de algún otro tipo de cáncer, con dificultades en la comunicación, o desconocimiento del español.

La *recogida de datos* se ha realizado mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

- 1) **Un cuestionario de elaboración propia** que recoge las variables sociodemográficas y clínicas como edad, estado civil, número de personas que conviven en el domicilio familiar, número de hijos, año del diagnóstico, tipo de cirugía, tratamiento, etapa del cáncer, nivel de estudios, situación laboral, profesión, lugar de residencia, patologías crónicas, y creencias religiosas.
- 2) **El cuestionario EORTC¹³**, un instrumento diseñado para medir la calidad de vida, compuesto por un cuestionario general que examina áreas comunes a diferentes tumores y tratamientos y que se complementa con módulos que evalúan áreas específicas de cada tratamiento o tumor.

La tercera versión de este cuestionario general (*EORTC QLQ-C30 versión 3.0*) es la que se emplea actualmente.

El *QLQ-C30* está compuesto de dos escalas multi-ítem y medidas de un solo ítem que incluyen cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas, un estado de salud, la escala de calidad de vida a nivel global, y seis elementos individuales. Cada una de las escalas multi-ítem incluye un conjunto diferente de elementos (no hay ningún elemento que se repita en más de una escala).

- 3) También hemos aplicado el módulo específico de mama, el **EORTC QLQ-BR23¹⁴**.

El *QLQ BR-23* incorpora cinco escalas multi-ítem para evaluar los efectos secundarios de la terapia sistémica, los síntomas en el brazo, los síntomas de mama, la imagen corporal y el funcionamiento sexual. Y como medidas de un solo ítem evalúa el disfrute sexual, la pérdida del cabello y la perspectiva de futuro.

En cuanto al sistema de puntuación¹⁵ del *QLQ C-30* y *QLQ BR-23* es el mismo para los dos cuestionarios. En todas las escalas y las medidas de un solo ítem el rango de puntuación va de 0 a 100. La calificación a escala alta representa un nivel de respuesta más alta. Así, una puntuación alta para una escala funcional representa un nivel alto/saludable, una alta puntuación para el estado de salud y la calidad de vida a nivel global representa una calidad de vida alta,

pero una alta puntuación de la escala de síntomas/ítem representa un alto nivel de la sintomatología o problemas, es decir, una puntuación más alta representa un nivel más alto ("mejor") en la escala funcional, o un nivel más alto ("peor") de los síntomas.

Ambos cuestionarios están validados y aprobados en la forma requerida por la EORTC para diferentes idiomas¹⁶, incluyendo su versión en español.

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en las consultas de Oncología y Ginecología de la Unidad de Mama del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) y en la AECC de la Región de Murcia. Las mujeres fueron entrevistadas entre febrero y abril de 2011.

Análisis de los datos

Se realizaron análisis descriptivos, medias y desviaciones estándar, para las variables continuas (edad, número de personas que conviven en el domicilio familiar, número de hijos,) y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas (estado civil, año del diagnóstico, tipo de cirugía, tratamiento, situación laboral, y creencias religiosas).

La información recogida con los cuestionarios *QLQ-C30* y *BR23* se ha analizado con *syntaxis*.

El análisis de los datos se efectuó con el paquete estadístico *SPSS* para Windows versión 15.0.

Resultados

La edad media de las 24 mujeres que componen la muestra es de 50,92 (DE = 7,907) años, la gran mayoría (79,2%) están casadas (Gráfico1) y tienen una media de 2,63 hijos.

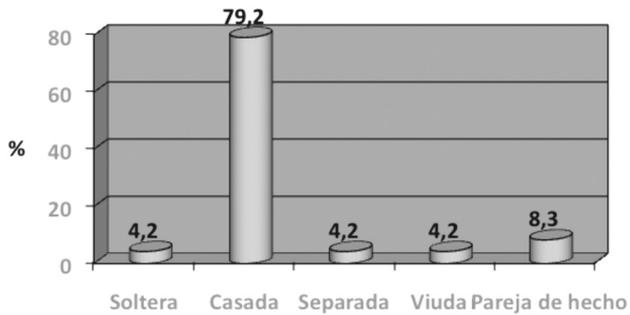


Gráfico 1: Variable, estado civil.

En cuanto a la situación laboral, el 45,8% son empleadas (Gráfico 2). El 33,3% posee un nivel de estudios primarios y el 29,2%. Universitarios.

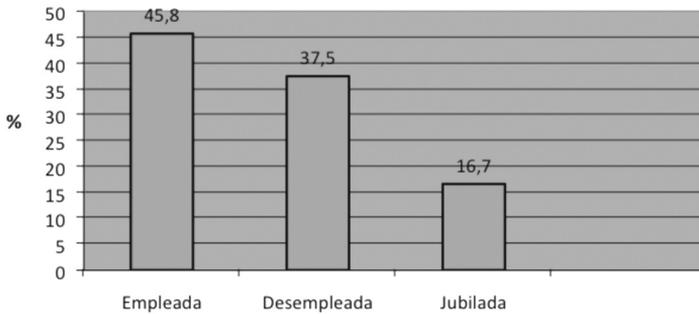


Gráfico 2: Situación laboral.

El 45,8% de las mujeres correspondían a los años 2006 y 2007 de diagnóstico (Tabla 1).

Tabla 1: Año del diagnóstico

Año	Frecuencia	Porcentaje
2000	1	4,2
2001	3	12,5
2002	3	12,5
2003	2	8,3
2004	4	16,7
2006	5	20,8
2007	6	25,0
Total	24	100

Respecto al tipo de cirugía (Gráfico 3) al 33,3% se le practicó una cirugía conservadora, el 25% una mastectomía parcial, otro 25% una mastectomía radical con reconstrucción y el 16,7% mastectomía radical.

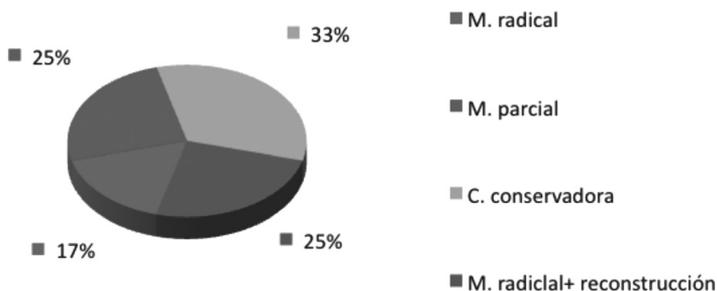


Gráfico 3: Tipo de cirugía.

En cuanto al tipo de tratamiento (Gráfico 4) habían recibido quimioterapia junto con radioterapia y terapia hormonal en el 45,8% de los casos, radioterapia junto con terapia hormonal el 20,8%, quimioterapia junto con radioterapia el 8,3%, quimioterapia junto con terapia hormonal otro 8,3% y sólo quimioterapia el 16,7%.

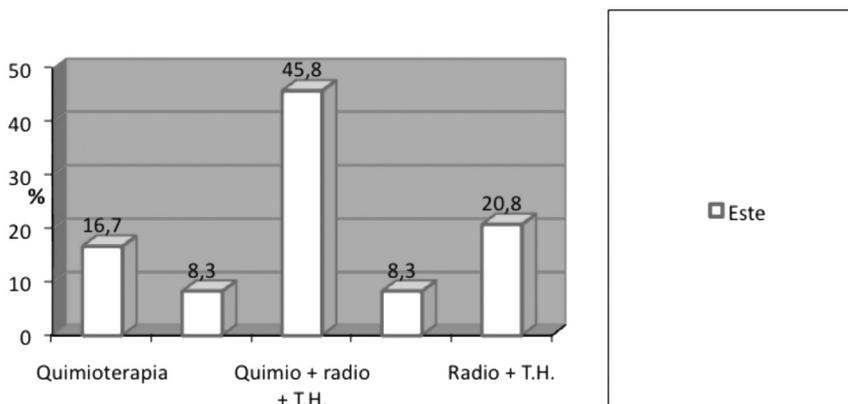


Gráfico 4: Tratamiento.

En los cuestionarios *QLQ C-30* y *BR-23* las dimensiones más alteradas son, el estado global de salud, el funcionamiento emocional, la fatiga, el dolor, el insomnio, el placer sexual, la perspectiva de futuro y los síntomas de brazo.

En la Tabla 2, destacamos el estado de salud global, donde la media obtenida de todas las participantes ha sido de **63,88** puntos, y el funcionamiento emocional con una puntuación de **66,66**, quedando estas dos dimensiones alejadas de la mejor puntuación que se consideraría 100 puntos. El resto de dimensiones aparecen representadas en la misma tabla.

Tabla 2: Estado de salud global y escala funcional QLQ-C30

Dimensiones C30 puntuación de 0 a 100 obteniendo la mejor CV en 100 puntos (N=24)				
	Valor mín.	Valor máx.	Media	Desviación típica
QLQ-C30				
Estado de salud global				
<i>Estado global de salud (QL)</i>	16,67	100	63,88	20,94
Escala funcional				
Funcionamiento físico (PF)	60	100	88,33	10,44
Roles (RF)	50	100	90,97	14,72
Funcionamiento emocional (EF)	0	100	66,66	26,80
Funcionamiento cognitivo (CF)	33,33	100	80,55	20,65
Funcionamiento social (SF)	33,33	100	88,19	19,95

En la escala de síntomas del QLQ-C30 (Tabla 3) comprobamos que el insomnio es la dimensión que mayor puntuación obtiene (**43,05**) alejándose de la “mejor CV” que se alcanzaría con una puntuación de 0, también destacan la fatiga, el estreñimiento y el dolor.

En la escala funcional del QLQ-BR23 (ver Tabla 4) con puntuaciones muy similares destacan el placer sexual (**48,61** puntos) y las perspectivas de futuro (**45,83**), como las dimensiones más alteradas ya que la “mejor CV” se alcanzaría con 100 puntos. El resto de dimensiones aparecen representadas en la misma tabla.

Tabla 3: Escala de síntomas QLQ-C30

Dimensiones C30 puntuación de 0 a 100 obteniendo la mejor CV en 0 puntos (N=24)				
	Valor mín.	Valor máx.	Media	Desviación típica
QLQ-C30				
Escala de síntomas				
Fatiga (FA)	0	66,67	28,70	20,95
Náuseas y vómitos (NV)	0	33,33	3,47	8,48
Dolor (PA)	0	66,67	21,52	22,77
Disnea (DY)	0	100	12,49	23,69
Insomnio (SL)	0	100	43,05	38,67
Pérdida de apetito (AP)	0	66,67	4,16	14,94
Estreñimiento (CO)	0	100	27,77	32,10
Diarrea (DI)	0	100	9,72	25,02
Dificultades económicas (FI)	0	66,67	9,72	20,80

Tabla 4: Escala funcional QLQ-BR23

Dimensiones BR23 puntuación de 0 a 100 obteniendo la mejor CV en 100 puntos (N=24)				
	Valor mín.	Valor máx.	Media	Desviación típica
QLQ-BR23				
Escala funcional				
Imagen corporal (BRBI)	0	100	75,34	29,63
Funcionamiento sexual (BRSEF)	0	100	69,44	28,93
Placer sexual (BRSEE)	0	100	48,61	38,04
Perspectivas de futuro (BRFU)	0	100	45,83	32,32

En la escala de síntomas del QLQ-BR23 (Tabla 5) destacan en primer lugar los síntomas del brazo (dolor, hinchazón y/o dificultad para levantarlo o moverlo a los lados) con una puntuación de 27,77, alcanzando la mejor CV con una puntuación de 0.

Tabla 5: Escala de síntomas QLQ-BR23

Dimensiones BR23 puntuación de 0 a 100 obteniendo la mejor CV en 0 puntos (N=24)				
	Valor mín.	Valor máx.	Media	Desviación típica
QLQ-BR23				
Escala de síntomas				
Efectos secundarios de la terapia sintética (BRST)	0	57,14	17,92	14,02
Síntomas de la mama (BRBS)	0	58,33	19,79	19,63
Síntomas del brazo (BRAS)	0	100	27,77	28,37

Discusión

La meta del presente estudio es determinar en qué medida se encuentra alterada la CV y analizar qué dimensiones están más afectadas. Su importancia radica en que mejorar la vida de estas mujeres constituye un campo de actuación independiente para la disciplina enfermera, a pesar de que todavía es escasa la investigación relativa a este problema.

Delgado-Sanz *et al.*¹⁷ realizaron una revisión sistemática sobre la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud de las pacientes con cáncer de mama, llegando a la conclusión de que es un campo poco desarrollado en España.

Los estudios recientes que evalúan la CV obtienen resultados similares a los obtenidos en el presente trabajo respecto a que están alteradas las mismas dimensiones. Por ejemplo el estudio de Montazeri A. *et al.*¹⁸, llega a la conclusión de que las dimensiones afectadas son, la fatiga, el dolor, los trastornos del sueño y los síntomas en el brazo. Los autores ponen de manifiesto que estos problemas deberían ser gestionados mediante programas específicos de intervención. También señalan una alteración de la imagen corporal y una disminución del funcionamiento sexual y el placer sexual, dimensiones que deben ser consideradas en las supervivientes a largo plazo, para mejorar su CV y su salud en general.

En el trabajo realizado por Han J. *et al.*¹⁹ se compara la calidad de vida y la satisfacción del postoperatorio de las mujeres con cáncer de mama teniendo en cuenta las intervenciones a las que se hayan sometido, cirugía conservadora de la mama, mastectomía, o cirugía reconstructiva. Concluyeron que las pa-

cientes con cirugía conservadora tienen una mejor CV y mayor tasa de satisfacción con su postoperatorio en comparación con pacientes sometidas a mastectomía o cirugía reconstructiva.

El estudio realizado por Domínguez Gil *et al.*²⁰ aporta información sobre la CV de las pacientes intervenidas de cáncer de mama una vez superado el tratamiento primario. En cuanto a las dimensiones de la CV, observaron que las más perjudicadas fueron el rol emocional y la vitalidad. Ello está en consonancia con otros estudios que sugieren que, a pesar del tiempo transcurrido, las pacientes aún se encuentran marcadas por la experiencia vivida, y perciben dificultades para adaptarse a su nueva realidad. Uno de los síntomas más persistentes descrito por la bibliografía es el cansancio, que sigue presente mucho tiempo después de finalizar el tratamiento.

La gran mayoría de estudios se centran en los cambios que se producen en los primeros meses después del diagnóstico, prediciendo cambios negativos en la CV: Otros trabajos establecen comparaciones entre las diferentes dimensiones, pero ninguno se centra en la evaluación de la CV en mujeres supervivientes al cáncer de mama de cuatro o más años, como es nuestro caso.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio muestran que las pacientes con cáncer de mama a pesar de haber transcurrido cuatro o más años desde el diagnóstico, hoy día siguen reflejando problemas en todas las dimensiones valoradas en el cuestionario sobre calidad de vida QLQ-C30 y BR23. Los resultados obtenidos en la presente investigación son similares a los estudios anteriormente mencionados, las dimensiones más alteradas, son, el estado global de salud, el funcionamiento emocional, la fatiga, el dolor, el insomnio, el placer sexual, la perspectiva de futuro y los síntomas de brazo.

Una de las cuestiones que surgen tras la realización del trabajo es si sería oportuno y necesario formar enfermeras especializadas en cuidados específicos destinados a apoyar emocionalmente y educar a la mujer con cáncer de mama²¹, teniendo en cuenta que es la patología oncológica más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando especialmente en los países en desarrollo. No podemos olvidar que en la edad en la que se diagnostica a una mujer con cáncer de mama es un periodo en el que la mayoría de las participantes están activas, trabajan y son madres con hijos a su cargo.

Por este motivo sería necesario desarrollar un plan de cuidados estandarizado a partir de los posibles diagnósticos enfermeros que pueden mejorar la CV de las mujeres con cáncer de mama.

La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia, sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este tipo de cáncer.

Propuesta de futuras investigaciones

Proponemos para futuras investigaciones, identificar los diagnósticos enfermeros que pueden estar asociados a las mujeres diagnosticadas y tratadas de un cáncer de mama.

Como punto de partida proponemos los siguientes:²²

Dominio 1. Promoción de la salud

- Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)
- Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)

Dominio 4. Actividad/reposo

- Insomnio (00095)
- Trastorno del patrón del sueño (00198)
- Disposición para mejorar el sueño (00165)
- Fatiga (00093)

Dominio 6. Autopercepción

- Trastorno de la imagen corporal (00118)
- Baja autoestima crónica (00119)

Dominio 7. Rol/relaciones

- Interrupción de los procesos familiares (00060)
- Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)

Dominio 8. Sexualidad

- Disfunción sexual (00059)
- Patrón sexual ineficaz (00065)

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Afrontamiento defensivo (00071)
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)
- Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)
- Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00211)
- Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)
- Temor (00148)
- Ansiedad (00146)

Dominio 12. Confort

- Dolor crónico (00133)
- Disconfort (00214)

Bibliografía

1. Calvo Gil, María Julia; Narváez Pinochet, Priscila Andrea. Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2008; 17(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n1/6635.php>. [Consultado el 28 de septiembre de 2013].
2. Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web] España, [acceso 24 de febrero de 2014]. Cáncer por localización, cáncer de mama. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
3. Mariscal Crespo, María Isabel. Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. [Tesis doctoral], Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante; 2006. [Consultado el 21 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/13253>
4. Cabanes Domenech Anna, Pérez-Gómez Beatriz, Aragonés Nuria, Pollán Marina, López-Abente Gonzalo. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2009.
5. Viana Zulaica Cristina. Cáncer de mama [sede Web] *Guías Clínicas* 2007; 7 (36) [acceso 7 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/mama.asp>
6. Ocón Hernández Olga, Fernández Cabrera Mariana F, Pérez Vicente Sabina, Dávila Arias Cristina, Expósito Hernández José, Olea Serrano Nicolás. Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las provincias de Granada y Almería. *Rev. Esp. Salud Publica [revista en Internet]*. 2010 Diciembre [acceso el 29 de marzo de 2014]; 84(6): 705-715. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600003&lng=es
7. Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm. [revista en Internet]*. 2003 Diciembre [acceso el 25 de marzo de 2011]; 9(2): 09-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.
8. Vivar CG, McQueen A. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *J Adv Nurs*. 2005 Sep;51(5):520-8.
9. Burgos Gorjón María Ángeles, Idígoras Santos Antonio, Cruces Jiménez

- José Miguel, Gómez Morillas María, Gata Cala Carmen, Cabrerizo Cordero Rosario. Calidad de vida tras el cáncer de mama. España, ISSN: 1988-3439 - AÑO V – N. 12 – 2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/130d.php>
10. Carrera Martínez, Diego; Braña Marcos, Beatriz; Vegas Pardavila, Estefanía; De la Villa Santoveña, Mónica. Actitud positiva: estrategia para superar el cáncer de mama. Relato de una superviviente. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2011; 20(1-2). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n1-2/7468.php>. [Consultado el 28 de septiembre de 2013].
 11. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dossier I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD005634. DOI: 10.1002/14651858.CD005634.pub2. [Consultado el 28 de febrero de 2014].
 12. Vivar CG. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama. Un área olvidada en la investigación enfermera española. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2005; 50. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/r5197.php>. [Consultado el 28 de septiembre de 2013].
 13. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 365-376.
 14. Fayers PMAN, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
 15. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JJ, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a threecountry field study. J Clin Oncol 1996;14:2756e68.
 16. Cull A, Sprangers M, Bjordal K, Aaronson N, on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group. EORTC Quality of Life Study Group Translation Procedure. EORTC, Brussels, 1998.
 17. Delgado-Sanz MC, García-Mendizábal MJ, Pollán M, Forjaz MJ, López-

- Abente G, Aragonés N, Pérez-Gómez B. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2011 Jan 14;9:3.
18. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008 Nov 11;8:330.
 19. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Jul;282(1):75-82.
 20. Domínguez Gil, María Rosario; Acosta Mosquera, María Eugenia; Méndez Martín, Inmaculada; Maestre Ramos, Isabel; Pedrote Ramírez, Caridad; Frutos Cantó, Marcela. Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)* 2009; 18(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7038.php>. [Consultado el 28 de septiembre de 2013].
 21. Cereijo Carmen, Bazarra Ana, Acea Benigno, González Carmen, López Servando, Candía Berta. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama en cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clin*. 2005;15(2):106-10.
 22. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación*. Taxonomía 2009/2011. Diagnósticos de enfermería. 1ª ed. Elsevier; 2010.

8

Parto y cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España

María Moya Nicolás
y Paloma Moral de Calatrava

Introducción

El conocimiento de los procesos de atención al embarazo, así como los controles del embarazo son imprescindibles para desarrollar un embarazo y un parto con normalidad. Del mismo modo, la descripción de los procesos de embarazo supone un reconocimiento cultural y, por tanto, etnográfico. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer y valorar la experiencia y los sentimientos producidos de las madres embarazadas durante el proceso del parto. Del mismo modo queremos saber el proceso de cuidado y de lactancia dado al recién nacido desde un punto de vista cultural. Por último nos gustaría recoger la diferencia de trato entre los servicios de salud de su país de origen y España durante el proceso de parto.

Mediante nuestro proyecto de investigación se intentará llevar a cabo la validación de nuestro cuestionario que recoge las distintas variables que son, desde nuestra óptica, imprescindibles para facilitar a los profesionales el conocimiento de las pautas propias de la cultura de las mujeres inmigrantes. Igualmente con este proyecto se busca el desarrollo y la interiorización de los cuidados culturalmente competentes. Leininger marca el inicio del estudio de los cuidados culturales o cuidados culturalmente competentes. Partiendo

de esta base, no es de extrañar que en nuestro trabajo se parta de la teoría del cuidado transcultural. Por tanto, en este trabajo se analiza el cuidado desde un punto de vista basado en los cuidados competentes desde los enunciados presupuesto de M. Leininger.

Actualmente, relacionados estrechamente a los estudios de la cultura, apreciamos cómo las determinaciones contextuales adquieren una relevancia primordial en la producción cultural. De este modo surge la relación entre rigor y flexibilidad de donde surgen las posibilidades de asumir la renovada cultura moderna. El uso de los cuidados y su conocimiento forma parte de un fenómeno de la realidad que es principalmente humano. Por lo tanto, cuidar forma parte de nuestra cotidianidad, dando lugar a una práctica que es aceptada y valorada a nivel universal¹. El mundo de los cuidados, compuesto en su mayoría por mujeres, ha evolucionado a la par de las épocas en las que se llevaban a cabo dichos actos. De este modo, el arte de cuidar se encuentra en la historia de la humanidad desde tiempos ancestrales². Sin embargo, en la actualidad cuidar, es una ciencia y un arte, una ciencia social y humana que requiere tiempo, preparación, dedicación y presupone un conocimiento teórico y práctico. Luego no significa imponer un camino ni un itinerario, sino brindar compañía, manteniendo respeto y libertad para que el paciente tome sus propias decisiones y escoger³.

Los conceptos de cultura y cuidados se encuentran íntimamente relacionados pues: “cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza la humanidad”⁴. Como podemos pensar la práctica del cuidado es un fenómeno universal, sin embargo, las expresiones que caracterizan estos cuidados, los procesos y los modelos de cuidados varían de una cultura a otra⁵. Los cuidados culturales se encuentran destinados a aquellas personas con culturas diferentes. Dichas personas, presentan unas necesidades que deben ser resueltas, llegando así a la satisfacción⁶. De esta forma, los cuidados culturales son necesarios para satisfacer las necesidades de los grupos poblacionales, superando las barreras culturales y sociales, considerando el contexto en el que el paciente vive y se desarrolla⁷.

En la actualidad, el número de inmigrantes internacionales alcanza la friolera de 191 millones, representando cerca del 6% de la población mundial. Europa, por su parte, recoge al 35% del total de inmigrantes (ONU, 2006). Según la Eurostat (Servicio Estadístico de la Unión Europea), España acogió

el año pasado el doble de inmigrantes que Alemania, Reino Unido y Francia juntos. Podemos afirmar, por tanto, que dentro de la Unión Europea, España es en la actualidad uno de los países que ha logrado una madurez migratoria al convertirse en país de inmigración⁸.

Sin embargo, entre el amplio número de inmigrantes que llega a España, las mujeres forman parte de uno de los grupos más numerosos. Como bien hace referencia Pedreño & Torres⁹: “La feminización de los flujos migratorios se trata de una feminización de la subsistencia donde la mujer ha encontrado en la emigración transnacional una forma de asegurar la supervivencia” (2008: 156-160). Por tanto, al igual que el cuidado presenta sus connotaciones específicas según la persona y la cultura que esta posea, cuando tratamos el embarazo y el parto sucede ídem de lo mismo. Las vivencias y experiencias culturales influyen en el modo de ver el parto así como las etapas posteriores. La atención al embarazo se encuentra influenciada por los aspectos culturales que rigen nuestra vida. Si analizamos como ha sido entendido el embarazo históricamente nos encontramos que se ha entendido desde dos puntos de vista. Por un lado, el embarazo ha representado la reproducción para perpetuar la especie. Visto desde otro punto de vista encontramos como el embarazo ha representado la maternidad; un sentido de vida para las mujeres en las distintas sociedades¹⁰. Por tanto, la diversidad social y cultural da lugar a los distintos comportamientos y expectativas del extranjero^{4 y 11}. Esta situación crea en las mujeres un doble miedo, una doble confrontación. Por un lado, las mujeres se encuentran con lo que ellas imaginaban: la calidad de los servicios sanitarios. Por otro lado, En consecuencia la mujer no asimila de forma completa los valores que la nueva sociedad le impone, adoptando una conducta conciliadora, modificando algunos de sus comportamientos y manteniendo otros de su país de origen¹².

Los profesionales sanitarios nos encontramos ante situaciones que marcan de forma decisiva a las mujeres atendidas. En muchas ocasiones, la atención sanitaria se ve comprometida por distintas barreras como la lingüística o la cultural, ya que el embarazo no conlleva los mismos valores, sentimientos o creencias en todas las mujeres¹³.

En consecuencia nuestro objetivo principal es conocer cuáles son las prácticas culturales, así como las diferencias en la atención al parto de las mujeres inmigrantes latinoamericanas. Del mismo modo, surgen como objetivos

específicos: analizar el significado del dolor dentro de las culturas de estas mujeres; profundizar en su deseo de ser madres; estudiar la relación entre madre e hijo y comparar la calidad y las diferencias en la atención al parto. De esta forma, se facilitará conocer cuáles son los aspectos culturales que rigen a las inmigrantes en el momento del embarazo y el parto. En base a esta investigación los enfermeros tendrán constancia de cuáles son las necesidades de las mujeres inmigrantes.

Metodología

La investigación que llevaremos a cabo se desarrollará con metodología cualitativa que incluirá dos niveles de análisis basados en los objetivos marcados. Por un lado encontraremos un nivel más descriptivo que englobaría los datos recogidos a través de entrevistas personales con las mujeres que han dado a luz en su país de origen y en España. Este tipo de recogida de información es la denominada como etnografía, siendo la Etnografía Procesal la más adecuada para ello. En segundo lugar nos encontramos con un nivel analítico y teórico en el que mediante elementos teóricos y, con los referentes etnográficos, se identificarían las vivencias de estas mujeres. Del mismo modo, se reconocerán cuáles son las formas de cuidados más adecuadas para el colectivo inmigrante, basándonos en la teoría de los cuidados transculturales creada por Madeleine Leininger.

Características de la población

Desde la perspectiva enfermera los trabajos desarrollados hacia este campo son escasos. En la mayoría de las ocasiones la inmigrante es conocida como cualquier individuo o grupo cuya cultura es distinta a la occidental¹⁴. Sin embargo, la producción de estos trabajos excluye las doctrinas culturales, analizando de forma global al colectivo a estudiar.

A causa de la creciente feminización inmigrante así como las edades con las que suelen llegar a nuestro país, nos es imposible obviar que la gran parte de las inmigrantes llegan en edad de quedar embarazadas. El trabajo que se desarrollará posteriormente se centrará en el estudio de las dimensiones del estudio, las cuales se dividen en: dolor, deseo, igualdad de trato y lactancia y cuidado del recién nacido. Como era de esperar esta creciente feminización ha dado lugar a un aumento del número de nacimientos de madres extranjeras.

Este incremento ha producido cambios en aspectos sociodemográficos y en las demandas sanitarias y sobre todo en las reproductivas.

Los futuros sujetos de estudio serán las mujeres inmigrantes de América del Sur que hayan desarrollado un embarazo en su país de origen y en España. Ahora bien, para la futura elección de las participantes se consideraran los siguientes criterios de inclusión:

- **Género y embarazo:** todas deben ser mujeres que hayan estado embarazadas. Tendrá prioridad aquellas mujeres que hayan dado a luz en su país de origen y en España.
- **Nacionalidad:** con el fin de reducir el marco de elección únicamente podrán pasar a formar parte de nuestra investigación las mujeres provenientes de países de América del Sur.
- **Legalidad:** Con el fin de completar el estudio pondremos como criterio de inclusión que las inmigrantes sean legales pues, si no lo fueran, sería dificultoso conocer los reconocimientos y los controles previos al parto.

Puesto que la mayoría de las informantes que se pretenden entrevistar serán de Latinoamérica, es imposible negar que nos encontraremos ante una amplia diferencia cultural, pues este continente recoge a uno de los grandes grupos de culturales. Los criterios de inclusión del análisis de las vivencias durante el parto aportarán una riqueza a los escasos estudios que hemos encontrado y facilitaran la recogida de datos para su posterior análisis.

Instrumentos y dimensiones del objeto de estudio

La técnica principal de la investigación será la entrevista semiestructurada cuyo su propósito, la cual como bien indica King¹⁵, es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos” (2002:6). Las entrevistas semiestructuradas presentan una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Presentan apertura en cuanto al cambio de preguntas aunque siempre sin variar el eje central de nuestro tema, pues el tema a investigar debe tenerse siempre presente. Por tanto, la entrevista en cualitativa requiere para su realización póstuma la preparación de una guía, así como de una actitud reflexiva. Retomando a King “la preparación de antemano es esencial para la interacción y

el resultado de una entrevista” (2002:126). La elección de esta técnica se justifica en la capacidad para el análisis de forma controlada¹⁶.

Las dimensiones del objeto de estudio se corresponden con las creadas en nuestra guía-cuestionario que será abierto. Por tanto en ésta encontraremos cuatro grandes bloques. En primer lugar, nos encontramos con aquellos datos generales de la mujer: edad, país de origen, años de residencia en España, estado civil, número de hijos y los años de éstos, por último, recogeríamos la información relacionada con sus redes sociales, entre otros. Dentro de este mismo bloque encontraríamos un subapartado que recogería la información general del parto. Así, se preguntaría a cerca del número de abortos (tanto si fueron espontáneos como si no), si presentan enfermedades, el tipo de parto y si estuvieron acompañadas, dónde se desarrolló el parto y dónde tuvo lugar y los controles sanitarios durante el embarazo. Como consecuencia de la creación de un proyecto que incluye una amplia riqueza de información frente a otros estudios más “clásicos”, surge la emergencia de nuevas dimensiones a lo largo de la recogida y el análisis de los discursos de los entrevistados.

Posteriormente y tras recoger la información general de nuestras informantes encontramos la información concerniente a nuestro objeto de estudio propiamente dicho. En el interior de este apartado emergen distintas dimensiones que deben ser tratados en nuestra entrevista, como son: el dolor, el deseo de ser madre, los cuidados al recién nacido y la lactancia y la calidad y las diferencias en la atención al parto.

La guía de la entrevista marca los temas que deberán desarrollarse^{17 y 18}. Al ser un tipo de entrevista semiestructurada podrán pasar a formar parte otros temas relacionados con el original, siempre y cuando las preguntas sean relevantes tanto en la dimensión temática (la pregunta tiene relevancia en relación con el tema de la investigación) como en la dimensión dinámica (hace referencia a la relación interpersonal durante la entrevista).

Procedimiento para la recopilación de datos

En base a la propuesta marcada por Zamora, Cámara & Parant¹⁹, para llevar a cabo la recopilación de datos el procedimiento presentará tres fases: fase preparatoria, fase de desarrollo o de trabajo de campo y la fase analítica.

Durante la primera fase se hará una recopilación de toda la investigación anterior a la nuestra. Es decir, se realiza una revisión bibliográfica hasta el momento. Esta información constituirá nuestro marco teórico, dando lugar a la formulación de objetivos. Como podemos valorar en nuestro proyecto esta primera fase ha sido completada. Posteriormente se procederá a la construcción del guion de la entrevista.

Como hemos visto nuestro guion está compuesto por una batería de preguntas, las cuáles por razones de orden temporal han sido imposibles de validez. Sin embargo, para su utilización y aplicación futura es imprescindible. Se realizará una prueba piloto en condiciones semejantes a la fase de recogida de información o de trabajo de campo (constará de una entrevista, con grabación sonora de la conversación en un ambiente de privacidad). Por último, si tras la valoración de la prueba piloto hubiera que modificar el guion inicial, será en esta fase en la que tendrá lugar.

La fase de desarrollo, como su nombre indica, se realizará mediante entrevistas individuales semiestructuradas con carácter presencial y en la más absoluta privacidad. Las preguntas que se desarrollarán serán las extraídas de nuestro cuestionario. Previamente, se debe contextualizar a las personas entrevistadas. Conviene describir la situación, explicar con brevedad el propósito del estudio y de la entrevista, aclarar el uso de grabadoras y de la posibilidad de llevar a cabo preguntas. Para ello, haremos uso de una hoja informativa (*Anexo II*).

Aunque la metodología cualitativa prescinde, en buena parte, del uso de los métodos estadísticos, es importante tener en cuenta el número de informantes. Para la generalización de las afirmaciones de este tipo de estudios se utiliza una muestra amplia de informantes. Uno de los problemas que pueden aparecer a la hora de valorar los resultados de un estudio cualitativo es precisamente que no es posible utilizar la cantidad de muestra que suele tener un estudio cuantitativo. Sin embargo, es preciso tener el mayor número de muestra posible para poder generalizar los resultados. Así pues, este estudio precisaría de una muestra de cincuenta (50) informantes. Las limitaciones del mismo vendrían determinadas por aspectos relacionados con el fenómeno migratorio en sí mismo: es de sobra conocido (y hasta cierto punto lógico) que los inmigrantes suelen elegir un destino en función del número de compatriotas que podrán encontrar en una determinada zona. Murcia, por ejemplo,

es considerada como la tercera ciudad de Ecuador en número de habitantes. Este hecho marcará culturalmente el estudio, pero no renuncia a obtener datos relacionados con mujeres de otras culturas.

Finalmente, en la fase analítica, se realizará una transcripción literal en formato digital con copia exacta de las palabras de las entrevistadas para su posterior análisis categorizado.

Consentimiento informado

La información recogida administrada por nuestras informantes es de distribución restringida, pudiendo acceder a las entrevistas el investigador principal y sus colaboradores. Dado que el proceso de obtención de datos será amplio y complejo, el investigador principal serán los responsables de la información recogida y serán los encargados de la custodia de los datos. Por tanto toda la documentación que se obtendrá permanecerá debidamente custodiada de acuerdo con los criterios del investigador principal. Así dicha información original se almacenará como mínimo diez años a partir de la primera publicación. Del mismo modo, debe quedar establecida la norma de que cada pregunta de investigación adicional a la batería de preguntas y que esté en relación directa con las entrevistadas quedará de igual manera bajo la confidencialidad del autor.

Por estas razones y con el fin de mantener la confidencialidad de las informantes, es obligatorio la creación de un consentimiento informado (*Anexo I*). Dicho consentimiento será distribuido a las participantes de la investigación previamente a su entrevista.

Posibles resultados

Según las investigaciones desarrolladas por Pérez Ramírez²⁰, en las que se recoge las diferencias obstétricas en el proceso de parto, vemos que la edad en la que quedan embarazadas las mujeres inmigrantes es menor que las españolas. Este hecho remarcar la posibilidad de que estas mujeres queden embarazadas antes a causa del estilo de vida que hay en sus países de origen. Del mismo modo basándonos en las investigaciones llevadas a cabo por Martínez, Gil & Gómez²¹, el hecho de tener un hijo junto con el proceso migratorio, supone para las madres un profundo cambio que repercute en su salud y en su estado de vida. En esta línea encontramos que de acuerdo con el control

del embarazo otras investigaciones en donde no se encuentran variables significativas entre los grupos de embarazadas inmigrantes y las embarazadas de nacionalidad española²².

En este caso la explicación se encuentra en que las mujeres que emigran son, en su mayoría, sanas. Sin embargo, cabe subrayar que las mujeres inmigrantes comienzan los controles de embarazo más tarde que las nacionales, por tanto llevan un peor seguimiento que las embarazadas españolas. En contadas ocasiones el inicio tardío de los controles prenatales da lugar a la realización de un número insuficiente de controles y en algunos casos a la incapacidad de inserción en las clases de educación maternal²⁰. La causa que guía estos actos reside según Torres, Carrasquilla, Gadea & Meier²³ en el desconocimiento del sistema sanitario, así como de su derecho a las prestaciones asistenciales del país receptor. En este sentido se considera que un amplio número de mujeres inmigrantes que se encuentran embarazadas, debido al contexto en el que han vivido durante gran parte de su vida, no presentan un enfoque preventivo de la enfermedad. Así se sienten sanas y por tanto no ven necesario llevar a cabo acciones de atención prenatal²⁴. Del mismo modo habría que destacar las barreras lingüísticas, las situaciones de aislamiento, el temor a la irregularidad administrativa o la escasa autonomía de las mujeres. Atendiendo a las dimensiones de nuestro estudio encontramos que en la relacionada con el dolor, esta percepción se encuentra constituida como un hecho cultural.

Según los estudios llevados a cabo por Luque & Olivier²⁵, recogen que en algunas culturas, las mujeres no expresan el dolor que sienten verbalmente sino que prefieren mantenerse en silencio. Por esta razón en el momento que realicemos nuestro estudio debemos resaltar en la entrevista la importancia de los silencios durante el parto. En las observaciones desarrolladas por Luque & Oliver²⁵, las mujeres Latinoamericanas eran menos estoicas que las mujeres de otra procedencia como puede ser Europa del Este o África. Por tanto basándonos en el estudio anteriormente mencionado su expresión será una representación cultural. En relación con el dolor aparece la utilización de la epidural. En estudios desarrollados por otros investigadores²⁵, el conocimiento de la epidural se encuentra demandado por mujeres de Europa del Este y por Latinoamericanas, ambas piden al personal sanitario el uso de analgesia antes de comenzar el parto. En base a estas investigaciones debemos tener en

cuenta que las mujeres de nuestra muestra serán conscientes del parto medicalizado. En consecuencia podemos afirmar que un amplio número de mujeres utilizaran la epidural, por el contrario no tenemos conocimiento alguno sobre su opinión al respecto y qué relación existe entre esta práctica y la natural que ofrece su cultura.

El concepto de maternidad coincide con el de otros autores, en donde la maternidad es entendida como un acontecimiento en la vida de las mujeres para el que deben estar preparadas²⁶. El deseo de quedar embarazada es una de nuestras dimensiones que queda recogida en nuestro cuestionario. Sin embargo, tras la revisión de estudios anteriores, podemos valorar la inexistencia de investigaciones que muestren la necesidad y el deseo de la mujer para quedar embarazada. De esta forma es difícil sino imposible conocer cuáles serán los posibles resultados futuros si no nos amparamos en la bibliografía consultada. Del mismo modo podemos crearnos una idea en relación a la relación que existe entre el amplio número de mujeres que emigran y las que una vez que están aquí quedan embarazadas. En base a esta afirmación podemos discurrir como la mujer emigrante es una persona que decide abandonar su país con el fin de encontrar igualdad de trato y libertad de actos. Así esperamos que al desarrollar nuestra entrevista veamos como muchas de las mujeres crean estar convencidas de que el embarazo era lo mejor que les podía haber pasado, mientras que las mujeres que hayan vivido en un ambiente menos liberal sea una imposición o una obligación como esposa.

En relación con la lactancia y los cuidados al recién nacido encontramos en investigaciones realizadas anteriormente, que existe una amplia variabilidad en la interacción con el recién nacido. Cuando se produce el nacimiento del bebé las madres desarrollan distintas actitudes de alegría y de cariño. Sin embargo no todas actúan de igual manera, existen mujeres que aunque su embarazo sea deseado no muestran sus sentimientos hacia el recién nacido. Son mujeres cuyo comportamiento no es visto como “normal” por los profesionales que las atienden.

No obstante basándonos en los aspectos culturales debemos tener presente que su actitud es culturalmente normal debido a que en sus países de origen las tasas de natalidad y de mortalidad son excesivamente altas por lo que la vinculación con el recién nacido se produce de forma tardía. En definitiva las investigaciones que se han desarrollado sobre los cuidados al recién nacido

han sido escasas en lo que a nuestro tema se refiere. En consecuencia, nuestro estudio viene a aclarar las demandas del recién nacido y la actitud de la madre ante éstas. No debe sorprendernos que en algunas ocasiones la actitud de la madre hacia su hijo no sea como acostumbramos. La lactancia suele ser uno de los factores que causa más dificultades en el cuidado del recién nacido.

Muchas mujeres inmigrantes encuentran la lactancia como un aspecto desconocido por completo. Por lo tanto no existe una descripción que se base en los aspectos culturales de la lactancia. Por el contrario, la lactancia es considerada como una característica más del proceso de la maternidad que debe ser aprendida. De hecho según las investigaciones llevadas a cabo por Pérez Ramírez²⁰ en los hospitales existen mujeres que pertenecen a un grupo de apoyo, éstas son las encargadas de pasar por la habitación de las púerperas para dar consejos y enseñar a las madres primerizas.

Por último en cuanto a nuestra última dimensión, calidad y deferencias en la atención al parto, los resultados que esperamos amparándonos en las investigaciones anteriores denotan que las mujeres inmigrantes embarazadas presentan un mayor grado de sensibilidad interpersonal. En otras palabras, estas mujeres tienen un sentimiento elevado de inadecuación e inferioridad personal en comparación con las embarazadas nacionales. Las causas que justifican este sentimiento son, entre otras, los problemas de adaptación con la nueva cultura y con el nuevo idioma. Del mismo modo en la atención al parto en nuestro país se caracteriza por una alta medicalización. Como bien es sabido, en otros países se opta por prácticas más liberales que permiten a la mujer parir de la forma que sea más cómoda para ella. Unido a este hecho encontramos que gran parte del colectivo sanitario no asimila ni acepta otras prácticas u otros cuidados durante el parto. Si bien es cierto, no hemos encontrado artículos que hagan referencia a la percepción del parto y a la atención al parto. Tras la búsqueda en distintas bases bibliográficas el único artículo que ha servido para esclarecer en parte nuestro objetivo ha sido el desarrollado por Luque & Oliver²⁵ procedente de la revista *Index de Enfermería*.

Conclusiones

La cultura es una forma de vida, una expresión que viene dada desde nuestros orígenes. Es una parte de nosotros que se encuentra intrínsecamente unida a nuestro ser y que está marcada por distintas influencias, como son: la

religión o los estilos de vida. De esta forma, a través de este trabajo de investigación podemos valorar y comprender que la cultura no es única, sino que es un elemento complejo y variable.

Del mismo modo, vemos como la enfermería se encuentra anclada a la cultura desde tiempos inmemorables. Pese a esta realidad, en la actualidad nos encontramos con distintos profesionales sanitarios que no siempre alcanzan a entender que cada población presenta una cultura propia. Por ende son necesarios unos cuidados específicos para cada grupo poblacional.

En relación con las mujeres inmigrantes nos hemos encontrado un aumento de los fenómenos migratorios femeninos, que modifican notablemente las necesidades sanitarias de estas mujeres. Durante el periodo de gestación las mujeres tienen un inadecuado seguimiento del embarazo. Según las investigaciones consultadas, en el momento del parto las mujeres sienten un trato desigual en comparación con el recibido hacia las españolas. Igualmente, la lactancia es una de las principales complicaciones que encuentran las madres a causa de la escasez de conocimientos.

La atención por parte del equipo de atención sanitaria es fundamental para las mujeres inmigrantes. En consecuencia, se pretende adaptar la atención sanitaria a las necesidades de las gestantes. Acercar los programas de educación de salud sexual adaptándolos a su espacio, a sus necesidades y sobre todo a sus rasgos culturales, a sus pautas y a sus complejos culturales.

La formación de los profesionales sanitarios en competencia de multiculturalidad servirá a los equipos de salud para conocer y respetar la diversidad cultural, las creencias y los valores que hacen cada cultura única. Es por tanto necesario comprender los factores que forman e interfieren en las experiencias desarrolladas por las mujeres inmigrantes, como mujeres y como madres. De esta forma podremos incluir los cuidados transculturales como formación básica, dando importancia al colectivo de inmigrantes y a sus necesidades.

Referencias bibliográficas

Fuentes consultadas

1. CONSEJERÍA DE POLÍTICA SOCIAL, MUJER E INMIGRACIÓN (2005). *Plan para la Integración Social de las Personas Inmigrantes de la Región de Murcia 2006/2009*. Recuperado el 30 de Mayo de 2012 de www.carm.es/psocial/planinmigrantes.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2005). Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005. Datos provisionales. Nota de Prensa de 27 de abril.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2009). *Exploración estadística del Padrón a 1 de Enero de 2009*. Población Extranjera en España. Recuperado el 25 de Mayo de 2012 de <http://www.ine.es/taxi/tabla.Doo?Path=t20/e245/p04/provi/oi/&file=00000011.PX&TYPE=praxis&L=0>
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LAS NACIONES UNIDAS. (2006). *Informe sobre la Población Mundial. Oficina de alto Comisionado para los Derechos Humanos*. Recuperado el 10 de abril de 2012 de http://www.unhcr.ch/spanish/hchr_un_sp.htm
5. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (2002). International Migration. *Department Economic and Social Affairs*. Recuperado el 5 de abril de 2012, de <http://www.un.org/esa/population/publications/ittmig2002/Migration2002.pdf>

Bibliografía secundaria consultada

1. RODRÍGUEZ M. Los valores culturales y el fenómeno de las migraciones internacionales. *Athenea Digital*. 2009 (15): 217-28.
2. VILAR MJ, VILAR J B. Migraciones e interculturalidad: niños menores y adultos inmigrantes en España y Región de Murcia. *An. Hist. Contemp*. 2005, 12 (21): 13-22.
3. CALVO-GIL MJ, AYALA R, HOLMQVIST M, MOLINA C. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta Bioeth*. 2011, 17 (1), 133-141.
4. RODRÍGUEZ NE, MARTÍNEZ C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enferm global*. 2011, 23.
5. RODRÍGUEZ M. El fenómeno de las migraciones internacionales: una

- perspectiva de estudio desde la psicología social y los valores culturales. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.
6. SILES J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enferm Clín*, 1997, 7 (4): 188-94.
 7. SPECTOR RE. Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cul Cuid*. 1999, 6, 66-79.
 8. FULLAONDO A. La Inmigración en España: una aproximación metropolitana Comparada. *ACE*. 2007, 5 (4): 497-518.
 9. PEDREÑO A, TORRES F. Flujos migratorios y cambio social en la región de Murcia. *Polít. Sdad*. 2008, 45 (1): 147-66.
 10. SACOMORI C, CARDOSO FL. Prácticas sexuales de Gestantes Brasileñas. *Rev chil obstet ginecol*. 2008, 73 (5), 313-317.
 11. PORTES A. Migration and Development: A Conceptual Review of the Evidence. *Bellagio Study Conf Cent*. 2006, 10-3.
 12. BAYONA I CARRASCO J. La población de nacionalidad extranjera en España: evolución y características demográficas. *Entelequia*. 2008, 4 (8): 117-37.
 13. BERRY JW. Stress perspectives on acculturation. In SAM DL, BERRY JW, editors. *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. United Kingdom: Cambridge University Press; 2006. pp. 43-57.
 14. RETORNILLO A, RODRÍGUEZ H. Inmigración, estrategias de aculturación y valores laborales: un estudio exploratorio. *Rev Psicol Trab Org*. 2008, 24 (2): 187-202.
 15. KING R. Toward a new map of European migration. *Inter Journal Pop Geog*. 2002, 8 (8): 89-106.
 16. BADE KJ. Europa en Movimiento. Las migraciones desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días. 2003. Barcelona: Crítica.
 17. GARCÍA-NIETO A. Los inmigrantes en la Región de Murcia. Análisis de la información del Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI) recogida en la Región de Murcia durante 1998 y 1999. 2001. Murcia: Dirección General de Política de la CARM.
 18. JANSÁ JM, GARCÍA DE OLALLA S. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. . 2004, 18, (1): 207-13.
 19. ZAMORA LÓPEZ F, CÁMARA IZQUIERDO N, PARANT A. In Espagne, l'inversion migratoire n'empêche pas le vieillissement. In DUMONT,

- editor. Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Géographie, politique, prospective. Paris: Ellipses; 2006. p. 333-49.
20. PÉREZ F. Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato: diferencias obstétricas y sociodemográficas. Granada, Universidad de Granada. 2012.
 21. MARTÍNEZ R, GIL E, GÓMEZ JM. Distribución de la población extranjera en el municipio de Murcia. *Papel Geog.* 2007, 4 45-46: 115-38.
 22. SANTA CRUZ I, DE BOTTON L, GÓMEZ A, RAMIS M, SERRADELL O. Transnacionalidad y migración como factores de desarrollo: el proyecto I+D TRANSMIGRA. In J. GIRÓ, EDITOR, *La escuela del siglo XXI: la educación en un tiempo de cambio social acelerado*. Logroño: Universidad de Logroño. 2006, 85-86.
 29. TORRES F, CARRASQUILLA C, GADEA E, MEIER S. Los nuevos vecinos de la Mancomunidad del Sureste. Los inmigrantes y su inserción en Torre Pacheco, Fuente Álamo y La Unión (Murcia). 2007. Murcia: Universidad de Murcia.
 24. VANEGAS BC. La investigación Cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para la Enfermería. *Rev Colom Enferm.* 2010, 6, 128-42.
 25. LUQUE MA, OLIVER MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm.* 2005, 14, 48-49: 9-13.
 26. LARRAÍN J. (Crítica) Sobre 'Sociología de la Cultura: La Deconstrucción de lo Mapuche'. *Estud Púb.* 2007, 105: 113-20.

ANEXO 1:

Consentimiento informado

Título del Estudio: **Parto y Cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España.**

Yo.....

He leído la hoja de Información proporcionada por la autora.

He podido resolver mis dudas haciendo preguntas sobre el estudio.

He recibido la información sobre el estudio de forma clara y concisa.

He tenido contacto con el responsable del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

De este modo presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

ANEXO 2:

Hoja informativa

Buenos días,

El trabajo que vamos a realizar corresponde con el proyecto de investigación de la Tesis Doctoral realizada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Por ello solicito su conformidad para participar en el estudio: Parto y Cultura: una herramienta cualitativa para el estudio de las mujeres inmigrantes en España

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer y valorar la experiencia y los sentimientos producidos de las madres embarazadas durante el proceso del parto. Del mismo modo queremos saber el proceso de cuidado y de lactancia dado al recién nacido desde un punto de vista cultural. Por último nos gustaría recoger la diferencia de trato entre los servicios de salud de su país de origen y España durante el proceso de parto.

Se trata de un estudio que se desarrolla a través de entrevistas personales en dónde se recogerá información general de la embarazada (datos sociodemográficos, estado de salud y control de embarazo) y datos relacionados que recojan la información de los objetivos. Su participación es voluntaria y anónima. Igualmente, en cualquier momento es usted completamente libre para revocar su consentimiento, sin necesidad de dar explicaciones.

Toda la información recogida ya sea de carácter personal así como los datos obtenidos durante la entrevista será conservada y procesada por la autora de la Tesis en condiciones de seguridad. Los datos serán tratados de forma confidencial como se establece en la Ley 15/99 de 13 de Diciembre (Ley Orgánica de Protección de Datos).

Los resultados del estudio podrán ser utilizados y comunicados a las autoridades científicas y a la comunidad científica mediante comunicaciones y congresos. Los datos recogidos servirán para ampliar el conocimiento del papel de los profesionales durante la atención del parto además de las distintas prácticas culturales que forman parte de las expectativas y las necesidades de la embarazada.

Agradecemos su colaboración.

9

Relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio

M^a del Carmen Elena Elena
y Florentina Pina Roche

Introducción

El envejecimiento de la población afecta especialmente a las mujeres, cuya esperanza de vida es superior a la de los hombres en casi una década¹. El climaterio se caracteriza por un conjunto de cambios físicos, psicológicos y sociales² que influyen de forma importante en la calidad de vida, de tal manera que en la actualidad está considerado como un relevante problema de salud pública asociado con una peor calidad de vida³. Las mujeres climatéricas pueden ser consideradas una población de riesgo, a pesar de que la menopausia en sí misma no se considera una enfermedad⁴.

En las mujeres, hay una serie de alteraciones fisiológicas como resultado de la inactividad física y el envejecimiento, así como otros cambios que se producen en relación con la menopausia. Todas las mujeres de una cierta edad experimentan este evento, que marca el fin de la vida reproductiva. La menopausia se caracteriza por un desequilibrio hormonal, que se acompaña de síntomas físicos y psicológicos⁵.

El grado de dependencia funcional está relacionado con las condiciones socioeconómicas, la capacidad de auto-cuidado y la salud física y mental. Estos factores reflejan la calidad de vida de las personas de cierta edad y con-

tribuye a definir la percepción del individuo sobre su posición en la vida. Esta percepción se produce desde el contexto de la cultura del individuo y su sistema de valores y está relacionado con sus expectativas personales, preocupaciones y objetivos en la vida⁶.

Para reducir al mínimo la dependencia funcional en las mujeres durante el climaterio, la práctica de ejercicio físico es importante. El ejercicio físico contribuye a la mejora de la composición corporal, la reducción del dolor, un aumento en la densidad mineral ósea, el aumento de la capacidad aeróbica, fuerza y flexibilidad, aumento de la flexibilidad vascular, el alivio de la depresión, el aumento de la autoconfianza y la mejora de la autoestima⁷. La mejoría en algunos de estos factores contribuye al incremento en la calidad de vida.

Una buena aptitud física es esencial para el mantenimiento de la salud y el rendimiento durante la práctica de las actividades cotidianas. Esta variable, también conocida como condición física o forma física, está constituida por un conjunto de factores capaces de promover la salud y el bienestar físico de las personas, que incluyen: la composición corporal, resistencia aeróbica, fuerza dinámica, resistencia muscular localizada y la flexibilidad⁵.

La finalidad de este trabajo es estudiar la posible relación entre la realización de ejercicio físico regular y la calidad de vida en una población de mujeres de 45 a 64 años durante la etapa del climaterio que residen en la Región de Murcia.

Las **hipótesis** del estudio han sido las siguientes:

- El grupo de mujeres que realizan ejercicio físico regular tienen más calidad de vida.
- La edad de las mujeres que realizan ejercicio físico es menor.

El **objetivo general** del estudio es investigar la posible relación entre realización de ejercicio físico regular y una mejor calidad de vida en la población de mujeres climatéricas de 45 a 64 años de la Región de Murcia, teniendo como objetivos específicos los siguientes:

- Relacionar la realización de ejercicio físico con la edad.
- Analizar la relación del hábito tabáquico y la ingesta de alcohol con el ejercicio físico y la calidad de vida.
- Estudiar la asociación de la realización de ejercicio físico regular con síntomas psicológicos de depresión o ansiedad.

Metodología

Nuestra investigación se enmarca en el ámbito de la metodología de los estudios observacionales de carácter descriptivo transversal. La población de referencia está compuesta por las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia con edades comprendidas entre los 45 y 64 años, que hablen español, que sepan leer y escribir y que den su consentimiento para participar en este estudio.

La muestra ha sido seleccionada siguiendo criterios no probabilísticos de conveniencia. La dificultad de acceso a las bases de datos para realizar un muestreo aleatorio ha sido el motivo que nos ha llevado a realizar este tipo de muestreo, que nos garantiza el acceso al mayor número de unidades experimentales para poder cumplir con los requisitos de tamaño muestral. El tamaño muestral es de 168 sujetos. Sin embargo, tras la eliminación de los cuestionarios defectuosos, la muestra final la componen 136 mujeres.

Para la **recogida de datos** se ha utilizado un Cuestionario sobre calidad de vida en la etapa del climaterio que consta de dos partes:

- Datos sociodemográficos y clínicos: en esta parte se recoge la información sobre los datos personales, laborales y clínicos. La primera parte recoge los datos de edad, nacionalidad, residencia, estado civil, estudios, profesión y situación laboral. En el apartado de Antecedentes personales se recoge información sobre enfermedades crónicas, episodios de depresión o ansiedad, neoplasia, cirugía previa, hábito tabáquico, ingesta de alcohol y realización de ejercicio físico regular. En el apartado de Antecedentes ginecológicos se recoge información sobre edad de la menarquía, número de hijos, situación hormonal y sintomatología relacionada con el climaterio.
- La segunda parte está formada por la Escala Cervantes sobre calidad de vida relacionada con la salud. Esta escala consta de 31 ítems que indican sintomatología, medidos en una escala tipo Likert, con puntuaciones que oscilan entre 0 (nunca, no, en absoluto, etc.) y 5 (todos los días, constantemente, etc.).

Los 31 ítems están estructurados en 4 dimensiones de menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relación de pareja. La dimensión de menopausia y salud incluye las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento. Este instrumento, específico para

la mujer española entre 45 y 64 años durante la etapa del climaterio, es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y, en especial, su repercusión en el bienestar general⁸. La fiabilidad de la escala global es de 0,9092, según el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Esta fiabilidad ha sido calculada en una muestra española de 2274 mujeres entre 45 y 64 años.

Para recoger los datos, se han distribuido los cuestionarios entre los centros de salud de las nueve áreas de salud en que se divide la Región de Murcia. En cada centro de salud se ha contactado con la matrona de referencia. Tras informarle del objeto de la investigación y obtener su consentimiento a participar en la misma se le han depositado un número de cuestionarios correspondiente a la población de mujeres entre 45 y 64 años que se estima que visitan dicho centro. La matrona ha sido la persona que ha contactado directamente con la unidad experimental en las revisiones o visitas al centro.

En el contacto la matrona debía informar a las posibles participantes del objeto del estudio, aplicar los criterios de inclusión y exclusión, obtener el consentimiento informado, explicar la forma de rellenar el cuestionario y vigilar su adecuada cumplimentación. Posteriormente debía devolver dichos cuestionarios al equipo investigador. La recogida de datos se realizó entre marzo y junio de 2011.

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS, versión 19.

Para analizar la relación del ejercicio físico regular con la calidad de vida y la edad se ha utilizado la prueba t de Student para dos muestras independientes. El análisis de la asociación entre la realización de ejercicio y la prevalencia de depresión o ansiedad, así como el consumo del alcohol y tabaco se ha realizado mediante la prueba ji-cuadrado para tablas de contingencia. El nivel de significación estadística utilizado ha sido del 5%.

Resultados

Los hallazgos en relación con las hipótesis planteadas son los siguientes:

- El grupo de mujeres que realizan ejercicio físico regular tienen más calidad de vida.

Para contrastar esta hipótesis hemos aplicado la prueba t de Student para dos muestras independientes (Tabla 1).

Se ha realizado una prueba para la puntuación global en la Escala Cervantes y para cada una de las dimensiones relacionadas con la calidad de vida.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de las variables de la Escala Cervantes y pruebas t de Student para comparar la calidad de vida en función del ejercicio físico

	Total			Sí			No			Prueba t		
	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	t	gl	P
Global	136	51,25	26,68	93	47,33	26,67	42	58,79	24,50	-2,368	133	0,019
Menop_salud	136	27,39	14,77	93	26,33	15,13	42	29,02	13,34	-0,991	133	0,323
Psíquico	136	11,23	9,58	93	9,65	9,30	42	14,33	9,26	-2,715	133	0,008
Sexualidad	136	9,06	5,57	93	8,40	5,57	42	10,62	5,36	-2,169	133	0,032
Pareja	136	3,51	3,89	93	2,90	3,39	42	4,74	4,58	-2,600	133	0,010
Vasomotora	136	4,96	5,00	93	5,03	5,00	42	4,55	4,87	0,526	133	0,600
Salud	136	9,49	5,53	93	9,01	5,64	42	10,24	4,94	-1,215	133	0,227
Envejecimiento	136	12,96	7,35	93	12,34	7,49	42	14,17	6,95	-1,338	133	0,183

Los resultados indican que el grupo de mujeres que realizan ejercicio físico tienen más calidad de vida general ($t(133) = -2,368$; $p = 0,019$), más calidad en el Dominio psíquico ($t(133) = -2,715$; $p = 0,008$), en Sexualidad ($t(133) = -2,169$; $p = 0,032$) y en Relación de pareja ($t(133) = -2,600$; $p = 0,010$) que el grupo de mujeres sedentarias.

En el resto de dimensiones las pruebas t indican que las mujeres que realizan ejercicio tienen la misma calidad de vida que las sedentarias.

Por lo tanto podemos afirmar que la hipótesis planteada se confirma parcialmente para la puntuación general de la Escala Cervantes y los dominios Psíquico, Sexualidad y Pareja, no así para Sintomatología vasomotora, Salud, Envejecimiento y Menopausia y Salud.

- La edad de las mujeres que realizan ejercicio físico es menor.
Para contrastar esta hipótesis se ha aplicado una prueba t de Student para dos muestras independientes. El resultado de la prueba indica

que la edad de las mujeres en ambos grupos es la misma ($t(130) = 0,148$; $p = 0,882$). Por lo tanto, no podemos afirmar que el hábito del ejercicio físico esté asociado a las personas más jóvenes en esta población de mujeres entre 45 y 64 años.

- Las mujeres que realizan ejercicio físico regular tienen menos hábito tabáquico y menor ingesta de alcohol.

La asociación entre el hábito tabáquico y el ejercicio físico se ha contrastado mediante una tabla de contingencia y la prueba ji-cuadrado para medir la asociación entre ambas variables. La misma prueba se ha realizado con la ingesta de alcohol.

Tabla 2: Tabla de contingencia ejercicio por hábito tabáquico

Fumadora	Ejercicio	Si	No	Total
Si	Recuento	20	11	31
	Frecuencia esperada	21,5	9,5	31
	Residuos corregidos	-0,7	0,7	
No	Recuento	73	30	103
	Frecuencia esperada	71,5	31,5	103
	Residuos corregidos	0,7	-0,7	
Total	Recuento	93	41	134
	Frecuencia esperada	93	41	134

$$\chi^2(1) = 0,204; p = 0,652$$

A pesar de que el recuento de mujeres que realizan ejercicio físico y fuman es menor que el esperado, la diferencia no es significativa, por lo que no podemos confirmar la hipótesis respecto al hábito tabáquico.

Tabla 3: Tabla de contingencia ejercicio por consumo de alcohol

Alcohol	Ejercicio	Si	No	Total
Si	Recuento	7	3	10
	Frecuencia esperada	6,9	3,1	10,0
	Residuos corregidos	0,1	-0,1	
No	Recuento	83	38	121
	Frecuencia esperada	83,1	37,9	121,0
	Residuos corregidos	-0,1	0,1	
Total	Recuento	90	41	131
	Frecuencia esperada	90,0	41,0	131,0

$$\chi^2(1) = 0,000; p = 1,000$$

En el caso de la ingesta de alcohol, las frecuencias esperadas son prácticamente iguales a los recuentos, por lo que tampoco se confirma la hipótesis para el consumo de alcohol.

- Las mujeres que realizan ejercicio físico regular tienen menos síntomas psicológicos de depresión o ansiedad.
La asociación entre la depresión y el ejercicio físico se ha contrastado mediante una tabla de contingencia y la prueba ji-cuadrado para medir la asociación entre ambas variables. La misma prueba se ha realizado con la ansiedad.

Tabla 4: Tabla de contingencia ejercicio por ansiedad

Ansiedad	Ejercicio	Si	No	Total
Si	Recuento	32	17	49
	Frecuencia esperada	33,8	15,2	49,0
	Residuos corregidos	-0,7	0,7	
No	Recuento	61	25	86
	Frecuencia esperada	59,2	26,8	86,0
	Residuos corregidos	0,7	-0,7	
Total	Recuento	93	42	135
	Frecuencia esperada	93,0	42,0	135,0

$$\chi^2(1) = 0,236; p = 0,627$$

A pesar de que el recuento de mujeres que realizan ejercicio físico y ansiedad es menor que el esperado, la diferencia no es significativa, por lo que no podemos confirmar la hipótesis respecto a la ansiedad.

Tabla 5: Tabla de contingencia ejercicio por depression

Depresión	Ejercicio	Si	No	Total
Si	Recuento	7	3	10
	Frecuencia esperada	6,9	3,1	10,0
	Residuos corregidos	0,1	-0,1	
No	Recuento	83	38	121
	Frecuencia esperada	83,1	37,9	121,0
	Residuos corregidos	-0,1	0,1	
Total	Recuento	90	41	131
	Frecuencia esperada	90,0	41,0	131,0

$$c2(1) = 0,236; p = 0,627$$

En el caso de la depresión, las frecuencias esperadas son prácticamente iguales a los recuentos, por lo que tampoco se confirma la hipótesis para la depresión.

Discusión

La primera hipótesis que habíamos formulado afirmaba que el grupo de mujeres que realizan ejercicio físico de forma regular tiene más calidad de vida que el grupo de mujeres sedentario. Los hallazgos obtenidos a través de las pruebas realizadas nos permiten confirmar esta hipótesis, si bien de forma parcial.

Podemos decir que en la puntuación global de la Escala Cervantes, que indica una calidad de vida general, las mujeres que realizan ejercicio físico obtienen puntuaciones que reflejan una mayor calidad de vida. Este resultado está en la línea de lo indicado por otros investigadores, como Netz et al⁹, cuyo estudio longitudinal indica que la realización de suficiente ejercicio físico está relacionado con mejores puntuaciones en bienestar psicológico en las mujeres de mediana edad.

En este sentido se encuentran también los resultados de Souza Santos et¹⁰

quienes hallaron que los índices de calidad de vida tras la aplicación de un programa de ejercicio físico en mujeres mayores producía una mejora en los índices de calidad de vida.

Los mecanismos a través de los cuales la realización de ejercicio físico influye en la percepción de la calidad de vida están todavía por estudiar. Uno de ellos podría ser el control del peso y la masa grasa de las mujeres, un problema que se ve agravado por la menopausia y la pérdida de estrógenos¹⁰. Como sabemos, la obesidad se encuentra relacionada con un incremento en el riesgo de diversas enfermedades, como diabetes, cardiovasculares coronarias y cerebrales, hipertensión, aparato locomotor, trastornos respiratorios o aumento del cáncer¹¹. García González et al.¹¹ encontraron una mejora en la calidad de vida relacionada con la realización de ejercicio físico en mujeres obesas.

Sin embargo, hay estudios que no han encontrado una relación entre la realización de ejercicio físico y un mejor estado físico general que pueda explicar la mayor percepción de calidad de vida de estas mujeres. Da Silva et al.¹² realizaron un estudio sobre 162 mujeres entre 40 y 65 años y hallaron que tanto las mujeres que realizan ejercicio físico como las sedentarias tienen el mismo IMC, porcentaje de grasa corporal, ratio cintura-cadera, circunferencia de cintura, colesterol o tensión arterial, entre otros.

Este resultado podría dar a entender que el ejercicio físico no influye a través de la forma física en la calidad de vida, sino que se trata de un correlato asociado a un estilo de vida determinado en el que la realización de una actividad física se encuentra relacionada con una mejor percepción de calidad de vida. De hecho, se podría plantear que el ejercicio físico sería un componente más de la calidad de vida relacionada con la salud.

De hecho, López Santos et al.¹³ indican que el 40% de las mujeres analizadas entre 40 y 60 años no realizan ningún ejercicio físico, siendo éste el campo de estilos de vida saludable más deficiente. Estos autores enfatizan la necesidad de establecer programas educativos que contribuyan a la adopción de un estilo de vida más saludable relacionado con la actividad física.

Entre las dimensiones de la Escala Cervantes, la realización de ejercicio físico ha mejorado la percepción de calidad de vida en el dominio psíquico, la sexualidad y las relaciones de pareja.

En el dominio psíquico, nuestros resultados están en la línea de lo obtenido en otras investigaciones, como la llevada a cabo por Ford et al¹⁴ quienes

indican que los síntomas depresivos están asociados con un funcionamiento físico reducido. En este sentido Elavsky y McAuley¹⁵ realizaron un ensayo clínico aleatorizado sobre una muestra de 164 mujeres entre 42 y 58 años. Estos autores encontraron que las mujeres que realizaron el programa de ejercicio físico obtuvieron mejores puntuaciones en los índices de calidad de vida asociado al descenso de los síntomas del climaterio. Respecto a la salud mental, los resultados indicaron una mejoría del estado de ánimo positivo y un descenso del afecto negativo.

La vida sexual de las mujeres que realizan ejercicio físico también es mejor que la del grupo de mujeres sedentarias, al igual que ocurre con las relaciones de pareja. Dado que en este grupo de mujeres las relaciones sexuales se producen fundamentalmente en el contexto de una relación de pareja estable, pensamos que ambos dominios se encuentran muy relacionados en esta población de mujeres entre 45 y 64 años. No en vano, uno de los hallazgos de Elavsky y McAuley¹⁶ indica que el grupo de mujeres participantes en el programa de yoga vio mejorada significativamente su satisfacción en el dominio de la sexualidad. La importancia de la sexualidad en la calidad de vida está reconocida en una gran cantidad de investigaciones que confirman que constituye una función básica del ser humano y que está relacionada con factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, guardando una gran asociación con el estado de salud y con los indicadores de calidad de vida¹⁷.

Algunos estudios afirman que la satisfacción sexual está más relacionada con la personalidad y la relación de pareja que con otros aspectos, como la frecuencia, la posibilidad de alcanzar el orgasmo o el deseo sexual¹⁷. Carrolles et al.¹⁸ encuentran que los niveles de bienestar subjetivo están asociados a una vida sexual satisfactoria. En nuestra muestra hemos podido observar que las mujeres que realizan ejercicio físico obtienen mejor calidad de vida relacionada con la sexualidad y la pareja.

Sin embargo, no se ha encontrado que exista asociación entre las dimensiones de la Escala Cervantes de Menopausia y salud, Sintomatología vasomotora, Salud y Envejecimiento. Todas estas dimensiones de carácter fisiológico se mantienen en niveles similares en los grupos de mujeres que realizan ejercicio y en las sedentarias. Esto parece congruente con los hallazgos ya comentados de da Silva et al.¹², quienes indican que los parámetros fisiológicos son los mismos en ambos grupos de mujeres.

En definitiva, parece que la realización de ejercicio físico influye sobre los aspectos psicológicos y psicosociales fundamentalmente, no así sobre los parámetros fisiológicos. Aparentemente la lógica nos haría pensar lo contrario. Sin embargo, podemos contrastar que la actividad física tiene su mayor incidencia sobre el bienestar de tipo psicológico.

La segunda hipótesis afirmaba que la edad de las mujeres que realizan ejercicio físico es menor que la de las mujeres sedentarias. Sin embargo, en nuestra muestra no hemos podido confirmar dicha hipótesis, ya que la edad de ambos grupos de mujeres es estadísticamente la misma, como indica la prueba correspondiente. Aunque no hemos encontrado ningún estudio que analizara esta relación, sí que podemos suponer que los programas educativos para las personas mayores están teniendo un efecto muy beneficioso sobre la adopción de hábitos saludables, como el ejercicio. Además, el incremento de la esperanza de vida determina la percepción de mantener un estado de forma óptimo en la madurez con el fin de afrontar esta prolongada etapa de la vida con una mayor calidad de vida.

La tercera hipótesis, que afirmaba que las mujeres que realizan ejercicio físico regular tienen menos hábito tabáquico y menor ingesta de alcohol, tampoco se ha visto confirmada. Las pruebas estadísticas efectuadas indican que la proporción de mujeres fumadoras, así como las bebedoras de alcohol, es la misma en el grupo de mujeres que realizan ejercicio físico y las sedentarias. Existen estudios que están en la línea de los hallazgos obtenidos en nuestra muestra, y que indican que el consumo de alcohol y tabaco no se asocia a la práctica regular de ejercicio físico¹⁹.

En una muestra de mujeres en el climaterio²⁰ también se han obtenido resultados en este sentido, ya que el hábito tabáquico y el consumo de alcohol no se encuentran relacionados con los síntomas del climaterio psicológicos, fisiológicos o vasomotores.

Sin embargo, un estudio realizado con una muestra de mujeres entre 40 y 70 años en China²¹ encontró que la participación en actividades físicas está relacionada con el hábito tabáquico y el consumo de alcohol, de tal manera que la participación es mayor en las mujeres que no fuman o beben. Estas diferencias con los resultados obtenidos en nuestra muestra puede deberse a una razón cultural y relativa al estatus de la mujer en la sociedad china.

En todo caso, nuestro estudio revela que no existe asociación entre el consumo de tabaco y alcohol y la realización de ejercicio físico.

Por último, la hipótesis que afirma que las mujeres que realizan ejercicio físico tienen menor prevalencia de depresión y ansiedad que las mujeres sedentarias, tampoco se ha visto confirmada. Los resultados de las pruebas estadísticas reflejan que, a pesar de que el porcentaje de mujeres con depresión o ansiedad es menor en el grupo de mujeres que realizan ejercicio físico es menor, la diferencia con el grupo de mujeres sedentarias no es estadísticamente significativa.

Este resultado contrasta con el obtenido en otros estudios, como el realizado en una muestra de mujeres australianas de mediana edad, que sugieren que el incremento de la actividad física implica un descenso de los síntomas de depresión²². Sin embargo, Oman y Oman²³ no encontraron relación entre la actitud y la conducta relacionada con el ejercicio físico y los síntomas depresivos en un estudio de casos-controles con mujeres de mediana edad.

A la luz de los hallazgos obtenidos, podemos afirmar que el modelo elegido en el marco teórico resulta adecuado para explicar las relaciones entre ejercicio físico, calidad de vida y otros indicadores de calidad de vida en el climaterio. Englobado en el modelo biopsicosocial, podemos afirmar que los aspectos psicosociales relacionados con el ejercicio físico resultan fundamentales para entender los beneficios sobre la calidad de vida. Efectivamente, las diferencias encontradas entre el grupo de mujeres que realizan ejercicio y las sedentarias se han hallado únicamente en las dimensiones psicosociales (dominios psíquico, sexual y relación de pareja), lo que muestra claramente la importancia de estos componentes en el bienestar relacionado con la actividad física.

La explicación la podríamos encontrar en el hecho de que el bienestar físico no solamente es un estado fisiológico, sino fundamentalmente psicológico o psicosocial, ya que produce una mejoría en la capacidad funcional de los sujetos.

No obstante, queremos señalar los puntos fuertes y débiles de nuestro estudio. En cuanto a los puntos fuertes, podemos señalar los siguientes:

- En primer lugar, la muestra es representativa de la población de mujeres que residen en Murcia, debido a que se han recogido cuestionarios de todas las áreas de salud.
- La metodología descriptiva permite analizar el estado en que actual-

mente se encuentra el objeto de estudio, la relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida, lo que va a ser de utilidad para establecer ciertas recomendaciones de salud.

- La Escala Cervantes recoge múltiples dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, lo que permite un examen más amplio de la influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida.
- Los hallazgos obtenidos están en la línea de los fundamentos teóricos del modelo de referencia, el modelo de Schwartzmann²⁴, que incide en la importancia de los factores psicosociales en la calidad de vida.

En cuanto a los puntos débiles y limitaciones, señalaremos los siguientes:

- La metodología descriptiva no permite establecer inferencias de causalidad entre la práctica de ejercicio físico y la calidad de vida.
- Los resultados obtenidos no son extrapolables a la población de mujeres universal, debido a que la muestra es representativa de la población de mujeres de la Región de Murcia.

La exploración de la prevalencia de ansiedad y depresión no se acompaña de una medida validada de dicha sintomatología, que podría arrojar más luz sobre las verdaderas relaciones entre ejercicio físico salud psicológica.

Conclusiones

Los resultados de este estudio nos permiten extraer las siguientes conclusiones:

- El hallazgo más importante indica que existe una asociación entre la realización de ejercicio físico y la calidad de vida relacionada con la salud, como índice general, así como en los dominios psíquico, sexual y de pareja.
- El ejercicio físico está relacionado, por lo tanto, con las dimensiones psicosociales de la calidad de vida, no así con las dimensiones fisiológicas.
- No se ha podido establecer una asociación entre los hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) y el ejercicio físico, por lo que pensamos que el consumo en esta población no interfiere con los hábitos de vida saludables relacionados con el ejercicio físico.

- Tampoco se ha encontrado relación entre el ejercicio físico y la prevalencia de ansiedad y depresión, siendo este uno de los puntos más intrigantes de la investigación por la relación que hay entre ejercicio físico y el dominio psíquico en la Escala Cervantes.
- La edad no está relacionada con el ejercicio, por lo que tanto las mujeres más jóvenes como las mayores realizan ejercicio físico con la misma frecuencia.
- Las implicaciones para la enfermería que se pueden extraer de esta investigación están en la línea de las recomendaciones que deben realizar los profesionales sanitarios relacionadas con la calidad de vida para la población de mujeres durante el climaterio. En principio, aunque no se puede establecer un nexo causal entre ejercicio y calidad de vida, sí podemos establecer que las enfermeras y enfermeros deben incluir entre sus recomendaciones la práctica de ejercicio físico regular. No podemos afirmar que las mujeres que tienen una pobre calidad de vida vayan a mejorar con la realización de ejercicio físico, aunque sí podemos confirmar que existe un vínculo entre ambos constructos. Por lo tanto, una forma de prevenir los síntomas asociados al climaterio y que inciden de forma negativa en la calidad de vida es mediante la realización de actividad física moderada y regular.

Para futuras investigaciones, podemos indicar que lo deseable sería poder establecer una relación de causalidad entre la práctica de ejercicio y la mejora en la calidad de vida. Para ello deben realizarse estudios experimentales y de corte longitudinal.

Otra posible línea de investigación que ampliara los resultados aquí obtenidos sería la relacionada con el análisis de los vínculos entre síntomas psicológicos y ejercicio físico, debido a las discrepancias que existen en la literatura.

Bibliografía

1. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2010. OMS; 2010 [acceso el 15 de septiembre de 2011]. Disponible en: www.who.int/whosis/whostat/ES:WHS10_Full.pdf.
2. Brown CS. "Depression and anxiety disorders". *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2001; 28(2): 241-68.
3. Bayles XCM, Cochran K, Anderson C. "The psychosocial aspects of osteoporosis in women", *Nurs Clin North Am*, 2000; 35(1): 279-86.
4. Villaverde-Gutiérrez C, Araujo E, Cruz F, Roa JM, Barbosa W, Ruiz-Villaverde G. "Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme", *J Adv Nurs*, 2006; 54(1): 11-9.
5. Souza Santos CA, Martin Dantas EE, Rodrigues Moreira MH. "Correlation of physical aptitude; functional capacity, corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal physical activities program", *Arch Gerontol Geriatr*, 2011; 53: 344-49.
6. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. "Agreement between observations on the functional ability of elderly home care", *Rev. Salud Publica*, 2005; 39: 655-62.
7. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. "Health benefits of physical activity: the evidence", *Can Med Assoc J*, 2006; 174: 801-9.
8. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, Martí A, Grupo Cervantes. "Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes", *Med Clin (Barc)*, 2004; 122(6): 205-11.
9. Netz Y, Zach S, Taffe JR, Guthrie J, Dennerstein L. "Habitual physical activity is a meaningful predictor of well-being in mid-life women: a longitudinal analysis", *Climateric*, 2008; 11: 337-44.
10. Tchernof A, Poehlman ET. "Effects of the menopause transition on body fatness and body fat distribution", *Obes Res*, 1998; 6: 246-53.
11. García González F, Ferrer García JC, Baixauli Rubio A, Albalat Galera R, Elvira Macagno L, Pablos Abella C, Pablos Monzó A. "Mejora a corto plazo del peso y la calidad de vida de mujeres obesas posmenopáusicas mediante un programa ambulatorio de ejercicio físico", *Med Clin (Barc)*, 2009; 133: 533-8.

12. Silva RB, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM, Braga AA, Morais SS. "Association between habitual physical activity and parameters of physical fitness in postmenopausal women", *Climateric*, 2005; 8: 360-70.
13. López Santos MV, García Padilla FM, Toscano Márquez T, Contreras Martín A. "Análisis de los estilos de vida de la mujer climatérica: un componente esencial en el estudio de las necesidades educativas" *Enferm Clin*, 2005; 15(4): 213-19.
14. Ford K, Sowers MF, Seeman TE, Greendale GA, Sternfeld B, Everson-Rose SA. "Cognitive functioning is related to physical functioning in a longitudinal study of women at midlife", *Gerontol*, 2010; 56: 250-8.
15. Elavsky S, McAuley E. "Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial", *Ann Behav Med*, 2007; 33(2): 132-42.
16. Frohlich P, Meston C. "Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women", *J Sex Res*, 2002; 39(4): 321-5.
17. Hurlbert DF, Apt C, Rabehl SM. "Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages", *J Sex Marital Ther*, 1993; 19(2): 154-65.
18. Carrobbles JA, Gámez Guadix M, Almendros C. "Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas", *An Psicol*, 2011; 27(1): 27-34.
19. Jiménez MG, Martínez P, Miró E, Sánchez AI. "Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?", *Int J Clin Health Psychol*, 2008; 8(1): 185-202.
20. Moilanen J, Aalto AM, Hemminki E, Aro AR, Raitanen J, Luoto R. "Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women", *Maturitas*, 2010; 67: 368-74.
21. Jurj AL, Wen W, Gao YT, Matthews CE, Yang G, Li HL et al. "Patterns and correlates of physical activity: a cross-sectional study in urban Chinese women", *BMC Public Health*, 2007; 7: 213-23.
22. Brown WJ, Ford JH, Burton NW, Marshall AL, Dobson AJ. "Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women", *Am J Prev Med*, 2005; 29(4): 265-72.

23. Oman RF, Oman KK. "A Case-Control Study of Psychosocial and Aerobic Exercise Factors in Women With Symptoms of Depression", *J Psychol*, 2003; 137(1): 338-50.

10

Aproximación al estudio de la salud mental en mujeres que han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo

Carmen María Martínez Mellado
y Ana María González Cuello

Introducción

Justificación

Uno de los problemas socio-sanitarios de mayor actualidad hoy es el constituido por el aborto provocado, también conocido como aborto intencionado o “voluntario”, y como Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se trata de un complejo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso y demográfico¹. La IVE no es un tema sencillo de abordar, para la mujer representa una complicada decisión en su vida en la que puede experimentar una amplia gama de emociones desde la tristeza hasta el alivio y cualquier otro estado intermedio, incluso ambas emociones y muchas otras simultáneamente. La mayoría de los autores coinciden en que la reacción inmediata ante el aborto es la liberación, pero el hallazgo psiquiátrico más consistente tras el aborto, es el sentimiento de culpa². En España, la psiquiatra, Carmen Gómez Lavín afirma que es muy frecuente la aparición de cuadros depresivos, que se acompañan de un sentimiento grande de culpabilidad¹; por otra parte, la Dra. Susan Stanford-Rue³, psiquiatra canadiense, habla del Síndrome post-aborto y señala como la mujer recorre tres estadios: 1) desasosiego y tristeza; 2) revive

continuamente el momento del aborto; y 3) depresión profunda con sentimiento de culpabilidad.

Importancia del problema

Son muchas las mujeres que cada año se someten a una IVE, y son varios los estudios que confirman que el aborto provocado no está exento de consecuencias tanto físicas, como psicológicas. En mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo, se ha descrito un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa, pesar y auto devaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales, etc. y tendencia a la cronificación, conocido como SPA (Síndrome post aborto) y considerado por muchos autores como un trastorno postraumático⁷.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social⁴, en nuestro país el número de IVEs casi se ha duplicado entre los años 2000 y 2009 parece, pues, evidente la necesidad de investigar más a fondo la existencia del síndrome postaborto en España, ya que resulta necesario ofrecer a la sociedad y a los profesionales de la salud pública la información y herramientas necesarias para el abordaje de las necesidades físicas y sobre todo psicológicas de las mujeres que han vivido la experiencia de una IVE, con el fin de poder ofrecerles los cuidados necesarios en estas situaciones.

Marco teórico

Marco conceptual

En 1952 Hildegard Peplau publica: “Relaciones interpersonales de Enfermería” que ofrece un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de Enfermería en Salud Mental. En especial centra su teoría en la relación enfermera/paciente; Para dar cuidados de calidad, la Enfermera necesita desarrollarse y madurar como persona, de esta manera el paciente podrá identificarse con sus problemas de salud y poner medios para solucionarlos o superarlos “Nadie da lo que no tiene”. Identifica la salud, como un símbolo que implica un movimiento de avance de la personalidad y de las otras personas humanas en curso, dirigido todo ello, a alcanzar vivencias creativas, constructivas y productivas tanto en el ámbito personal como de la comunidad.

Marco legal

Hasta el año 1985, el aborto era una práctica totalmente prohibida en España. El que estuviera prohibido, no impedía que se realizaran en torno a 100.000 abortos al año (Ibáñez y García Velasco), aunque son determinaciones imprecisas, por el secretismo que rodeaba estos hechos. El aborto se regula en España en el año 1985:

- La Ley 9/1985, de 5 de Julio, de despenalización del aborto, que reformó el Código Penal existente, en su artículo 417 bis, despenaliza parcialmente el aborto provocado; es decir, lo sigue considerando un delito si no es practicado por un médico, o bajo su dirección, en un centro acreditado y en tres supuestos.
- Desde el 5 de julio de 2010, las Interrupciones Voluntarias del Embarazo están reguladas a través de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.²² Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de Septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de Julio.

Marco social

El aborto ha ido siempre de la mano de la humanidad y ha habido diversas técnicas para su realización. La diversidad de opiniones y de razones para llevarlo a cabo ha ido variando desde antiguo, pero lo que está claro es que, hoy día, la interrupción voluntaria del embarazo enfrenta el principio ético de respeto a la vida y el derecho de cada mujer a elegir libremente.

Marco sanitario

Según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en España, el número de IVEs en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 44 años ha aumentado significativamente desde el año 2000 (63.756) al año 2009 (111.482). La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el año 2009 registró una tasa de casi el doble de la presentada en el año 2000 en mujeres de entre 15 y 44 años. También los datos actuales en España muestran que, en la franja de edad entre 15 y 19 años, la tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ha aumentado en la década comprendida entre los años 2000 y 2009. En este sentido, creemos que es un problema sanitario importante,

porque la tasa de IVEs ha aumentado entre la población de mujeres adolescentes, no solo a nivel general.

La OMS define este periodo de la adolescencia como: *“aquel periodo en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la madurez, y consolida su independencia socioeconómica”*. Todo esto hace que una vivencia de este tipo pueda acarrear un impacto mucho peor en la salud física, y sobre todo psicológica. Se trata de un problema de salud, ya que el aborto provocado, lleva adherido muchas connotaciones negativas para parte de la sociedad, y suele ser un tema tabú. Las mujeres, por lo general, pasan desapercibidas porque lo suelen ocultar y lo llevan en silencio, por lo que sí presentan secuelas psicológicas³⁵.

Limitaciones

La principal dificultad para la realización de este trabajo es la ocultación del acto por muchas mujeres, la mayoría de ellas no quieren hablar de ello. Esto impide en gran medida conocer las experiencias postaborto de estas mujeres. Extrapolando de varias fuentes, los investigadores estiman que aproximadamente el 50% de las mujeres que han abortado, ocultan este hecho al ser preguntadas³⁵. De hecho, en las historias clínicas de muchas de ellas, solo consta que han tenido un aborto, pero no la naturaleza voluntaria o espontánea del mismo.

Objetivos

Objetivo General

Realizar una aproximación al estudio de la salud mental en mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo en España.

Objetivo específicos

1. Analizar las características sociodemográficas de las mujeres que han realizado una IVE en Murcia.
2. Conocer las circunstancias que rodearon la IVE en su momento: motivos, situación familiar, ayuda y apoyo psicológico.
3. Conocer la percepción que tienen del trato recibido por los profesionales de la salud con respecto a la IVE.

4. Explorar el nivel de depresión y ansiedad de las mujeres que se han sometido a una IVE utilizando como herramientas diagnósticas de la sintomatología el BDI-IA y BAI, respectivamente.

Metodología

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo de carácter retrospectivo y cuantitativo.

La población de nuestro estudio son mujeres que han realizado una IVE en España y en la actualidad viven en La Región de Murcia y pertenecen a las áreas de salud I, VI y VII, áreas de salud de La Región de Murcia. La muestra estuvo compuesta por un total 33 de mujeres residentes en Murcia, con edades comprendidas entre 13 y 40 años y que han realizado una IVE en España.

Los datos fueron recogidos en una situación no controlada del entorno, en la vida real de las mujeres objeto de nuestro estudio. La muestra fue recogida durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2011.

Los *criterios de exclusión* fueron:

- 1) Ser menor de edad en el momento de pasar el cuestionario, (aunque no se excluyen mujeres que hayan realizado una IVE, siendo menor de 18 años);
- 2) Barrera idiomática; y
- 3) IVE realizado en otro país.

La encuesta se les entrego a mujeres que habían realizado una IVE en las consultas de Matronas de Atención Primaria y Hospital, pertenecientes a las áreas de salud incluidas en nuestro estudio (Áreas I, VI y VII). La participación ha sido voluntaria, y se les informó del carácter anónimo de la misma, y de la necesidad del consentimiento informado, en el cual se informaba de las características del presente estudio, y del carácter anónimo del mismo.

En la investigación hemos utilizado el método de la entrevista clínica. En nuestro caso, la entrevista consta de tres partes las dos primeras partes recogen los datos sociodemográficos de las encuestadas y profundiza en las circunstancias que rodearon la IVE, siendo ambas de elaboración propia. Con el fin de estudiar la sintomatología depresiva y ansiosa de las mujeres entrevistadas, la tercera parte incluye dos cuestionarios validados y adaptados al español, el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*⁴⁴⁻⁵²),

el BDI-IA, cuestionario utilizado en nuestro estudio, es la versión revisada del BDI original, y el Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*), conocido con el acrónimo de BAI⁵³⁻⁵.

Para el análisis estadístico de los resultados se halló la media aritmética \pm el error estándar de la media (\pm SEM). La edad media de las participantes, así como el número de abortos fue analizada mediante un Column Statics, seguido de un test de la t de Student no pareada (Unpaired t-Test). Para el análisis del estado civil, nivel de estudios, BDAI y BAI, se utilizó el test de la Chi cuadrado.

Resultados

Análisis de las características sociodemográficas de las mujeres que han realizado una IVE

La muestra está constituida por 33 mujeres que realizaron una IVE en la Comunidad Autónoma de Murcia y pertenecen a las áreas sanitarias elegidas para nuestro estudio. De estas mujeres, 18 son de nacionalidad española y el resto de otras nacionalidades, 5 de Europa del Este, 9 Latinas y 1 de Marruecos. La edad de las mujeres, en el momento de la IVE, estuvo comprendida entre 13 y 40 años, siendo la media de edad de 24 años en el momento de realizar la IVE. Como podemos observar en la figura, el 76% de las mujeres de la muestra son menores de 30 años, siendo el 30% del total menores de 19 años.

En cuanto a las circunstancias que rodearon a la decisión de someterse a la IVE, 20 mujeres de las 33 de la muestra, la realizaron por propia elección (61% del total) y 13 forzadas, (39% del total) por su entorno (familiar y de pareja). De las 13 mujeres, 10 se vieron forzadas por la pareja. Del total de la muestra, 22 mujeres están arrepentidas de haber realizado la IVE, lo que representa el 67% del total de la muestra, mientras que el 33% de ellas no refieren arrepentimiento, 11 del total. En relación a los sentimientos de culpa el 61% de las mujeres (20 mujeres) refirieron este sentimiento lo que contribuía a alimentar sus sentimientos de arrepentimiento.

Principales circunstancias que rodearon la IVE en el momento de su realización

En cuanto a la decisión o elección de la IVE, 20 mujeres de las 33 de la muestra, la realizaron por propia elección (61% del total) y 13 forzadas, (39%

del total) por su entorno (familiar y de pareja) (Figura 1). De las 13 mujeres, 10 se vieron forzadas por la pareja. Del total de la muestra, 22 mujeres están arrepentidas de haber realizado la IVE, lo que representa el 67% del total de la muestra, mientras que el 33% de ellas no refieren arrepentimiento, 11 del total (Figura 8). En relación a los sentimientos de culpa el 61% de las mujeres (20 mujeres) (Figura 9) refirieron este sentimiento lo que contribuía a alimentar sus sentimientos de arrepentimiento.

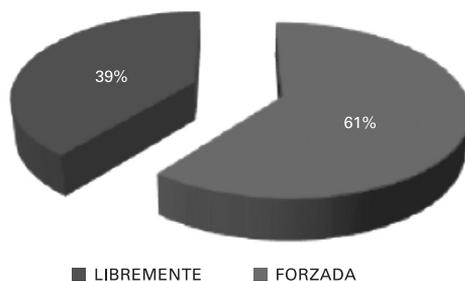


Figura 1. Elección de la IVE de las mujeres de la muestra.

Estos resultados fueron analizados más detalladamente para averiguar la posible significancia estadística entre mujeres españolas y de otros países en las circunstancias que rodearon la decisión. No existieron diferencias significativas (figura 2^a) en la decisión de elección de la IVE entre ambas poblaciones de mujeres. Por el contrario (figura 2B), encontramos mayor arrepentimiento en la población de mujeres no españolas que en las españolas ($p < 0.01$).

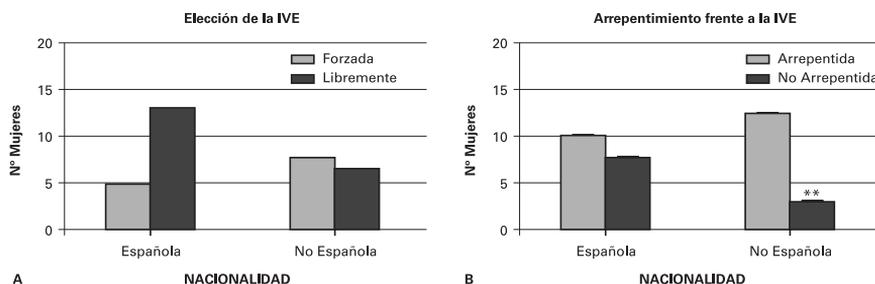


Figura 2. **A)** Diferencias en la elección de la IVE entre españolas y no españolas. **B)** Diferencias en cuanto el arrepentimiento entre mujeres españolas y no españolas. ** $p < 0.01$.

A continuación y con el objeto de profundizar en estos sentimientos, analizamos el porcentaje de mujeres encuestadas que presentaban puntuaciones altas en los ítems del Inventario de depresión de Beck que hacen referencia a los impulsos suicidas, 7 mujeres del total (21%) y alteraciones de la libido o disminución del interés por el sexo, 15 mujeres del total de la muestra (45%).

En nuestra muestra los principales motivos que aluden las mujeres que han realizado una IVE son: paro y pocos recursos económicos, no disponer de vivienda, falta de apoyo familiar, crisis o ruptura de relación de pareja, relación no consolidada, ser demasiado joven y depender de los padres, no considerar al progenitor como padre adecuado, 5 mujeres la realizaron por causa de malformación fetal (tabla1).

Tabla 1. Principales motivos para la realización de la IVE de las mujeres estudiadas

Motivo para realizar la IVE	Número de respuestas
Paro y/o pocos recursos económicos	14
Obligada a tomar decisiones	13
Embarazo/relación no consolidada	9
No disponer de vivienda	8
Crisis de pareja o ruptura de relación	8
Ser demasiado joven/dependencia padres	8
Progenitor no es el padre adecuado	8
No tengo apoyo familiar (padres)	7
Malformación fetal grave	5
Precariedad en el trabajo	4
No disponer de ayudas para cuidarlo	4
Dependencia económica de los padres	4
Desacuerdo respecto al deseo de hijos	4
Existencia de maltrato	4
Terminar estudios y tener trabajo estable	4
Casarse y tener vivienda propia	4
Embarazo/relación esporádica	2
Proyecto vida incompatible con maternidad	2
Enfermedad mental	2
Antecedentes obstétrico-ginecológicos	2
No desear crianza e hijos mayores	1
No capacitada para ser madre	1
Enfermedad grave propia o familiar	1

De la tabla anterior extraemos que el 91% de las mujeres entrevistadas, refiere más de un motivo por los cuales realizaron la interrupción voluntaria del embarazo. Tan solo la malformación fetal grave, es manifestada como único motivo para realizar la IVE.

Posteriormente, estudiamos la oferta de apoyo psicológico recibido por las encuestadas. De las 33 mujeres de la muestra, solo a 3 (9% del total) se les ofreció terapia psicológica, (figura 3) si bien, una gran mayoría de ellas, el 67% del total (22 mujeres) sintieron la necesidad de terapia psicológica (figura 4). Sin embargo, sólo 3 de las 33 mujeres de nuestro estudio, todas ellas españolas, realizaron terapia psicológica. Entre los motivos que aluden para no realizarla, aquellas que sintieron la necesidad (67% de la muestra) se encuentran: No saber dónde acudir, falta de recursos económicos para pagar un psicólogo, sentimientos de vergüenza, falta de tiempo.

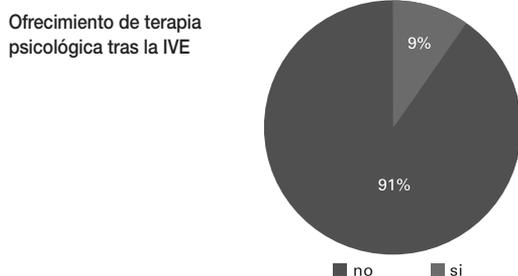


Figura 3. Porcentaje de mujeres que recibieron ofrecimiento de terapia psicológica tras la IVE.

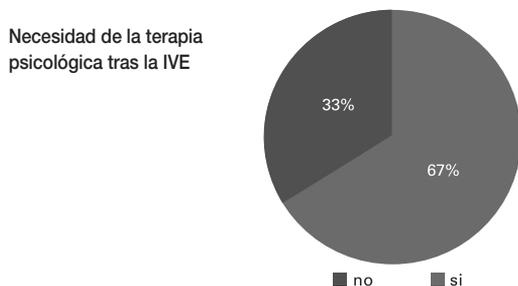


Figura 4. Porcentaje de mujeres que refirieron necesidad de terapia psicológica tras la IVE.

Las únicas mujeres que realizaron terapia psicológica fueron 3 mujeres que habían practicado la IVE por motivos de malformación fetal. Los resultados muestran que no hay diferencias entre las mujeres que sintieron la necesidad de terapia frente las que no la precisaron. Al contrario de lo que ocurre con las mujeres españolas donde predominan las mujeres que afirman no haber sentido la necesidad de terapia frente a las que sí la sintieron ($p < 0.01$). Por otra parte, del total de mujeres, 16 de ellas se sintieron apoyadas y respetadas, 14 mujeres refieren un trato indiferente y 3 de ellas se sintieron rechazadas por haber realizado una IVE. Estos datos también fueron analizados estadísticamente con el objeto de hallar significancia estadística entre las respuestas dadas. Los resultados muestran que no hay diferencias entre las mujeres que sintieron la necesidad de terapia frente las que no la precisaron. Al contrario de lo que ocurre con las mujeres españolas donde predominan las mujeres que afirman no haber sentido la necesidad de terapia frente a las que sí la sintieron (** $p < 0.01$) (Figura 5).

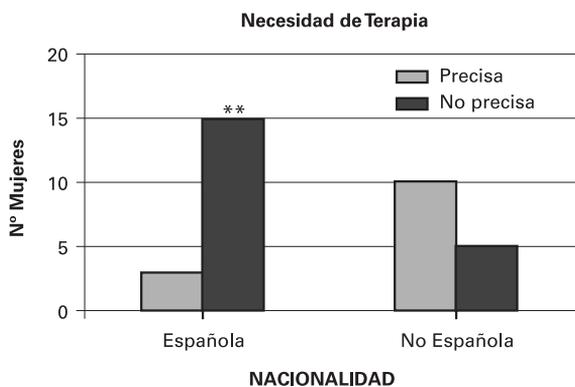


Figura 5. Diferencias en la necesidad de terapia psicológica en función de la nacionalidad.

Nivel de depresión y ansiedad de las mujeres sometidas a una IVE

En cuanto al nivel de sintomatología depresiva, medida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA), 12 mujeres no presentan ningún grado de depresión, 7 mujeres presentan un grado leve, 9 mujeres mostraron un grado moderado y 5 mujeres, alcanzaron una puntuación equivalente a sintomatología

depresiva de grado grave, del total de la muestra. Los resultados indican que, 9 mujeres refirieron ausencia de sintomatología, 9 de ellas, una ansiedad leve-moderada, 6 mujeres un grado moderado-grave de ansiedad y, por último, 9 mujeres refirieron ansiedad grave, del total de la muestra. Los resultados gráficos en cuanto al nivel de depresión y de ansiedad se muestran en las figuras 6 y 7, respectivamente.

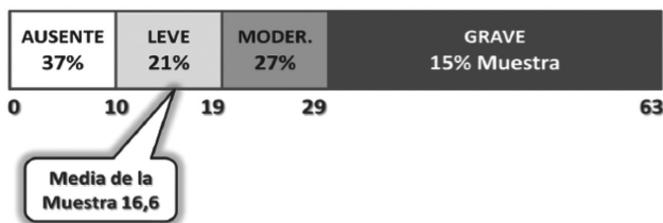


Figura 6: Escala graduada de los niveles de depresión en adultos según el test BDI (Beck Depression Inventory, 1979). Se representan los resultados obtenidos para la muestra, así como el porcentaje de mujeres que mostraron cada uno de los niveles de sintomatología depresiva, se indica también la puntuación media BDI del total de mujeres.

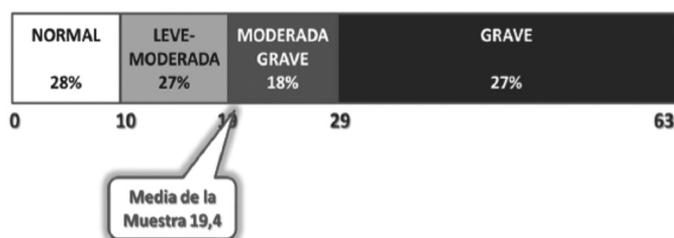


Figura 7: Escala graduada de los niveles de ansiedad en adultos según el test BAI (Beck Anxiety Inventory, 1988). Se representan los resultados obtenidos para la muestra, así como el porcentaje de mujeres que mostraron cada uno de los niveles de sintomatología ansiosa, se indica también la puntuación media BAI del total de mujeres.

Discusión

La bibliografía consultada sobre las secuelas de la IVE, pone de relieve la existencia de consecuencias para la salud mental de las mujeres que la realizan, incluso años después de la intervención¹¹, la media de años que han pasado desde que la realizaron hasta la realización de la entrevista, es de 8 años, en nuestro trabajo. Los estudios consultados, revelan, como consecuencia de la

IVE, sentimientos de culpa, arrepentimiento, disminución en la atracción por el sexo. El inventario de Depresión de Beck incluido en nuestro trabajo, contempla estos ítems, y nuestros resultados coinciden con estos estudios y reflejan que el porcentaje de arrepentimiento es del 67% de mujeres y el sentimiento de culpa el 61% del total de la muestra. Gómez Lavín, en su estudio, concluye que estos sentimientos de culpa y la necesidad de reparar son hallazgos comunes en las mujeres después de la IVE¹. Un 63% de las mujeres de nuestra muestra, presentan algún grado de sintomatología depresiva, 21% leve, 27% moderada y 15% grave del total de la muestra.

En nuestro trabajo, el 72% de la muestra presentan sintomatología de ansiedad en algún grado, coincidiendo los resultados con otros estudios como el de Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK40, en el que el 30% de las mujeres de su estudio presentan estrés generalizado, también coincide con Gómez Lavín¹, que concluye que la depresión y la ansiedad suelen aparecer como consecuencia, y con el realizado por Broen³⁸ AN et al., en la Universidad de Noruega. Nuestros datos indican que aunque el porcentaje no es alto, teniendo en cuenta el total de la muestra, sí observamos como algunas de ellas refieren haber pensado en el suicidio.

En cuanto a la IVE realizada por motivo de malformación fetal, aunque las 5 mujeres de nuestro estudio la realizaron por decisión propia, refieren todas haber necesitado apoyo psicológico, 3 la realizaron, las únicas de nuestra muestra, y 4 están arrepentidas, coincidiendo nuestros resultados con los de otros estudios que defienden que, en este supuesto, el impacto en la salud mental de la mujer es superior¹³⁻¹⁴.

Aunque no podamos afirmar que sea un cuadro psicopatológico, a la vista de nuestros resultados, podemos concluir que las mujeres que realizan una IVE, pasan por una experiencia desagradable antes, durante y después de realizarla, además debemos tener en cuenta que las circunstancias de muchas de ellas son difíciles cuando toman la decisión.

Conclusiones

- La mayoría de mujeres que realizan una IVE son solteras o sin pareja estable.
- El nivel instructivo mayoritario de las mujeres son estudios primarios y secundarios, ambos en el mismo porcentaje.

- Los pocos recursos económicos, el paro, la precariedad laboral y la dependencia económica, son las principales causas por las que se realiza una IVE, así como los embarazos fruto de relaciones no consolidadas o rotas.
- Sentimientos de arrepentimiento y culpabilidad son manifestados de forma significativa, así como el hecho de no haber tomado la decisión libremente, sino forzadas por sus circunstancias y entorno.
- En la población de mujeres no españolas el porcentaje de arrepentimiento es superior que en las españolas.
- La disminución de interés por el sexo, también se hace evidente de forma significativa tras la IVE en el total de la muestra.
- Un porcentaje alto de mujeres, el 67% de la muestra, refiere haber necesitado una atención psicológica, que no se le ha ofertado.
- Más del 40% de las mujeres presentaron niveles de sintomatología depresiva entre moderada y grave, si bien, el 37% de mujeres no mostraron síntomas depresivos, lo que situó la media del total en un valor de 16,6 puntos, correspondientes a un nivel de sintomatología depresiva leve.
- Del total de la muestra, 45% de las mujeres presentaron una sintomatología de ansiedad entre moderada-grave y grave. La media del total se sitúa muy cerca de los límites entre leve y moderada

Implicaciones para la enfermería

Ante los resultados obtenidos, consideramos necesario la elaboración de protocolos para la atención adecuada de las necesidades, tanto físicas como psicológicas ante una IVE, antes, durante y después de realizarla.

Bibliografía

1. Gómez Lavín C, et al. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(4): 267-272.
2. The Alan Guttmacher Institute (AGI). Responsabilidad compartida: Mujeres, Sociedad y el Aborto en todo el mundo, Nueva York: AGI, 1999.
3. Bongaarts J and Westoff CF. (2000) The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family Planning* 31: 193-202.
4. Datos estadísticos de interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_Figuras.htm#Tabla 1. Consultado 19/06/2011
5. Babikian HM. Aborto En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1984:1657-1662.
6. Jiménez J.L. "Aborto", *Rev. Del centro de Bioética Juan Pablo II*. Septiembre- Diciembre 2006; Vol. 6, N° 3. Disponible en: http://www.cbioetica.org/suplement/71_sup.pdf
7. Turton P, Hughes, Evans CD, Feynman D. Incidence correlates and predictors of posttraumatic stress disorder in de pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2000; 178: 556-60.
8. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubeck J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 777 84.
9. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 409-48.
10. Izquierdo FM. Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *An Psiquiatría* 2002; 18: 355-8.
11. Major B. Gramzow RH. Abortion as stigma: *J. Pers Soc Psychol* 1999;77:735-45.
12. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion-a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004; 18(2):160-168.
13. R. Furlong, R. Black. Pregnancy termination for genetic indications: The impact on families. *Social work in health care*, 10(1): 17 1984.
14. J. Lloyd, KM. Laurence. Sequelae and support alter termination of pregnancy for fetal malformation. *British Medical Journal*, 1985. 290:907-909.

15. B.D. Blumberg, M.S. Globus, K.H. Hanson. The psychological sequelae of abortion performed for a genetic indication, *Am. J. Obstet. Gynecol*; 122(7):799. 1995.
16. Investigación síndrome postaborto. Disponible en: <http://www.nomas-silencio.com/> Consultado el 11/08/2011.
17. Howard S. Modelo de Peplau. Aplicación práctica. Barcelona Ed. Masson-Salvat Enfermería, 1992.
18. Peplau HE. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: GP. Putman, 1952.
19. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. Versión española de la obra original inglesa *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing* de Hildegard E. Peplau, publicada por Macmillan . Education Ltd. De Houndmills, Basingstoke, 1990.
20. Ibáñez y Velasco JL. La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX. Siglo veintiuno de España Editores, S.A, (Madrid 1992).
21. Ley de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Boletín Oficial del Estado, n° 166. (12/07/1985)
22. Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Boletín Oficial del Estado, n° 55. (04/03/2010)
23. Ley por la que se establece y regula una red de apoyo a la mujer embarazada. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Ley 11/2009, de 1 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, n°39. (15/02/2011)
24. Abad Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002; 28(2): 128-33.
25. Cfr. "El aborto provocado", op. cit. "Declaración" de la Congregación para la Doctrina de la Fe, pp. 34-36.
26. Cfr. Exhortación Apostólica "Familiaris Consortio" (22-11-1981), la Institución "Donum Vitae" (22-2-1995), "Carta a las Mujeres" (29-6-1995) y Encíclica "Evangelium Vitae", Edic. Claretiana, Buenos Aires, 1995, n° 61-62, (25-3-1995).
27. Cfr. Encíclica "Evangelium Vitae" op. cit., n° 58.
28. Torralba M.J. Aborto. En: Arroyo Gordo Mª. P. (dir). *Ética y legislación en enfermería*. Mc. Graw-Hill, Interamericana España;1984: 143-147.

29. Definición de Interrupción voluntaria del embarazo. Medicina & Información. Consultado 01/07/2011. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-iveinterrupcionvoluntaria-del-embarazo/>
30. Gómez Lavín C. Consecuencias psíquicas del aborto en la mujer. "Síndrome Postaborto" Disponible en: <http://www.mujeryaborto.com/archivospdf/postaborto.pdf>
31. Ortega Barreda E. Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. Revista de Enfermería 2011; 5(1): 25-32.
32. Dupont M. Depresión-Psicología. Monografias.com Consultado 22/09/2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos42/depresionpsicologia/depresionpsicologia.shtml>
33. Sara Velasco Arias. Síndromes de malestar de las mujeres en atención primaria. Mujeres y Salud. Revista de comunicación interactiva 2005; n° 16. Consultado 22/09/2011. Disponible en: http://mys.matriz.net/mys16/16_22.htm
34. Definición ansiedad. Psicocentro, El portal del mundo de la Psicología. Consultado 14/08/2011. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b.
35. EF.Jones. JD. Forrest. Underreporting of abortion in surveys of U.S. Women. Demography 1976 a 1988, 1992. 29(1): 113-126.
36. Reardon DC, Cogle, JR. Depression and unintended pregnancy in the national survey of youth: a cohort study. BMJ 2002, 324:151-152
37. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. Med Sci Monit 2003; 9(4): CR157-164.
38. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after mis carriage and induced abortion: a longitudinal, five. year follow-up study. BMC Med. 2005, 3:18.
39. Pedersen W. Abortion and depression. A population-based longitudinal study of young women. Scand J. Public Health 2008; 36: 424- 8.
40. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. JAnxiety Disord. 2005; 19: 137- 42.

41. Bianchi-Demicheli F et al., Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecol Obstet Invest* 2002, 53: 48-53.
42. Bielecka Z. The role of the midwife in decreasing the number of abortions. *Pieleg Polozna* 1988; (5):7-9 contd.
43. Yee Fok W et al., Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstet Gynecol Reprod Biology* 2006; 2(126): 255-258.
44. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961; 4: 561-571
45. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat.* 1975; 12: 217-236.
46. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press (Trad. Esp. En Bilbao: Declée de Brower, 1983). Esta versión fue adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz, 1991. Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica, 1991. Citado por: Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; p 186-190.
47. Vázquez C, Sanz J. Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (1978): propiedades psicométricas y clínicas en muestras clínicas y en población general. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Psicología. En preparación. Citado por: Vázquez C, Jiménez F. Depresión y manía. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Barcelona: Masson S.A. 2000; p 291-293.
48. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 289-299.
49. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100.
50. Sanz J, Vázquez C. (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 58-81.

51. Sanz J, Vázquez C. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422
52. Sanz J, Vázquez C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318).
53. Sanz J. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Inventario de Ansiedad de Beck. Universidad Complutense de Madrid.
54. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1998; 56: 893-897.
55. Creamer M, Foran J, Bell R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behav Res Ther* 1995; 33: 477-485.
56. Sanz J, Navarro M. Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés* 2003; 9(1):59-84.
57. Magán I, Sanz J, Garcia-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of de Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol* 2008; 11(2): 626 640.
58. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1998; 56: 893-897.
59. Gissler M, Hemminki E, Longvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *British Medical Journal* 1996, 313:1431-1434.
60. Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 2003, 58:67-79.
61. López García S. Aspectos psicológicos de la atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo. *Matrona Prof.* 2(5): 10-16.
62. Burke T. Reardon DC. *Mujeres Silenciadas: Como se explica el sufrimiento de la mujer que aborta.* Madrid: Ed. Sekotia; 2009.

11

La esposa del paciente cistectomizado: análisis cualitativo del afrontamiento y adaptación a una nueva situación

María Estela Martínez Díaz
y Miguel Ángel Cánovas Tomás

Introducción

El cáncer, como enfermedad crónica, impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar, pero sobre todo en la pareja^{1,2}, en la que puede percibirse como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la misma, la recuperación, la adaptación y la comprensión de las necesidades y las expectativas de cada uno³. El matrimonio proporciona la ayuda específica que los efectos de la enfermedad provocan actuando como intermediario, neutralizando la tensión producida por esta². Reynolds y Kaplan (1990) demostraron que los datos sobre ajuste y supervivencia ante la enfermedad proporcionaban que la gente casada, de diferente edad y de ambos géneros, se adaptaban mejor a la enfermedad crónica y tenían una calidad de vida más elevada que gente soltera o sin pareja¹.

El género del paciente y de la pareja sana también influye en la forma en que las parejas se van a adaptar a los conflictos que la enfermedad y la salud les presentan (Matthews, Manor y Power, 1999). Los hombres se benefician significativamente más que las mujeres en el riesgo reducido de mortalidad (Cutrona y Russell, 1990; Sherbourne y Hays, 1990; Umberson, 1992). Diversos

estudios han demostrado que las esposas llevan consigo una mayor carga en el cuidado de los pacientes que los hombres y que experimentan mayor grado de ansiedad y de depresión psicológica, tanto como de cuidadoras como de pacientes (Burman y Margolis, 1992).

Como profesionales de enfermería entendemos que en el marco de nuestra profesión cobra especial relevancia el apoyo social prestado a la pareja que está al cuidado del paciente enfermo de cáncer de vejiga tratado mediante cistectomía radical, pues el conocimiento de cómo afrontar esta enfermedad por parte de la esposa puede minimizar el impacto mental y emocional que esta produce, contribuyendo a una recuperación más exitosa y rápida del esposo enfermo, como se pone de manifiesto en un estudio realizado por M.J. Salter (1992), donde las personas ostomizadas incluidas expresaban que era importante contar con la colaboración de la pareja sentimental para lograr adaptarse a los cambios que sufre su imagen corporal, para la rehabilitación que deben llevar a cabo posteriormente y para la integración al medio social y familiar tras su intervención.

Cáncer vesical y su relación con la cistectomía

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer de vejiga representa el 5% del total de los tumores en Europa⁴, encontrándose España como uno de los territorios con la incidencia más alta, especialmente en varones⁵. Está relacionado directamente con el aumento de la edad, presentando un pico máximo alrededor de la séptima década de la vida, con una edad media de 65 años^{6,7}. Se encuentra relacionado etiológicamente con el consumo de tabaco, presentando un riesgo cuatro veces mayor en fumadores que en no fumadores^{4,6,7,8} y el riesgo de padecerlo aumenta con otros factores como la exposición a sustancias químicas como tintes y anilinas, a radiaciones ionizantes y a ciertos agentes citotóxicos, con la ingesta de analgésicos como la fenacetina, y también, con la presencia de catéteres vesicales o de cálculos que condicionan a padecer infecciones urinarias crónicas^{4,6,8}.

Biológicamente, la pared de la vejiga urinaria está constituida por tres capas, que de exterior a interior, reciben el nombre de serosa, muscular y mucosa. La invasión de la capa muscular constituye el punto de inflexión para un tratamiento más radical, la extirpación de la vejiga, lo que se conoce como cistectomía radical. Este tipo de intervención quirúrgica lleva asociada la resección de los

ganglios linfáticos próximos a la vejiga y la resección de los órganos vecinos como la próstata y las vesículas seminales en el hombre. Como consecuencia se hace necesario realizar la reconstrucción del tracto urinario inferior realizando una derivación de la orina, consistente en la reconexión de los uréteres a un segmento intestinal para su drenaje por medio de la creación de una nueva vejiga ortotópica, o bien, por medio de la creación de un estoma a nivel abdominal, lo que recibe el nombre de urostomía, y que al carecer de esfínter hace que la expulsión de la orina no pueda ser controlada voluntariamente, lo que le hace al paciente necesariamente llevar una bolsa colectora en el abdomen que le permita recoger y almacenar la orina permanentemente.

Dicha intervención, pese a ser un tratamiento muy eficaz, supone para el hombre una grave agresión, tanto a nivel físico como psíquico, la cual afecta a su integridad corporal, a su capacidad funcional y a su calidad de vida, ocasionándole un gran impacto en su vida diaria pues origina una sensación importante de pérdida y de daño irreversible a la imagen corporal, la cual puede dar lugar a una situación estresante y de crisis, existiendo la posibilidad de la aparición de problemas de afrontamiento debidos al miedo a la reacción que sus seres queridos pueden manifestarle y al rechazo que la sociedad le puede mostrar. Todo ello hará que las mujeres, como cónyuges sanos, no solo tengan que lidiar con la enfermedad de su esposo, sino que además también lo tendrán que hacer con las respuestas emocionales que el hombre tenga hacia su propia enfermedad (Cutrona, 1996).

Pareja y enfermedad

Tal y como indica Navarro⁹ no resulta fácil encontrar un discurso con relevancia clínica en el área de pareja y enfermedad en el campo de la psicología, y lo mismo ocurre en el campo de la enfermería, donde no son muchos los estudios relevantes acerca de la intervención enfermera en la pareja ante las situaciones de enfermedad. Sin embargo, a nuestro entender y atentos a nuestra praxis enfermera, se puede ayudar mucho al individuo, así como a la pareja, investigando este proceso vital.

Un estudio importante acerca de esta cuestión son los trabajos de Burman y Margolis¹⁰ que evalúan el impacto de la enfermedad en la pareja casada atendiendo a tres variables del matrimonio y cómo estas variables influyen en la enfermedad. Dichas variables son:

- a) *Estatus marital*: variable demográfica que define si uno está casado o no.
- b) *Cualidad marital*: es la evaluación subjetiva que los esposos hacen de su matrimonio.
- c) *Interacción marital*: formas en que los esposos se comportan entre sí.

Por otra parte, las investigaciones de Stiehl et al¹¹ enfatizan la importancia de una sana relación marital donde exista una adecuada comunicación, la cual permita comprender el impacto que la enfermedad puede tener en ambos miembros y que facilite este proceso de adaptación para vivirlo del modo más sano posible.

En esta línea, los estudios de Roig et al¹² afirman que la actitud adoptada, así como la experiencia que vive la persona más cercana al enfermo, está en conexión directa con el afrontamiento y la promoción de los cambios en su estilo de vida que realiza el paciente.

En este sentido Cutrona¹³ indica que las parejas frente a la enfermedad han de afrontar tres tareas básicas:

- a) *Tarea emocional*: manejar la angustia que la enfermedad genera.
- b) *Tarea centrada en el problema*: continuar con las responsabilidades anteriores y afrontar las nuevas que impone la enfermedad.
- c) *Tarea relacional*: dar respuesta a las necesidades de la persona enferma.

Góngora y Pereira¹⁴ centran sus investigaciones en los aspectos más disfuncionales y proponen tres áreas de interés: a) *intimidad de la pareja*; b) *equilibrio de la pareja* y c) *temas relacionados con la enfermedad* (donde por el tema de nuestra investigación y los objetivos de nuestro estudio, haremos referencia a la inclusión de los profesionales de la salud en la pareja).

- **Roles de género**

Apoyándonos en el análisis de Góngora y Pereira¹⁴, así como en los estudios de Solano y Siles¹⁵ y Mahrer et al¹⁶, la cuestión del sexo de la persona que enferma, así como del cuidador, es fundamental en el momento de entender la dinámica de la pareja. Los mandatos de género que han permitido una socialización de las mujeres en roles de atención y cuidado, nos hace comprender que la forma en que las mujeres se comportan cuando sus maridos enferman se trata de una

extensión de estos roles. Lo que en ocasiones se traduce en una carga excesiva de trabajo que imposibilita sus expectativas de futuro¹⁷.

- **Ciclo evolutivo**

El impacto de la enfermedad, especialmente cuando se trata de una cistectomía radical, es diferente según el momento evolutivo de la pareja. En el caso de que tenga lugar en una pareja joven, el impacto y el sentimiento de frustración es aún mayor por todo lo que lleva consigo: aparición inesperada, sueños rotos, deseo de tener hijos, trabajo, sexualidad, lo que hace que el trabajo de afrontamiento y adaptación sea mayor. En las parejas ancianas cobra especial relevancia la cuestión del cuidado del otro, dado que es un momento vital en el que las limitaciones físicas pueden restringir la capacidad de cuidado del otro, y la dependencia de otros miembros de la familia, en especial los hijos, o personas ajenas a esta. Por otra parte, en las parejas ancianas, se presenta como elemento positivo el hecho de tener una larga historia de relación y unas rutinas establecidas de modo funcional, esto les permite estar en mejor disposición y entendimiento mutuo para sobrellevar mejor la enfermedad.

- **Equidad en la relación**

La enfermedad en el seno de la pareja también trae consigo un desequilibrio en el balance de recompensas y costos¹³. Para el esposo enfermo la relación marital cobra mayor importancia y para el esposo sano esta se vuelve más costosa. Desde un punto de vista clínico, las investigaciones señalan dos elementos principales que pueden ser motivo del mantenimiento de la equidad, tanto psicológica como estructural, en la pareja:

- *Nuestro problema*: es conveniente que el problema no se vea como el de uno solo (*mi problema*), de lo contrario, el enfermo adquiere una importante cuota de poder sobre la relación.
- *La enfermedad dirige la relación*: es necesario que ambos cónyuges establezcan límites y tomen conciencia de esta cuestión como tarea clave en el manejo del duelo por la pérdida de la normalidad. Un elemento que puede ayudarles es la búsqueda de espacios donde

no se hable, piense o se comuniquen cosas que tienen que ver con la enfermedad.

- **Intrusión de los clínicos en las relaciones de pareja**

Comúnmente la aparición de una enfermedad terminal o crónica necesita la inclusión de un profesional de la salud en la pareja. La tesis que aportan los autores investigados, y en especial Rolland¹⁸, defiende que dicha inclusión puede llegar a ocasionar problemas potencialmente serios pues entran elementos en juego que tienen que ver con qué rutinas médicas pueden llegar a ser asumidas por el cónyuge sano, así como la capacidad y motivación de este para asumirlas sin que le proporcionen incomodidad o un elevado nivel de estrés.

Objetivo

Como objetivo general de este estudio nos hemos propuesto identificar y comprender las experiencias vividas por la mujer, como esposa de un paciente al que se le ha realizado una cistectomía radical, ese momento crucial de la enfermedad, con el fin de mejorar nuestros cuidados enfermeros. Para ello nos planteamos:

1. Identificar los sentimientos que experimenta y las dificultades con las que se encuentra la mujer desde el momento que conocen el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
2. Conocer las estrategias de afrontamiento que han utilizado para superar la situación de crisis que se les presenta.
3. Analizar aquellas cuestiones que mejoran la práctica en el ejercicio de la profesión enfermera en la planta hospitalaria donde se encuentran ingresados estos pacientes acompañados por sus esposas.

Metodología

El método utilizado en este estudio es de tipo cualitativo descriptivo con carácter fenomenológico. El conocer cómo afrontan las mujeres la enfermedad de su esposo sería el tema poco conocido, lo que nos lleva a explorar los sentimientos, percepciones y creencias que estas mujeres desarrollan para llevar a cabo ese afrontamiento, así como las dificultades con las que se encuentran, y cómo todo ello le influye ante el marido enfermo, el cual necesita de su ayuda.

- **Ámbito y población de estudio**

Nuestra investigación se centra en el estudio de un grupo de cuatro mujeres, esposas de pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de Urología del Hospital General Universitario Morales Meseguer de la ciudad de Murcia. Esta población, con edades comprendidas entre los 47 y los 72 años, con una media de edad de 60,75 años, con diferentes niveles de estudios y en situaciones laborales diversas, se extrajo teniendo en cuenta a los pacientes masculinos ingresados en este hospital con diagnóstico de cáncer de vejiga y tratados mediante intervención quirúrgica de cistectomía radical.

Como criterios de inclusión para formar parte del estudio consideramos como característica principal un espacio mínimo de tiempo de 6 meses como conocedores del diagnóstico de la enfermedad y que ya hubieran sido intervenidos quirúrgicamente presentando la derivación urinaria, así como el hecho de que fueran parejas casadas, con la peculiaridad de que el hombre fuera el enfermo o paciente y la acompañante o cuidadora principal fuera la mujer.

- **Recogida de datos**

El acceso a los registros de pacientes ingresados en la planta de urología nos permitió seleccionar a aquellos que llevaban diagnosticados de cáncer de vejiga y operados con cistectomía radical más de seis meses, comprobando a la vez su estado civil.

Contactamos telefónicamente solicitando la colaboración de la esposa de forma voluntaria explicándoles los objetivos y la finalidad del estudio proponiéndoles una entrevista, garantizándoles en todo momento la confidencialidad de su participación a través de una declaración de consentimiento informado.

Las entrevistas se realizaron en el hospital, en un despacho de la planta de urología, durante el mes de Abril del año 2013. Fueron grabadas magnetofónicamente para permitirnos su posterior transcripción y análisis, y se recogieron algunas notas de campo en papel, como comentarios y observaciones que en ese momento mostraba la informante como comunicación no verbal.

Empleamos entrevistas semiestructuradas (anexo), ya que de esta forma

se nos permitía conocer cuestiones más en profundidad mediante la realización de preguntas abiertas, haciendo flexibles las cuestiones a la vez, lo que nos permitía entender problemas planteados por las esposas entrevistadas con los que no contábamos al comienzo de la entrevista. Su duración osciló entre 50 y 70 minutos, creando un clima de confianza y una relación cálida con las mujeres entrevistadas.

Debemos citar algunas limitaciones con las que nos encontramos al iniciar las entrevistas, ya que algunas de las mujeres seleccionadas para participar en el estudio se negaron a ello alegando vergüenza por exponer sus vivencias en una entrevista e imposibilidad horaria, viéndose reducido nuestro número de participantes de doce a cuatro.

Resultados

El análisis del contenido de los discursos muestra tres momentos cruciales en la vida de estas mujeres:

1. El momento en el que se les comunicó que sus parejas padecían cáncer vesical y habían de ser operadas con la extirpación de la vejiga de la orina como tratamiento y la realización de una urostomía.
2. El proceso de hospitalización.
3. La vuelta a su domicilio y a su vida cotidiana tras el ingreso hospitalario.

Todas las participantes revelaron haber sufrido un momento que calificaron como malo, duro, inquietante, desconocido y angustioso que les ha generado un gran cambio en sus vidas, tanto individuales como de pareja (“es un trance muy malo y creo que la gente no está preparada para recibir eso, nosotros fue algo de la noche a la mañana” D.4).

Además, obtuvimos como subtemas las categorías que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resultados obtenidos del análisis de los discursos y citas textuales

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Acompañamiento durante el proceso de la enfermedad asumiendo responsabilidades:

1. "Lo hemos vivido juntos, íbamos al médico e íbamos juntos, todo, todo, entonces somos partícipes de todo" (D.4).
2. "El médico nos lo dijo a nosotros" (D.3).
3. "Ya te haces a que eso es para ti y para él" (D.1).
4. "Nos lo contaron muy bien, nos dijeron lo que era" (D.2).
5. "Las pastillitas se las doy yo" (D.2).
6. "Aquí si no estoy yo ¿te has tomado el medicamento? Si no estoy yo, se le olvida" (D.1).
7. "Un día lo llegué a cambiar hasta tres veces" (D.4).
8. "La bolsa no se la he tenido que quitar nunca", "yo le lavo eso" (D.1).
9. "Cuando voy a curarlo" (D.2).

Abandono temporal del empleo:

10. "Porque yo en la baja no puedo estar toda la vida, yo llevo que va a hacer dos meses en la baja, pues desde que lo operaron a él, y yo la baja la tengo que dejar enseguida" (D.2).

Comunicación:

11. "Siempre en nuestro matrimonio era todo hablado y no de decir eso porque luego sale todo y vienen los problemas más gordos" (D.4).
12. "Dentro de que él tiene días, que a lo mejor un día se levanta, ¿qué te pasa?, pues nada, qué me va a pasar" (D.2).
13. "Y aparte, que estas cosas unen más al matrimonio, no solo las alegrías, los problemas te unen más" (D.3).

Sexualidad:

14. "Lo pasa mal, mal, mal, entonces eso es algo desterrado", "nuestro problema principal aparte de lo de la urostomía y todo eso, para él es el tema de la sexualidad" (D.4).

Sobreprotección:

15. "Él, a veces, no es que me conteste mal, me sube un poquito el grito", "yo le digo que yo no tengo la culpa y entonces lo freno en seco" (D.1).
16. "Llegaba un momento en que no sabías cómo hablarle, si le hablabas bien le sentaba mal, si le hablabas mal le sentaba mal, es que no sabía ya, entonces era una desesperación total" (D.4).

SENTIMIENTOS Y PERCEPCIONES

17. "En ese momento mal, mal porque te quedas que no sabes por donde vas, parece que se te apaga todo" (D.1).

18. "Yo en ese momento mal, en ese momento mal, ya después asimilarlo" (D.2).
19. "Esto viene y lo aceptas y ya está. Lo aceptas con dolor, el sufrimiento no te lo quita nadie" (D.3).
20. "Ese tiempo antes de llegar a la operación fue muy malo, muy malo, para mí particularmente. Yo el día me lo pasaba llorando, con la incertidumbre, con el pensar lo que se venía encima, los problemas que aquello acarrearía, el quedarme sin él" (D.4).
21. "Sin hermanas, hermanos sí, hermanos tengo cuatro pero hermanas no, y entonces a quién le cuento yo las cosas ¿eh? A nadie, me las tengo que, yo me las tengo que amasar, me las tengo que cocer, me las tengo que comer yo sola" (D.2).
22. "me da pena también porque yo sé lo activo que ha sido y me da pena de echárselo todo encima, de agobiarlo, me da pena de agobiarlo y no quiero agobiarlo, pero con el tiempo se lo hará" (D.1).
23. "mis hijos están en edad de estudios, como todo el mundo tengo hipoteca, tienes problemas, luego una serie de cosas pues que a mí todo eso se me venía, madre mía si él me falta me hundo, yo mi vida no, aparte de que es mi marido y lo quiero por la situación en la que yo me quedaba" (D.4).
24. "El pilar de mi casa es él, es él, para los hijos, para las pagamentas" (D.2).

DIFICULTADES EN EL CUIDADO DE LA UROSTOMÍA

25. "A lo primero me costaba, me daba un poquito de repelús esa mocarra que echa, a veces no tenía ganas" (D.1).
26. "A lo primero lo pasé fatal a la hora de ponérselo porque no sabía de qué forma se lo iba a poner para que eso no se le despegara" (D.2).
27. "Un día lo llegué a cambiar hasta tres veces, me faltaba material ¡sufriendo! Por una parte porque me quedaba sin material y por otra parte no saber qué hacer" (D.4).
28. "A mi madre le quitaron el colon y estuvo con bolsa, colostomía, entonces yo estuve cuidándola cierto tiempo quitándole la bolsa, o sea, que para mí no era nuevo" (D.3).
29. "Yo he visto las bolsicas de esto porque donde trabajo por desgracia o por suerte ha habido ancianos que han llevado la bolsica" (D.2).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Animan constantemente al esposo:

30. "Él tiene días, a lo mejor un día se levanta, ¿qué te pasa? Pues nada, qué me va a pasar, porque todas las cosas me tienen que pasar a mí. Por qué me ha tenido que pasar esto, digo hijo, porque te ha tocado a ti y ya está, vamos a pasarlo lo mejor posible y a no tener esa cara porque te voy a pintar una sonrisa" (D.2).

Procuran mantenerlos activos:

31. "Muchas veces yo lo mando a él, le digo corre y tráete esto, corre y tráete lo otro, corre a la farmacia, pues y él como ahora se siente inútil como él dice" (D.1).

Fomentan su independencia:

32. "Yo se lo hubiera hecho pero yo me hacía de tripas corazón para que se lo hiciera él porque yo no quería que fuera dependiente para nada", "se hace mirando el bien de él, no el bien de una, de él" (D.3).
33. "Yo un día dije tengo que procurar que él, entonces un día le dije ay, que estoy muy cansada ¿por qué no lo intentas tú?" (D.4).

Se apoyan en la espiritualidad y creencias:

34. "Ayuda mucho ser creyentes, si tú eres una persona que practica y tienes fe todo esto lo vives con mucha más facilidad y eso es lo que fundamentalmente a nosotros nos ha ayudado, la mano de Dios, lo que Dios quiera, (...) ese nivel para mí es tan fundamental como el humano" (D.3).
35. "Pero yo pienso que todo eso lo superará si Dios quiere" (D.1).
36. "Es que la fortaleza es según sea el espíritu de cada persona, hay personas que aunque le pase que haya vivido una situación de esta son poco de espíritu, y si son poco de espíritu yo creo que se hundan más" (D.2).

Buscan apoyo en el grupo:

37. "Y entre nosotras nos damos ánimo", "hablar con otras mujeres, nos damos mucho ánimo, en mi pueblo hay varias entonces nos vemos, pues cómo te va esto, pues a mí me pasa esto, a mí lo otro" (D.1).

INTERVENCIONES ENFERMERAS A MEJORAR

38. "Que la cambie (bolsa colector) más veces, sí, antes de irse a casa", "a lo mejor es poco tiempo, yo creo que deberíais desde el primer momento con vosotros y decir no, házselo tú, porque luego se van a la casa y entonces no tienen a quién preguntarle, porque al estar aquí si algo no se hace bien puedes preguntar al enfermero, a la enfermera, pero si estás en tu casa, si en ese momento tú no te acuerdas o lo que te han dicho o cómo se lo tienes que poner, ¿a quién le preguntas?" (D.2).
39. "A lo mejor, si quizás con algún maniquí o con algo, eh, por lo menos para practicar, para ver cómo se hace para coger un poco, porque claro, entre los nervios de que no sabes, de que lo quieres hacer bien, que es algo nuevo, luego, claro, aquello está todo recién operado, claro, no sabes si lo haces bien o no con tantos hilos que llevaba" (D.4).
40. "Con respecto a la mujer, que en vez de que se quede fuera que pase siempre con vosotros desde el primer momento, desde los primeros días, (...), que lo haga la mujer estando delante de él, estando la enfermera delante, no al revés, porque así se va a su casa un poco flojucha" (D.3).
41. "Yo me fui de aquí sin poner la bolsa (...), en mi casa es que la he puesto de veros a vosotros" (D.1).
42. "Estas personas que están urostomizadas necesitan una atención un poco más estrecha, me refiero por ejemplo, creo que mi marido necesita de un psicólogo aunque él no lo con-

sidere, tanto para el matrimonio como para la vida familiar como para él mismo principalmente, entonces no sé, creo que poner algo más al alcance de la gente para si necesitas esto lo tienes, no que el paciente lo tenga que pedir" (D.4).

VUELTA AL DOMICILIO FAMILIAR

43. "A lo primero de irnos con la operación (...) cogió una cosa de nervios (...), y a quién le dices que no entre" (D.1).
44. "Es que hay que buscarle, que diga pues sí salgo" (D.2).
45. "Porque él no se sentía seguro, él no quería salir a la calle", "luego el temor a fracasar en el sentido de que vas por la calle y decir voy mojado, entonces eso era superior a sus fuerzas, y de hecho estuvimos mucho tiempo que si salíamos era lo justo", "cuando la gente vino a verle, claro, lleva una bolsa, ¿a quién se lo decías?" (D.4).
46. "Cuánta gente habrá y no lo sabemos, (...) que no serás tú solo, lo que pasa es que te lo reservas, tampoco te vas a poner un cartel que ponga lo que te han hecho o lo que te pasa" (D.2).

Discusión

Partiendo de las experiencias vividas y percibidas por las participantes del estudio, podemos comprobar que existen relaciones con los trabajos de Burman y Margolis¹⁰ citados por Pereira², puesto que estas parejas casadas afrontan la enfermedad con más solidez debido a todos los años que llevan juntos y a que su proyecto de vida familiar en común ya lo han llevado a cabo prácticamente en su totalidad. Tal y como defienden estos autores, estos matrimonios tienen un afrontamiento sano en el que se da una amortiguación del estrés y superan la enfermedad sin grandes crisis que desestructuren su pareja.

Stiell et al¹¹ enfatizan en sus investigaciones la importancia de una sana relación marital en la que exista una comunicación adecuada, la cual permita comprender el impacto de la enfermedad en ambos cónyuges y facilite la adaptación a esta para vivirla sanamente. Prestando atención a ello, encontramos en los discursos de nuestras participantes similitudes, pues nos explican en ellos que en su relación marital todo siempre ha sido hablado y ello les ha ayudado a resolver las situaciones conflictivas que se les han ido presentando a lo largo del tiempo de una forma más eficaz, incluso siendo mejor esta tras la enfermedad, como una de las participantes nos ha reconocido, coincidiendo, además, con las edades más avanzadas, como citamos con anterioridad ("Y

aparte, que estas cosas unen más al matrimonio, no solo las alegrías, los problemas te unen más” D.3).

Tomando en cuenta las tres tareas básicas frente a la enfermedad que Cutrona¹³ expone que han de afrontar las parejas, diremos que:

- a) En cuanto a la tarea emocional en la que se debe manejar la angustia que la enfermedad genera para que el miembro enfermo de la pareja se sienta mejor, en nuestro estudio los resultados nos dan a conocer que las participantes no saben cómo manejar la incertidumbre que la enfermedad de sus esposos les genera. Como ellas bien explican no saben lo que hacer, lo pasan muy mal, lloran constantemente y no saben a quién ni a dónde acudir, se encuentran solas, simplemente se resignan a ello y ya está, por lo que en estas circunstancias y durante el periodo de tiempo en que lo sufren, que suele coincidir con el principio del proceso de la enfermedad, son incapaces de afrontarlo de una forma satisfactoria haciendo que el marido enfermo se sienta peor.
- b) El hecho de continuar con las responsabilidades anteriores y afrontar las nuevas que imponen la enfermedad (tarea centrada en el problema) es difícil de llevar a cabo, pues con su implicación en el cuidado estas mujeres suprimen algunas de estas para incluir las que requiere la enfermedad, como puede ser salir a la calle con su pareja a pasear, pues estos se aíslan en casa por la urostomía. Por tanto, no podemos apoyar al autor en este punto.
- c) Y por último, haciendo referencia a la tarea relacional, aquella que dice dar respuesta a las necesidades de la persona enferma, sí que encontramos multitud de analogías en nuestros resultados, puesto que durante todo el proceso de la enfermedad nuestras participantes se dedican por completo a las necesidades de su pareja enferma acompañándolas a visitas y a pruebas médicas, durante la estancia hospitalaria, haciéndose cargo de su medicación y de sus curas diariamente, así como procurando constantemente el bienestar de este en todos los aspectos y su satisfacción con ello.

Podemos afirmar haber hallado coincidencias con los análisis presentados por Góngora y Pereira, en los que en el plano de comunicación de la pareja se dan manifestaciones por parte del cónyuge enfermo de enfado, mal humor y

agresividad por la incapacidad que les proporciona la enfermedad, la alteración de su aspecto físico y la dependencia con su esposa. En el plano sexual, una de las participantes, la más joven, nos ha revelado la importancia que para su esposo tiene el hecho de no poder mantener relaciones sexuales satisfactorias por la disfunción sexual que padece secundaria a la cistectomía radical, coincidiendo también con estos análisis, aunque encontramos discrepancias en cuanto a que los autores proponen que el profesional debe ayudar a ambos miembros frente a esto proporcionándoles información ante sus dudas y preocupaciones y la esposa entrevistada nos expone en su discurso no haber recibido información sobre ello de ningún sanitario.

En consonancia con los trabajos de Góngora y Pereira¹⁴, Solano y Siles¹⁵ y Mahrer et al¹⁶, en relación a los roles de género, los datos obtenidos en nuestro estudio nos llevan a apoyar el hecho de que la persona enferma de la pareja sea el hombre y la sana la mujer para que el matrimonio y la familia no corran un riesgo mayor llegando a desestructurarse y romperse, pues estas, debido a los roles adquiridos socialmente sobre atención y cuidados, se encargan de llevar y asumir el cuidado del esposo en todo momento, además de los cargos y responsabilidades que tenían ya con anterioridad, de hecho, creen que el cuidado y los cambios que requiere la urostomía les corresponden a ellas, asumiendo así una responsabilidad que no favorece el autocuidado del esposo.

Queremos destacar aquí un discurso en relación a esta cuestión: “yo soy, como si dijeras, como un banco, ¿tú has visto los bancos que llevan en la huerta? Pues él es lo principal que es por donde subes, y yo la pata que es lo que sujeta, yo soy la que sujeta y si yo me pongo mala o lo que sea, él se hunde” D.2.

En lo referente a la equidad de la relación expuesta por los autores, los resultados obtenidos de nuestro estudio también los respaldan. El hecho de ver el problema de la enfermedad como “nuestro problema” ayuda a que el enfermo no adquiera más poder sobre la relación, evitando así conflictos. Todas las participantes hablan en plural en sus discursos, haciéndose partícipes durante todo el proceso de la enfermedad yendo juntos a las visitas y a las pruebas médicas, encontrándose presentes durante todo el tiempo que dura la estancia hospitalaria, haciéndose responsable ante cualquier complicación con el estoma, quedándose en el domicilio junto a ellos durante el tiempo que se niegan a salir a la calle, etc.

En cuanto a la búsqueda de espacios en los que no se hable, se piense o se comuniquen cosas referentes a la enfermedad, propuesta por estos autores, con nuestro estudio no podemos afirmar que esto sea así, pues el matrimonio pasa un largo período de tiempo en el hospital donde todo gira en torno a la evolución o a las complicaciones que el esposo sufra con ella, y posteriormente, con la vuelta al hogar, esta sigue anteponiéndose.

Y para finalizar con la discusión, haremos alusión a la tesis que Rolland¹⁸, junto a otros autores investigados, defienden sobre la problemática que puede llegar a causar la inclusión de un profesional sanitario en una relación de pareja. Para este autor es necesario saber qué rutinas médicas pueden llegar a asumir los cónyuges sanos sin llegar a proporcionarles con ellas incomodidad y un nivel elevado de estrés, pudiendo llegar a verse desafiada su creencia de autosuficiencia por la necesidad de la presencia de un profesional de la salud, desestimando las indicaciones de este. En ese sentido, nuestro estudio nos muestra cómo estas mujeres tienen que aprender a realizar una serie de cuidados del estoma con los que les surgen sentimientos de miedo por el desconocimiento, por tanto, asumen una serie de rutinas médicas que les son incómodas y que les provocan estrés a la hora de realizarlas.

Y en cuanto a la intromisión del profesional sanitario en la pareja, las participantes nos han explicado que les gustaría recibir más atenciones y explicaciones por parte del personal de enfermería en los cambios de la bolsa colectora mientras están hospitalizados, pues desde su punto de vista y según sus opiniones, estas intervenciones son escasas e insuficientes, ya que cuando vuelven a su domicilio, ellas no saben cómo hacerlo encontrándose con un montón de dudas. Incluso una de ellas reclama, además, atención y ayuda por parte de un profesional de salud mental para sobrellevar mejor la situación. Por tanto, concluimos sin poder apoyarnos en los trabajos de este autor.

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos con la realización de este trabajo de investigación nos han puesto de manifiesto las siguientes conclusiones en relación con la esposa del paciente cistectomizado:

- La necesidad de información y de apoyo que precisan estas mujeres desde el inicio de la enfermedad de sus cónyuges hasta tiempo después de la vuelta a sus domicilios.

- El sentimiento de soledad que viven pese a tener diversos familiares y amigos, la angustia, el temor y la preocupación constantes por el estado del esposo, el cual, en muchos casos, es el sustentador de la familia.
- La sobrecarga de trabajo por la atención y cuidados prestados hacia el esposo enfermo, en los que en diversas ocasiones, estas mujeres no saben cómo actuar o cómo hacerles frente.
- La necesidad de formación que presentan en relación al completo desconocimiento que tienen, y sienten, ante las actividades enfermeras que deben llevar a cabo sobre los cuidados que requiere y precisa el estoma.

A nuestro entender, el conocimiento de las vivencias por las que pasan estas parejas por parte del personal de enfermería favorecerá la inclusión de las mujeres de estos pacientes en los programas de recuperación de los pacientes intervenidos con cistectomía radical y derivación urinaria en la planta hospitalaria donde son ingresados, así como también, facilitará el conocimiento necesario para la elaboración de unos protocolos que proporcionen a estas mujeres las estrategias necesarias por parte del personal de enfermería para ayudarlas en la superación del proceso y en la realización de los cuidados que requieren sus cónyuges enfermos de ellas con respecto al estoma que presentan.

Bibliografía

1. Baider, L. "Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos", *IJCHP*, (Esp). 2003; 3 (1): 505-20.
2. Navarro Góngora, J., Pereira Miragaia, J. *Parejas en situaciones especiales*. 1ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
3. Baider, L. "Psychological intervention: Time-limited thematic group dynamic with post-mastectomy couples". *Supportive Care in Cancer*, 1995; 4: 239-43.
4. López Arroyo, F., Reyes Armilla, A., Gallego López, J.M., Nouselles Pavía, A. "Cuidados pre y post-quirúrgicos del paciente sometido a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker", *Dialnet* (Esp).
5. Ramos Sánchez, M.E., Carracedo Arrastio, J.D., Domínguez Domínguez, S., Piñeiro Guimerans, M.C., Rezola Aldaz, B. "Guía de información prequirúrgica a los pacientes que van a ser sometidos a una cistectomía con estoma", *ENFURO*, (Esp). 2011; 119.
6. De los Ríos Osorio, J., De los Ríos Osorio, S. *Cirugía, Urología*. 1ª ed. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2005.
7. Angulo, J.C., Cáceres, F., Arance, I., Romero, I., Ramón De Fata, F., Cabrera, P.M. "Cistectomía radical laparoendoscópica con neovejiga ileal ortotópica a través de puerto único umbilical", *Actas Urol* (Esp). 2012; 36 (09): 554-61.
8. González Barón, M., Ordóñez, A., Feliu, J., Zamora, P., Espinosa, E. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
9. Navarro Góngora, J. *Enfermedad y familia: manual de intervención psicossocial*. Barcelona: Paidós; 2004.
10. Burman, B., y Margolis, G. "Analysis of the association between marital relationships and health problems: An international perspective". *Psychological Bulletin*, 1992; 112 (1): 39-63.
11. Stiell, K., Naaman, S. y Lee, A., "Couples and Chronic Illness: an attachment perspective and emotionally focused therapy interventions", *Journal of Systemic Therapies*, vol. 26, nº 4, 2007, pp. 59-74.
12. Roig C., Juncá C., Merino O., Ortigosa L., Cazorla M. y Gómez M.J., "Creencias y percepciones de los cuidadores formales e informales del enfermero en cardiopatía isquémica", *Enfermería Cardiológica*, nº 29, 2003, pp. 30-34.
13. Cutrona, C.E. *Social Support in Couples*. Londres: Sage; 1996.

14. Rocamora, A. *Un enfermo en la familia. Claves para la intervención Psicológica*. Madrid: San Pablo; 2000.
15. Solano, M.C., Siles, J. "Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos", *Índex de Enfermeria*, 2005, 51: 29-33.
16. Mahrer-Imhof, R., Hoffmann, A., Froelicher E. "Impact of cardiac disease on couples relationships", *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57 (5): 513-521.
17. Solano Ruíz, M.C, Siles González; J. y Fernández de Freitas, G., "Vivencias de las esposas cuyas parejas han sufrido un infarto agudo de miocardio. Un estudio fenomenológico", *Índex de Enfermeria*, vol. 17, nº 1, 2008.
18. Rolland, J.S., *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa, 2000.
19. Manne, S.L. y Zautra, A.J. "Couples coping with chronic illness: Women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands". *Journal of Behavioral Medicine*, 1990; 13: 327-45.
20. Gerrish, K., Lacey, A. *Investigación en Enfermería*. 5ª ed. Madrid: McGraw Hill, 2006.
21. Valles Martínez, M.S. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. 1ª ed. Madrid: Síntesis, 1997.
22. Anento Nolla, S., Escoda Pellisa, M.T., Viñuela López, R., Menasanch Martí, I., Franch Llasat, R., Pons Prats, A. et al. "Proceso de atención de enfermería a un paciente con derivación urinaria: cistectomía radical", *ENFURO (Esp)*. 2007; (103): 25-32.
23. Ramos Sánchez, E., Domínguez Domínguez, S. "Eficacia de un programa para la atención integral del paciente urostomizado en la mejora de los problemas de afrontamiento". *Índex de enfermería*, 2011; 7 (3).
24. Gore, J., Litwin, M., Lai, J., Yano, E., Madison, R., Setodji, C. et al. "Use of radical cystectomy for patients with invasive bladder cancer". *JNCI*. 2010; 102 (11): 802-11.

ANEXO

Guión de la entrevista semiestructurada

ENCUADRE AUTOBIOGRÁFICO:

- **EDAD:** (resulta importante valorar la edad, porque el impacto de la enfermedad es diferente según el momento evolutivo de la pareja).
- **ESTUDIOS:**
- **PROFESIÓN:**
- **TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA REALIZACIÓN DE LA CISTECTOMIA:** (es conveniente que hayan transcurrido al menos 6 meses).

PREGUNTAS:

(Introducir antes de la pregunta, información general para llegar a lo particular. El entrevistador, hablará del impacto que supone en la pareja recibir la noticia de que el paciente tiene que ser cistectomizado).

1. Me gustaría conocer cómo vivisteis los primeros momentos cuando el médico os comunicó que era necesario extirpar la vejiga.
2. ¿Cómo lo vivió su esposo? ¿Cómo se sintió? (pensamientos, sentimientos, necesidades de información, etc.).

(Introducir de lo general, apoyándonos en el Marco Teórico, las alteraciones que sufren los pacientes cistectomizados, para llegar a lo particular).

3. Hábleme de las complicaciones que ha tenido su esposo relacionadas con la enfermedad: complicaciones del estoma, pérdidas de orina, problemas con la bolsa colectora, heridas, etc.
4. ¿Cómo se ha sentido él ante estas situaciones? ¿Cómo lo ha vivido? *(nota teórica para el entrevistador: la eficacia del paciente para manejar su enfermedad, aparece igualmente relacionada con la del esposo sano a la hora de manejar los mismos desafíos, especialmente el estrés y ansiedad).*
5. Hábleme de aquello que más le ha costado en cuanto al cuidado del estoma, la herida, el catéter, etc. ¿Se ha encontrado con alguna dificultad? ¿Cómo la ha solucionado? ¿Qué es lo que le ha resultado más fácil?
6. ¿Ha tenido que insistir para que se cuide: recordarle que tome la medicación, que se cambie la bolsa, que beba más agua...? *(nota teórica*

para el entrevistador: entrar en conflicto en la relación, recordando o insistiendo en el autocuidado e influir en el mismo, está en conexión directa con la salud del esposo sano).

7. ¿Se habla del problema/ enfermedad en casa: de cómo se siente él o usted, de cómo os está resultando la situación, etc.? ¿Encuentra dificultad para hablar de algunos temas: estoma, cáncer, sexualidad, etc.? *(nota teórica para el entrevistador: aquellos esposos que son más conscientes del estado emocional de su cónyuge son los más satisfechos en la relación, probablemente porque facilitan la expresión de sentimientos). (Introducir información de lo general a lo particular: las necesidades de la pareja de seguir con su sexualidad, con el fin de normalizar los sentimientos de la entrevistada)*
8. Me gustaría conocer cómo habéis vivido los cambios en las relaciones sexuales. ¿Cómo habéis abordado el tema en vuestra relación? ¿Qué os ha servido de ayuda?
9. ¿Ha experimentado alguna vez sentimientos de enfado, culpa o algún otro ante la situación de enfermedad?
10. ¿Ha encontrado dificultad para comunicar información acerca de su enfermedad que él no sabía? ¿Ha preferido no contar información? *(nota teórica para el entrevistador: a veces las necesidades del cónyuge sano son incompatibles con las del enfermo. Por ejemplo: guardar información sin contar).*
11. ¿Cómo se ha sentido con los cuidados prestados por las enfermeras y enfermeros? ¿Le hubiese gustado que le explicáramos y/o hiciéramos algún cuidado, información u otra cosa que no hemos hecho durante el tiempo que han estado ingresados en el hospital y las visitas posteriores? ¿Hay algo que en su opinión debamos mejorar para ayudar mejor a la esposa del paciente cistectomizado?
12. ¿Hay algo que desee añadir que no se haya tratado durante la entrevista?

12

Envejecimiento activo de las mujeres en el medio rural

Juana Martínez Barqueros
y María Beatriz Lidón Cerezuela

Introducción

Los habitantes del continente Europeo se hacen mayores. Se pronostica que para 2050, el 29.9% de la población europea tendrá 65 años o más. Es un hecho que afecta a todos los países de la unión debido a la caída de las tasas de nacimiento y al aumento de esperanza de vida, siendo España el país que lidera el ranking con un 35,6%. Pero dicha situación no sólo afecta a Europa, sino a todo el planeta.

El 1 de enero de 2012 habían 8.221.047 personas mayores en España, el 17,4 % sobre el total de la población (47.212.990) según el Avance de Explotación del Patrón 2012 según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El sexo predominante en la vejez es el femenino -35% más de mujeres que de hombres-. Nacen más varones que mujeres y este exceso se mantiene durante muchos años. Ahora se alcanza el equilibrio entre sexos hacia los 50 años. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 84,9 años, y los varones de 78,9 años, siendo de las más altas de la Unión Europea.

El Año 2012 es declarado como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad intergeneracional, con objetivo de promover en Europa la creación de un envejecimiento activo y saludable en el marco de una sociedad para todos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación

y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo¹.

El envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. Dicho concepto implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal, añadiendo "vida a los años y no solamente años a la vida".

España actualmente se caracteriza por estar sumergida en una gran crisis económica; crisis que afecta tanto a ámbitos de la educación, de la sanidad, de la industria...pero sobre todo a ámbitos sociales. Así la sociedad española está sufriendo grandes cambios en su manera de vivir.

Las personas mayores son especialmente vulnerables a los efectos de las crisis económicas. Según la Encuesta de condiciones de vida del Instituto Nacional de Estadística², la tasa de pobreza relativa en las personas mayores de 65 años en España en 2008 fue del 29,5% en las mujeres y del 25% en los hombres.

La pobreza es un obstáculo para un envejecimiento activo y saludable. Las políticas que reducen los ingresos de las personas mayores conllevan un deterioro de la calidad de su alimentación, y una disminución de su participación social y de su actividad física, con consecuencias negativas para la capacidad funcional y con un previsible aumento de la dependencia³.

Uno de los factores influyentes en el envejecimiento activo es el tipo de hábitat, por eso es necesario conocer como es el envejecimiento de las personas mayores en el medio rural y en el medio urbano para poder establecer intervenciones y medidas que se ajusten al lugar de residencia.

Con la heterogeneidad que hay entre ambos entornos y la diversidad de variables demográficas, culturales, de actividad, recursos naturales y geográficos que existe en nuestro país y en nuestra comunidad, es necesario revisar y crear recursos, estrategias, e intervenciones que consoliden y ayuden a potenciar un envejecimiento activo.

Hay una necesidad de conocer con mayor profundidad los modelos de envejecimiento de las personas mayores en los distintos hábitats, tanto desde su propia perspectiva, como desde la de sus familias, con el objetivo de identificar

aquellas acciones que se consideran pertinentes para promover la autonomía personal, prevenir la dependencia y potenciar un envejecimiento exitoso, siempre partiendo de las peculiaridades y diferencias entre los entornos⁴.

La Carta Europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración, reconoce que la gran mayoría de las personas mayores frágiles y vulnerables son mujeres: en Europa dos de cada tres personas de más de 80 años son mujeres.

Los cuidados de salud, la prevención, la promoción y las intervenciones respecto al envejecimiento activo no deben ser considerados como un gasto, si no como una inversión de futuro destinada a mejorar la calidad de vida de nuestras personas mayores.

Las mujeres mayores realizan un esfuerzo vital a favor de la sociedad, con su trabajo en los ámbitos productivo, reproductivo y de cuidados. Un trabajo que casi siempre es silencioso e invisible, y que la mayoría continúa realizando a pesar de haber superado los 60 años.

Debido al papel que la mujer mayor desempeña en la sociedad durante la vejez, teniendo en cuenta que esta etapa se encuentra dominada cuantitativamente por el género femenino por su mayor esperanza de vida y puesto que está demostrado que hombres y mujeres envejecen de manera distinta, concluimos que se trata de un tema de gran interés digno de estudio. Todo lo anterior justifica la importancia de este trabajo en la medida en que puede contribuir modestamente a que las mujeres logren alcanzar un envejecimiento activo.

Nuestro propósito es analizar cómo es el proceso de envejecimiento de las mujeres en el medio rural, para ver si dicho medio permite alcanzar un envejecimiento activo.

La cuestión que queremos investigar es la siguiente: ¿Cómo es el envejecimiento activo de las mujeres en el medio rural?

La **hipótesis** de partida es: el envejecimiento activo de las mujeres es favorable en un medio rural.

Metodología

Metodología cualitativa, mediante una investigación fenomenológica del tema destinada a comprender las experiencias humanas de las mujeres en su proceso de envejecimiento y en su entorno.

Población, muestra y entorno

La población seleccionada han sido mujeres mayores de una edad comprendida entre 65-79 años. El lugar seleccionado ha sido el pueblo de Fuente Librilla (Mula) de la provincia de Murcia.

El tamaño de la muestra para el estudio es de 6 mujeres. El tipo de muestreo utilizado fue un muestreo en cadena o en bola de nieve. Las mujeres seleccionadas tienen características en común: mismo lugar de hábitat, mismo sexo y son ancianas. Pero tienen características socioeconómicas que las diferencian: sus ingresos económicos y su estado sentimental.

Instrumento

Hemos partido del documento del envejecimiento activo realizado por la OMS en el 2002, como contribución a la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril del 2002 en Madrid² para la realización de este trabajo.

La obtención de los datos se ha realizado a través de una entrevista semiestructurada, de elaboración propia sobre la base del documento arriba mencionado. Esta entrevista consta de dos apartados: el primero incluye preguntas que tratan de recoger datos tales como: la edad, la situación sentimental y la económica, e incluye una pregunta abierta que sirve de introducción al tema: ¿Qué entiende por envejecer y por envejecimiento activo? La segunda parte consiste en una serie de preguntas basadas en los tres pilares del envejecimiento activo: participación, seguridad y salud.

Para el diseño del apartado que hace referencia a la situación económica hemos utilizado como dato de referencia la pensión mínima de jubilación de 2011, que es de 570,40 euros.

Procedimiento para la recopilación de datos

El criterio de la búsqueda fue localizar documentos que analizarán el envejecimiento activo, así como estudios de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos, que abordarán el tema del envejecimiento activo de las mujeres en concreto en el medio rural. Para la obtención de artículos hemos consultado varias bases de datos: CUIDEN, Scielo, Elsevier, Index de Enfermería, Medline, Dialnet, Enfispo y Google. Los descriptores utilizados para la búsqueda de la bibliografía han sido: envejecimiento activo,

mujer y medio rural, género, desigualdades en salud y envejecimiento femenino.

En segundo lugar, la obtención de los datos del estudio se consiguió a través de una entrevista semiestructurada, descrita anteriormente. Dicha entrevista se desarrolló en las viviendas de cada una de las participantes, en una habitación tranquila, donde se preservaba la intimidad y se daba las condiciones adecuadas para la privacidad.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis e interpretación.

Previamente a la realización de la entrevista, las participantes habían recibido una explicación acerca de en qué consistía el estudio, así como sobre el consentimiento informado.

Resultados

A continuación y una vez analizadas las entrevistas llevadas a cabo, pasamos a presentar los resultados obtenidos.

Las mujeres en el medio rural viven el envejecimiento como una etapa parte de su vida que tienen que asumir y aceptar, que consiste en ir cumpliendo años con la que tienen que conformarse porque la vida es así.

“Pues cumplir años, con ti más cumplo más vieja soy (...) pos yo na que la vida es así y tengo que hacerlo y actuar a eso, seguir viviendo” (E3)

Según los tres pilares del envejecimiento activo -participación, seguridad y salud-, a continuación vamos a ver como envejecen las mujeres del medio rural.

En cuanto a la participación de las mujeres ancianas del medio rural, podemos decir que realizan una contribución a la sociedad, ya que siguen realizando actividades de voluntariado y ayuda, mantienen relaciones sociales con sus amistades y tienen relaciones familiares satisfactorias. Todas están involucradas en la vida comunitaria, aunque el tema de la política no les interesa. Cuatro de las seis mujeres del estudio pertenece a una asociación de mujeres. Podemos decir que su forma más habitual de participación es el desarrollo de actividades de voluntariado, sus actividades suelen estar encuadradas en el marco de organizaciones confesionales, de asistencia social y de apoyo entre ciudadanos y/o vecinos.

Estas mujeres poseen en su pueblo centros sociales y sanitarios lo que les facilita poder desarrollar actividades sociales en grupo, realizar actividades de ocio en su tiempo libre y contar con un apoyo social.

Respecto a la seguridad, todas las mujeres tienen una vivienda digna y accesible, la consideran apropiada para ellas. La mayoría de ellas cuenta haber sufrido alguna caída en los últimos años. No reciben ninguna ayuda asistencial de los servicios sociales existentes en su pueblo, ellas tienen la capacidad para realizar todas sus tareas domésticas y su autocuidado.

“Pues mi vivienda...una casa corriente, pequeña pero pa’ mi...po pa’ mi la considero... tengo mis “menesteres” y tengo mi aseo bien y tengo mis cosas en lo que cabe vieja pero ¡japaña!” (E1)

Realizan actividades de cuidado a nietos e hijos, desempeñando un rol cuidador ligado al hecho de ser mujer. Muestran un estilo de vida hogareño y socializable.

Todas coinciden en que su lugar de preferencia para vivir es el entorno rural, no cambiarían su pueblo para irse a vivir a la ciudad. Les gusta vivir en Fuente Librilla.

El nivel de alfabetización en este medio rural es bajo, saben leer y escribir lo justo. No tienen niveles de estudios superiores, nada más que los primarios.

En relación a la salud, las enfermedades más frecuentes de estas mujeres son: hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias, artrosis y fatiga. Todas las mujeres que sufren estas enfermedades toman medicación y tienen un cumplimiento terapéutico alto.

“...el corazón lo tengo un poco fallao, tengo un poco de...a ver si lo sé decir...¿Cómo es? ¡Un soplo! Tengo un soplo en el corazón, de lo demás de la tensión y to’ eso pero marchó, de momento voy bien”. (E1)

Entre las actividades de ocio y de ejercicio la más realizada es la de salir a caminar, aunque también les gusta coser, hacer manualidades, hacer gimnasia, ir a excursiones y de viaje con el IMSERSO.

Su alimentación es saludable y variada, ninguna fuma y la mayoría no bebe alcohol. A muchas les interesan los temas religiosos y la lectura relativa a estos temas.

La salud es el factor más valorado por las personas mayores. Y las nuevas tecnologías las consideran muy buenas, pero no dominan ciertos aparatos tecnológicos como el ordenador, en cambio el móvil si saben utilizarlo alguna de ellas.

El envejecimiento activo de las mujeres es favorable en un medio rural. Esta es la hipótesis de partida de este trabajo. Según todas las entrevistas analizadas y con la interpretación de los resultados anteriormente expuestos, se puede afirmar que dicha hipótesis es cierta. Por lo que podemos concluir que el medio rural es favorecedor del envejecimiento activo de las mujeres.

Discusión

Los estudios encontrados que relacionan el envejecimiento activo y el medio rural solo han sido dos.

En uno de los estudios de García y Rodríguez en 2005 expresa que muchos de estos entornos rurales contribuyen a fomentar el aislamiento, la falta de oportunidades de participación, la discapacidad, la dependencia y el desamparo. En cambio en nuestro estudio encontramos que las mujeres poseen oportunidades de mantener relaciones sociales y familiares productoras de una participación social y comunitaria, no hay ningún aspecto favorecedor del aislamiento, discapacidad, dependencia o desamparo. Es más, los resultados muestran que son mujeres independientes y sociables.

En entornos rurales el envejecimiento se ve caracterizado por afectar a gran parte de la comunidad. La cantidad de personas mayores es por tanto superior que en el ámbito urbano, observándose una menor cantidad de personas que viven solas y una mayor dificultad para acceder a cualquier servicio. También los mayores que viven en su entorno rural, sienten miedo a la soledad y no conocen la existencia de servicios, como pueden ser los centros de día o el servicio de estancias temporales en residencias.

Coincidiendo con el estudio realizado, en las mujeres encontramos también este sentimiento de soledad, sobre todo en las viudas. Pero en cambio a diferencia del estudio realizado por Monreal et al.⁶, las mujeres de nuestra investigación si saben de la existencia de servicios sociales y de centros de día y de residencias.

Por otro lado en el estudio mencionado anteriormente aparece que la satisfacción que sienten los mayores con sus relaciones sociales es elevada, coin-

ciendo con lo expresado por las participantes de nuestra muestra, las cuales relatan llevarse muy bien con todo el mundo, no tener problemas con nadie y mantener unas relaciones tanto sociales como familiares satisfactorias.

Los mayores que viven en un medio rural suelen oponerse a cambiar de lugar de residencia, aunque sea para dar respuesta adecuada a su dependencia⁶. Dicha afirmación es compartida por las mujeres entrevistadas, quienes también manifiestan su deseo de vivir en el medio rural y su negación a cambiar su pueblo por la ciudad.

En el material analizado por Monreal et al.⁶ se identifican cuatro modos de ver y vivir la vida en la etapa de la vejez: la vejez como una oportunidad para cambio, la vejez como una etapa natural de la vida, la vejez como un momento a compensar y la vejez como un momento de abandono.

En nuestro trabajo también aparece el modo de ver y vivir la vejez como una etapa natural de la vida, pues para las mujeres incluidas en él, la vejez forma parte del curso natural de la vida. Estas, durante la vejez mantienen y desarrollan los valores y las creencias que han orientado su vida adulta. El trabajo de Monreal et al. 6 muestra al igual que en el nuestro que las mujeres se centran sobre todo en la familia y en el cuidado de los nietos, formando parte de relaciones que no están basadas en la competencia, sino en la cooperación y el afecto mutuo con sus familiares.

Los datos de uno y otro estudio apoyan que las mujeres tienen un estilo de vida socializante y hogareño.

Además, visitan otros hogares de vecinas y familiares, van a espacios públicos como los mercados, iglesias y suelen utilizar como lugares colectivos los paseos para caminar y los domicilios particulares.

Según el artículo publicado por la OMS¹ las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo son: enfermedades cardiovasculares (como la cardiopatía coronaria), hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades musculoesqueléticas (como la artritis y la osteoporosis), enfermedades mentales (principalmente, demencia y depresión), ceguera y alteraciones visuales.

En la muestra observada, las enfermedades más frecuentes sufridas por las mujeres son la hipertensión, diabetes, fatiga, artrosis, enfermedades coronarias; por lo que coincidimos con lo recogido por la OMS¹ que todas estas

enfermedades están dentro del grupo de las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en el mundo.

Según Muñoz y Espinosa⁷ las mujeres siguen siendo cuidadoras en el ámbito doméstico. Las abuelas son señaladas como el principal recurso de las mujeres jóvenes trabajadoras y esta ayuda intergeneracional se realiza por la línea femenina, bajo premisas de consanguinidad y género. Todo esto se demuestra también en nuestro estudio, pues gran parte de las mujeres tienen aún el rol de cuidadoras de sus nietos, de sus maridos y ayudan a sus hijas.

Según también estos autores hay una menor participación social de las mujeres con respecto a los hombres. Estas se encuentran aún infrarrepresentadas en los puestos de liderazgo, decisión, poder y representación social. Un punto fuerte de las mujeres es su capacidad para crear redes de amistad y comunicación, y una mayor tendencia a realizar trabajo voluntario en su comunidad.

Con relación a lo expuesto anteriormente y basándonos en los datos obtenidos en nuestro estudio, estos autores tienen razón en parte pues las mujeres de nuestro trabajo si presentan una participación social satisfactoria, ya que pertenecen a asociaciones en las que encuentran la oportunidad de relacionarse entre ellas y realizan actividades de voluntariado en la sociedad. Pero tal y como dicen estos autores no tienen ningún poder, ni lideran ningún puesto.

Conclusiones

Como conclusiones respecto al trabajo realizado, destacamos las siguientes:

- Hay una escasa bibliografía sobre el tema del envejecimiento activo de las mujeres en el medio rural, pues no hemos encontrado artículos en los que los autores hayan estudiado este tema. El envejecimiento activo es una cuestión que sería muy interesante seguir explorando, debido al gran aumento de la esperanza de vida que hay en nuestro país. Conveniría sobre todo analizar el proceso de envejecimiento de las mujeres dada la feminización en la etapa de la vejez.
- Un envejecimiento saludable significa también mantener a los mayores activos y autónomos en la sociedad a la que pertenecen, lo que permitiría un retraso de la aparición de enfermedades crónicas y, por tanto, la disminución del peso de la carga familiar en relación con el cuidado familiar.

- El envejecimiento activo está influenciado por varios determinantes según la OMS. En nuestro estudio, a parte de todos ellos, aparece el tipo de hábitat, pues el medio dónde se vive tiene una gran influencia en el proceso de envejecimiento.
- El estudio realizado muestra que el medio rural es favorecedor de un envejecimiento activo.
- La solidaridad intergeneracional es un componente clave para el envejecimiento activo y saludable dado que los seres humanos necesitan nutrirse y vincularse entre sí puesto que las relaciones son parte esencial de sus vidas.

Es necesario potenciar la investigación sobre el proceso de envejecimiento, revisando e incrementando el uso de indicadores para evaluar rigurosamente todos los aspectos relacionados con la vida saludable. Esto permitirá analizar las necesidades que han de orientar las políticas en materia de prevención y vida saludable en la vejez.

La sociedad debe ser capaz de articular una participación social y una seguridad real, efectiva y visible de las personas mayores, por su bienestar y porque aprovechando cualidades como la experiencia, el conocimiento, la prudencia, la sensatez y la moderación se contribuye a construir una sociedad equilibrada, inclusiva, en la que todos sus miembros puedan desarrollar sus capacidades en plenitud, sin importar la edad.

Consideramos que nuestro estudio permite iniciar el camino hacia nuevos conocimientos sobre el envejecimiento activo de las mujeres en el medio rural, ayudando sobre todo a los profesionales sanitarios a ver cómo envejece la población y así poder desarrollar medidas de intervención para los ancianos que no posean un envejecimiento activo.

La prevención y la promoción de la salud deben ser consideradas como grandes prioridades dentro de la atención sanitaria a las personas mayores.

Los profesionales de enfermería podemos guiar, acompañar, reforzar las prácticas de autocuidado y promover las habilidades que posean cada individuo anciano para fomentar su envejecimiento activo. La educación en salud es una herramienta imprescindible para lograr el autocuidado y la promoción de un envejecimiento saludable.

Bibliografía referenciada

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Boletín II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid, España. 2002.
2. Instituto Nacional de Estadística Encuesta de Condiciones de vida. 2008 Disponible en <http://www.ine.es/>
3. Zunzunegui M.V. y Béland F., Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010., Gac. Sanit. 2010;24(Suppl 1):68-73
4. Monreal P., Vilá A., Programa integral e atención a las personas mayores en una zona rural. Anuario de Psicología. 2008; 39. 351-70
5. García J.M., "Mujeres rurales, sociedad civil y desarrollo rural", en Mujeres y Sociedad Rural, Instituto de la Mujer, Madrid, 2002.
6. Monreal P., Del Valle A., Serda B., Los grandes olvidados: las personas mayores en el entorno rural, Intervención Psicosocial, vol.18 nº3, 2009- págs. 269-277.
7. Muñoz F., Espinosa J.M., Envejecimiento activo y desigualdades de género, Aten Primaria. 2008; 40(6):305-9

Bibliografía consultada

- Arber S. y Ginn J., Relación entre género y envejecimiento, Narcea, Madrid, 1996.
- Burns N., Grove S., Investigación en Enfermería, Tercera edición, Elsevier, Barcelona, 2004, págs. 554
- Castaño D. , Martínez-Benlloch I. , Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres, Anales de psicología, 1990, 6(2), 159-168
- Ceresuela A., Rubio S., Rodríguez B., et al. Desigualdades sociales y cambios en la calidad de vida de los ancianos, Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43:221-8.
- Cuesta C de la. Investigación Cualitativa y Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 7-8. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php> Consultado el 12 de Mayo de 2011.
- Fernández M.J, "Retos y problemática de la mujer en el ámbito rural. El papel de las agrupaciones de este sector de población en el desarrollo rural", Jornada Temática sobre Políticas de relevo generacional e incorporación de la mujer al mundo rural. Madrid. Noviembre, 2002.

- Fernández I., “Las mujeres rurales y la contribución al desarrollo del medio rural”, Jornada Temática sobre Políticas de relevo generacional e incorporación de la mujer al mundo rural. Madrid. Noviembre, 2002.
- Fernández-Ballesteros R., Caprara M.G., Iñiguez J., et al. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con vitalidad”. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:92-102
- Fernández-Ballesteros R., Zamarrón MD et al. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores, *Psicothema* 2010, vol.22, n°4, pp. 641-647
- Freixas A., Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias, *Anuario de Psicología*, 1997, n°73, 31-42
- García J., Rodríguez P., “Rompiendo Distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural, *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40(1):22-33
- Giró J., Envejecimiento activo, envejecimiento positivo, Universidad de La Rioja, 2006, pág. 15-36
- Hernández S., Gerontología Educativa desde la perspectiva de género: una práctica metodológica, *Revista electrónica “Actualidades investigativas en Educación”*, vol 10, n°2, 2010, ISSN 1409-4703
- Kalache A., *El País*, 26 de Enero de 2004, pág.26
- Kalache A., OMS, Mujeres, Envejecimiento y Salud: Marco para la acción. Enfoque de Género. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
- Krzemien D., Urquijo S., Monchietti A., Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino, *Psicothema* 2004. Vol 16 n°3, pp. 350-356
- Lehr U, Pofhamann S., Participación de las personas mayores en el mercado de trabajo y en la sociedad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004; 34: 180-4
- Libro Blanco de la Agricultura y el Desarrollo Rural: “El papel de la juventud y la mujer en la agricultura y el medio rural”, Cap. 3 de La agricultura del futuro: un compromiso de todos, publicado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, www.libroblancoagricultura.com
- Martín I., Martín A., Moliner C. y Aguilera L., Envejecimiento activo, la mejor “receta para prevenir la dependencia, *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2007;42(Supl2):4-6
- Martínez S., La figura de la mujer en la Tercera Edad, *Pedagogía social*, 1997, pág. 137-144

- Merino B., Un camino hacia el envejecimiento activo, *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(Supl 2):12-4
- Merino M.D., “Situación de la mujer rural española”, Jornada Temática sobre Políticas de relevo generacional e incorporación de la mujer al mundo rural. Madrid. Noviembre, 2002.
- Monchietti A., Krzemien D., Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud, *Psiquiatria.com*, 2002;6(1)
- Olmos T., “El papel de las mujeres en el medio rural”, Jornada Temática sobre Políticas de relevo generacional e incorporación de la mujer al mundo rural. Madrid. Noviembre, 2002.
- Organización Mundial de la salud, El envejecimiento activo: un marco político, *Rev Esp Gerontol* 2002;37(52):74-105
- Pérez J., El envejecimiento de la población española, *Investigación y Ciencia*, noviembre, 2010.
- Regato P., A propósito del “envejecimiento activo” y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer, *Aten Primaria* 2002, 30 de junio. 30(2):77-79
- Ruipérez I., Envejecimiento, siglo XXI y Solidaridad, *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(52):3-6

Anexos

E1

DATOS ADMINISTRATIVOS

Edad: 75

Situación sentimental: soy casada y estoy viuda.

Situación económica: seiscientos....seiscientos y algo si.

- ¿Qué entiende por envejecer? Po...pa'mi envejecer... po los años!... el paso de los años.
- ¿Y por envejecimiento activo? Jeje a ver haz la pregunta otra vez... pues activamente...pues tener edad y como decía aquella hacer...hacer cosas que no puedes hacer ya, que las has hecho en tu juventud y ahora no puedes hacerlo.

PARTICIPACIÓN

- ¿Pertenece a alguna asociación de mujeres, mayores...? ¿Yo? Sí, soy hija de la Virgen... somos la Hermandad de la Virgen del Rosario. ¿y ahí qué haces? Estoy apunta, pues allí el mes de mayo hacemos novenas pa' las fiestas de nuestro pueblo que es en el mes de octubre, también las decimos en el mes de mayo y de octubre, nueve novenarios y vamos a la iglesia con lo que hacemos, limpiamos un poco y lo que podemos hacer a nuestra edad, pero que me gusta ir a la iglesia.
- ¿participa en alguna ONG? ¿Cómo? No, yo cuando puedo doy limosnas, pero obliga no.
- ¿Qué opina de los temas políticos? ¿Le interesan? No, no la política no.
- ¿esta en algún partido político participando? No.
- ¿Realiza actividades de ocio en grupo? ¿Cuáles? No, yo me gusta coser en mi casa, les ayuda a mis hijas, coser sí que me gusta coser pero yo en mi casa y a ellas les ayudo en lo que puedo.
- ¿Cómo son las relaciones con sus familiares y amigos? ¡Ah! Muy bien, yo tengo tres hijas y pa' mí son tres soles, y mis nietos: tengo cuatro nietas y

dos nietos y pa'mi no hay otra cosa que mi familia y también soy bisabuela, tengo una bisnieta.

SEGURIDAD

- ¿Cómo es su vivienda? ¿Es adecuada para usted? Pues mi vivienda... una casa corriente, pequeña pero pa'mi...po pa'mi la considero... tengo mis "menesteres" y tengo mi aseo bien y tengo mis cosas en lo que cabe vieja pero ¡apaña!
- ¿Le gustaría vivir en otro lugar? No ¿Cambiaría el campo por la ciudad? No.
- ¿Ha sufrido alguna caída en los últimos años? ¿Dónde y cómo? Pues yo la caída de mi marido...¿De ponerme mala? No...de enfermedad no he padecido nada, nada más padezco de tensión y me cuido y voy bien.
- ¿Recibe algún servicio de ayuda o atención domiciliaria? ¿Cuál? Pues mis nietas cuando tengo que hacer una limpieza mayor van mis nietas y mis hijas.
- ¿cree que las instalaciones que ha en su pueblo son las adecuadas para poder desplazarse de un sitio a otro? ¿o hay alguna barrera arquitectónica que lo interrumpa? No, el pueblo esta bien, yo siempre paso por donde mejor esta, pero si esta bien, esta muy bien.

SALUD

- ¿Con qué frecuencia va a su centro de salud? Pues voy todos los meses porque tengo que sacar las medicinas de la tensión y ya me toman la tensión, me pesan y...me controlan...todos los meses voy.
- ¿Qué enfermedades padece o ha padecido? No... el corazón lo tengo un poco fallao, tengo un poco de...a ver si lo sé decir...¿Cómo es? ¡Un soplo! Tengo un soplo en el corazón, de lo demás de la tensión y to'eso pero marchó, de momento voy bien.
- ¿Cómo le ha afectado envejecer? Po me ha afectado muy mal, bueno por un lado bien porque voy cumpliendo los años jejeje, ¡no me he muerto! jeje pero por otro lado cuando una es joven tiene otra ilusión y otra cosa, envejecer se pone una más entristecia de ver que muchas cosas no las puedes hacer, pero se pasa el tiempo y tenemos que conformarnos.

- ¿Realiza algún ejercicio físico o actividad deportiva? ¿Cuál? No, yo ando y todas las tardes ando un rato voy pa'el campo un poco, por el pueblo, por los alrededores del jardín y eso y ya, otra cosa no hago.
- ¿Cómo es su alimentación? ¿Qué le gusta comer? Mi alimentación pues corriente, yo puedo comer de todo, solamente que no puedo comer sal, las comidas no les hecho sal, pero yo como verdura, pescado...todo me viene bien y todo me cae bien.
- ¿Qué tal duerme? Duermo bien también, gracias a Dios.
- ¿Tiene problemas de salud bucal? ¡Pos si! Los dientes tengo varios jejejeje que me los he puesto arriba tres en cada lado y abajo todavía me faltan pero bueno ahora voy comiendo, tengo problemas porque no los tengo bien.
- ¿Fuma o bebe alcohol? No, ni fumo ni bebo alcohol, bebo agua que es lo más hermoso que hay.
- ¿Toma algún tipo de medicación diaria? ¿Se la toma todos los días? Sí, si me acuerdo, bueno lo que es no, me tomo tres pastillas por la mañana, otra al mediodía y otra a la noche pa'la tensión, pa' que lleve la tensión bien porque si no el corazón se perjudica.
- ¿Tiene dificultades de movilidad? Hombre como soy más mayor no me muevo igual como antes pero me muevo bien.
- ¿Qué es lo más importante para usted en esta etapa de la vida? ¿En esta etapa? Pues mis hijas y mis nietos y nietas, lo más hermoso que tengo en la etapa esta, no tengo otra cosa.
- ¿Cómo se siente? Me siento bien.
- ¿Ha habido alguna situación que le haya hecho sentirse triste últimamente? Pues si la pérdida de mi marido, porque nos llevábamos muy bien y al perderlo pues ya me he quedado sola, pues si que mis hijas van pero ya no es lo mismo, la “compañía” que tenía antes como ahora la soledad.
- ¿cómo la ha afrontado? Pues si ya...poco a poco, lo vamos afrontando pero...¡con trabajo!
- ¿Tiene alguna persona a su cargo para cuidarla? ¿Quién? Pues no ahora mismo, nada más que mis hijas pues cuando necesitan las ayudo y ya está.
- ¿Se ha sentido discriminada o ha sufrido abusos por ser una persona mayor? Pues no yo con mi paciencia, yo sé que soy mayor y tengo que tener paciencia para lo que vaya viniendo. Que no me he puesto nerviosa ni na, na más que decir paciencia hay que llevar la vida esta.

- ¿Le gustaría aprender más cosas? ¿Cómo cuáles? Pues sí, día tras día todos los días se aprende algo, aunque sea poco, pero a mí sí me ha gustado aprender todo lo que he podido lo he aprendido.
- ¿Qué estudios tiene? ¿Sabe leer y escribir? Pa' mis gastos sí, un poco, no pa estudios pero pa' mi nombre y todas esas cosas sí, mis gastos sí.
- ¿Qué libros se ha leído últimamente? Si yo leo libros de misa me gusta leer, me gusta leer muchos, la religión me gusta más que de otra cosa.
- ¿Sabe utilizar el ordenador y el móvil? No. - ¿a ti te gustaría aprender? Pues yo si hubiera sido joven si, pero ya pues me da igual.
- ¿tiene teléfono en su casa? Yo sí. ¿eso si lo entiende? Si el teléfono si lo entiendo, es una cosa muy buena.
- ¿Y los aparatos electrodomésticos que tiene en casa, sabe utilizarlos? Sí, sí.
- ¿Qué piensa de las nuevas tecnologías? Pues muy cómodo todo y día por día son las cosas más cómodas.
- Gracias por la entrevista.
- Pues no hay de que, a ti.

E3

ENTREVISTA DATOS ADMINISTRATIVOS

Edad: yo tengo 78.

Situación sentimental: estoy viuda..¿tiempo? 40 años.

Situación económica: más menos 600...igual que tu abuela.

- ¿Qué entiende por envejecer? Pues cumplir años, con ti más cumplo más vieja soy.
- ¿Y por envejecimiento activo? Pos yo na que la vida es así y tengo que hacerlo y actuar a eso, seguir viviendo.

PARTICIPACIÓN

- ¿Pertenece a alguna asociación de mujeres, mayores...? Yo ahora no, pero sí he pertenecido, al "Berro", pues nos llamaban cuando ese para ir de viaje.

- ¿participa en alguna ONG? ONG eso qué es...no yo ahora no, si antes si, pues yo cuando ese he dado dinero. ¿Cómo?
- ¿Qué opina de los temas políticos? ¿Le interesan? La política a mí no, no me gusta, ¡ Yo soy del lado dónde viene el aire pongo la mano!
- ¿esta en algún partido político participando? No.
- ¿realiza actividades de ocio en grupo? Pues yo estoy en mi casa y cuando no tengo na que hacer pues coso, le coso a mis hijos, a andar también salgo, a la huerta ¡que voy varias veces al día! jeje con la vecinas y eso sí.
- ¿Cómo son las relaciones con sus familiares y amigos? Bien, si también y con mis vecinas y con todos estoy bien.

SEGURIDAD

- ¿Cómo es su vivienda? Pues es grande. ¿Es adecuada para usted? Ahora si porque lo he trabajado y lo he reformado, sí.
- ¿Le gustaría vivir en otro lugar? A mí no, yo donde nací, en Fuente Librilla.
- ¿Cambiaría el campo por la ciudad? Yo no, ¡ni hablar!
- ¿Ha sufrido alguna caída en los últimos años? ¿Dónde y cómo? “¿De caerme yo porrazos? Caerme me he caído de vez en cuando jeje porque el otro día subí allí arriba y me caí un porrazo, pise la hierba, un tallo de hierba y allí que fui, me caí, pero así importante no.
- ¿Recibe algún servicio de ayuda o atención domiciliaria? ¿Cuál? No aquí no viene nadie.
- ¿cree que las instalaciones que ha en su pueblo son las adecuadas para poder desplazarse de un sitio a otro? ¿o hay alguna barrera arquitectónica que lo interrumpa? No yo por dónde voy bien, si considero que esta bien.

SALUD

- ¿Con qué frecuencia va a su centro de salud? Pues voy casi todos los meses, cuando tengo que sacar las pastillas pa’la tensión.
- ¿Qué enfermedades padece o ha padecido? Pues yo padezco de la tensión, yo que sepa otra cosa no tengo.
- ¿Cómo le ha afectado envejecer? Pues eso no me afecta muy bien porque

- voy siendo vieja día por día, ¡ Y yo quisiera ser joven!, porque yo si me muero no pasa nada, pero que eso.
- ¿Realiza algún ejercicio físico o actividad deportiva? ¿Cuál? No, yo no estoy para gimnasia!
 - ¿Cómo es su alimentación? ¿Qué le gusta comer? ¡Ah, yo como de todo!, yo me gusta todo, todo me gusta, todo está bueno.
 - ¿Qué tal duerme? Dormir regular na'más, unas veces me tiro casi media noche sin dormir, el dormir no está muy bien.
 - ¿Tiene problemas de salud bucal? De los dientes se me han caído dos muelas ya, ahora no ,pero empastar si que me han tenido que empastar una.
 - ¿Fuma o bebe alcohol? No , tampoco.
 - ¿Toma algún tipo de medicación diaria? Si las pastillas de la tensión y se me duele la cabeza pues me tomo un gelocatil. ¿Se la toma todos los días? El gelocatil ahora si porque me duele el cuello y entonces voy y entonces me tomo uno, y la de la tensión todos los días.
 - ¿Tiene dificultades de movilidad? No, ya como soy vieja las rodillas no quieren, al pararme me tengo que agarrar que me cuesta.
 - ¿Qué es lo más importante para usted en esta etapa de la vida? Pues mis hijos y mis nietos.
 - ¿Cómo se siente? Pues yo bien, estoy contenta.
 - ¿Ha habido alguna situación que le haya hecho sentirse triste últimamente? Pues cuando se murió mi marido, ahora estoy bien.
 - ¿cómo la ha afrontado? Pues ya ves me quede con dos críos pequeños (se emociona) pues ¿cómo lo afronte? Pues ¡trabaje mucho! ¡He trabajado mucho!
 - ¿Tiene alguna persona a su cargo para cuidarla? ¿Quién? No, ya no tengo a nadie, yo sola tengo bastante.
 - ¿Se ha sentido discriminada o ha sufrido abusos por ser una persona mayor? Sí, me criticaron cuando lo de la Azucena que me crítico, pero ahora no, eso ¡hace 20 años! ¡ahora no!
 - ¿Le gustaría aprender más cosas? ¿Cómo cuáles? Pues yo aprender como yo soy vieja...las cabezas ya luego a luego me encuentro ahora bien, con lo que sé tengo bien.
 - ¿Qué estudios tiene? ¿Sabe leer y escribir? Pues yo leer pa mi gasto y

escribir pa mi gasto...¡Lo justo mi nombre y algo más ese, pero me pongo a escribir y ¡me faltan letras!

- ¿Qué libros se ha leído últimamente? Yo no, cuando leo alguno es de esos de la Virgen.
- ¿Sabe utilizar el ordenador y el móvil? No, el móvil así así, pa' llamar y pa' que me llamen, yo eso sí, pa llamar ya menos.
- ¿y los demás electrodomésticos de tu casa? Si eso sí.
- ¿Qué piensa de las nuevas tecnologías? Eso está muy bien, eso encantado de la vida porque como yo he lavado tanto apuño ahora estoy tan encantada de la vida, está muy bien.

13

Programa de prevención de Depresión Posparto en adolescentes: Una luz en la niebla

Lidia Franco López
y Concha Rivera Rocamora

Introducción

La maternidad es quizás la experiencia más importante, en la vida de muchas mujeres, biopsicosocialmente hablando; sin embargo la armonía biopsicosocial que se debe tener en el embarazo y la maternidad se ve truncada en ocasiones en el caso de que la madre sea adolescente. Se trata de un acontecimiento trascendente cuyos aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales están interrelacionados:

- Aspectos biológicos que hacen referencia a los objetivos de conseguir que nazca un niño sano, pero sin complicaciones o detrimentos para la madre.
- Aspectos psicológicos que apelan a las intensas reacciones emocionales asociadas, a la identidad personal y a la autoestima, a la imagen corporal, al sentimiento de autorrealización y al crecimiento y madurez personal que implica la adaptación a la nueva situación.
- Aspectos sociales que aluden a los cambios de roles de los progenitores, a las interrelaciones de la pareja consigo misma y con su entorno social y afectivo, todo ello configurará el marco y el apoyo social disponible para afrontar la situación, incluso económicamente.

- Aspectos culturales internalizados mediante la socialización, que se refiere a los roles, ritos, creencias y prejuicios de una sociedad en concreto en torno al embarazo, parto y puerperio.

En las últimas décadas la tasa de embarazos adolescentes se ha visto incrementada, debido a la anticipación de la edad de la menarquía, el incremento de adolescentes sexualmente activos y el descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales, asociado a tabúes, información inadecuada, ideas erróneas, y una baja percepción de cuáles son las conductas de riesgo.

Aunque se producen embarazos no deseados en adolescentes de todo tipo de clase social y nivel cultural, las malas y bajas condiciones socioeconómicas y culturales son destacados factores causales que favorecen el inicio precoz de las relaciones sexuales y el embarazo adolescente, ocurriendo frecuentemente en un marco social, interpersonal y personal de marginación, inestabilidad e inmadurez¹.

Se define como embarazo adolescente aquel en que la edad de la madre se sitúa por debajo de 20 años. El embarazo en la adolescencia puede llevar a situaciones de riesgo para la salud del bebe como para de la adolescente, cualificándose un embarazo de alto riesgo. Algunos autores señalan que estas embarazadas siguen con frecuencia una dieta inadecuada y acceden a la atención prenatal en un estadio muy avanzado de la gestación, ya que existe una tendencia de la joven a ignorar su situación, bien sea por miedo a la desaprobación familiar o porque a esta edad se es más proclive a demostrar comportamientos arriesgados y se tiene poca conciencia sobre la salud. Los recién nacidos de estas jóvenes son el producto de un embarazo con una mayor probabilidad a sufrir complicaciones, entre las que destacan el retraso del crecimiento intrauterino, la prematuridad, el bajo peso al nacer, el retraso en el desarrollo, la anemia ferropénica en el primer año de vida e incluso el mayor riesgo de sufrir maltrato físico o psicológico².

En España en el año 1999 la proporción de abortos sobre embarazos en el grupo de edad de 15 a 19 años era del 20,44% y en el año 2001 del 45%. En el Informe de Salud de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) en la Región de Murcia se ve también reflejado este aumento con un total de 13,32%, siendo la ésta la segunda comunidad autónoma con mayor número de IVES, superándose únicamente en Andalucía a nivel nacional³.

El embarazo, el posparto y el puerperio son periodos de mayor vulnerabilidad psíquica para la mujer. Varios estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes se asocia con una tasa mayor de Depresión Posparto, por ello, he centrado esta investigación en estas evidencias⁴.

Por ello se dice que la depresión es probablemente la enfermedad materna más frecuente en el posparto. Se estima que afecta a un 13% de las mujeres, es decir, una de cada ocho mujeres en el posparto; tratándose un 26% de ellas, madres adolescentes. En nuestro medio, su prevalencia se cifró en un 13,16% en un estudio en que se aplicó como medida de cribado la Escala de Depresión de Edimburgo, a partir de ahora citada como EDPS, a las 6-8 semanas posparto⁵. En otro estudio más complejo, se estimó una prevalencia de depresión del 10,15% (intervalo de confianza del 95%, 8,43-11,87) cuando se utilizó la entrevista clínica estructurada para el DSM IV a las 6 semanas tras el parto⁶.

Actualmente, en mujeres con factores de riesgo, se aconseja el cribado y tratamiento temprano, pudiendo así reducir significativamente las consecuencias, por ello hay conocerlos muy bien, entre ellos, podemos encontrar que la futura madre tenga antecedentes de Depresión Posparto, antecedentes de depresión sin asociación al puerperio, antecedentes de Trastornos de la alimentación, embarazo no deseado, embarazo en adolescentes, mujeres inmigrantes, desarraigo cultural, estrés psicosocial en los últimos 6 meses, escasos recursos de contención social (falta de red), condición socioeconómica comprometida, antecedentes de adicciones⁷.

Analizando detalladamente cada uno de los factores de riesgo, las adolescentes pueden ser protagonistas de más de uno de ellos, por ello es muy importante incidir en la prevención valorando y resolviendo los problemas que puedan llegar a tener las adolescentes. Los padres y profesores a menudo son vistos por los adolescentes como figuras autoritarias, viéndose incomprendidas por éstos, mientras que el personal de enfermería es considerado como una figura profesional independiente, lo que facilita nuestro acercamiento con la adolescente, mostrándoles nuestro apoyo y nuestros conocimientos.

La Enfermera de Salud Mental va a utilizar como estrategia de cuidado en la terapia de apoyo el Proceso de Atención Enfermera (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática basándose en el método científico, aplicándolo a la práctica asis-

tencial. Esta herramienta de trabajo unifica criterios de trabajo y permite realizar posteriores estudios para evaluar la efectividad⁸.

Por todo lo descrito anteriormente creemos que este estudio es necesario para determinar cómo la intervención de enfermería puede influir en la resolución de los problemas de las adolescentes para prevenir la Depresión Posparto.

Para ello nos planteamos un programa de Prevención de la Depresión Posparto, donde con la intervención de enfermería y utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, trabajamos los patrones funcionales de Gordon que encontramos alterados en las embarazadas adolescentes.

Material y método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuasi-experimental, donde cada individuo actúa como su propio control y se evalúa su respuesta antes y después de la intervención enfermera. El tipo de estudio utilizado será un ensayo clínico pre y post.

Población

La población diana donde se va a llevar a cabo el estudio es el Área III de Lorca en la Región de Murcia, donde actualmente son un total de 92.865 habitantes, de las cuales, 44.809 son mujeres (INE 2013).

La muestra de nuestro estudio son adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre 13 y 19 años que pertenezcan al Área III de Lorca que cumplan los criterios de inclusión y que deseen participar en el estudio.

El grupo de trabajo constará de 10-12 participantes. Será un grupo homogéneo y abierto, lo que permite adherirse al grupo en cualquier momento de la gestación, ya que el fin del grupo es el apoyo grupal. Dependiendo de la demanda, se harán diferentes grupos, en diferentes días, cada uno, en el que se vayan integrando las participantes dependiendo la etapa gestacional.

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Atención Primaria de Lorca Centro, en donde realizan sus labores asistenciales las matronas que nos cap-

tarán a las adolescentes, desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de Diciembre de 2015, ambos inclusive.

Criterios de inclusión

- Estar embarazada de mínimo 22 semanas de gestación, (penalizado aborto).
- Pertenecer al Área III, perteneciente a la zona de salud de Lorca.
- Edad comprendida entre 13-19 años inclusive.
- Observar, tras la entrevista inicial, factores de riesgo.
- Tener una puntuación $\geq 10-11$ en la escala EDPS.
- Motivación para la participación en dicho programa y disposición para acudir regularmente.
- Aceptación a recibir seguimiento de enfermería, a través del Proceso de Atención enfermera, mediante el consentimiento informado.
- Debida cumplimentación del Consentimiento Informado de padres o tutores.

Criterios de exclusión

- Decisión de llevar a cabo IVE (Interrupción voluntaria del embarazo).
- Padecer otros trastornos psiquiátricos que puedan dificultar el desarrollo de la terapia con normalidad.
- Presentar una capacidad intelectual significativamente baja, que impida la comprensión de los contenidos que se aborden.
- No cumplimiento de los criterios de inclusión.
- No aceptación del estudio.

Instrumentos de medida

A) *Plan de cuidados de enfermería ajustados a criterios de NANDA, NIC Y NOC.*

Como estrategias de cuidados en nuestra terapia de grupo, debemos utilizar instrumentos basados en el método científico que suele denominarse como Proceso de Atención Enfermera (PAE). El PAE es una forma dinámica y sistematizada de proporcionar los cuidados de enfermería, también es la herramienta de trabajo que unifica criterios de trabajo y permite realizar estudios posteriores para evaluar la efectividad⁸.

En este estudio, la recogida de datos será a través de la entrevista inicial y la observación. Para ello, cumplimentaremos los datos personales, los factores de riesgo de la Depresión Posparto, instrumentos de medida y el modelo de valoración, según Joana Fornés basada en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y adaptada para ser usada en el campo de la Salud Mental, válida para la aplicación en la práctica de cualquier modelo o teoría de enfermería.

Todos los datos anteriormente descritos (Instrumentos de medida, Patrones funcionales, Respuestas alteradas, Objetivos de salud e Intervenciones), serán registrados y evaluados pre y pos intervención grupal, para cuantificar así de esta manera la efectividad de la intervención de la enfermera especialista, la mejora biopsicosocial en la madre adolescente y la eficacia de la terapia de apoyo grupal. El sistema de gradación de los datos de NANDA, NOC y NIC será registrado a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que cuantifique los resultados desde el menos al más alterado.

B) *Escala revisada de predictores de la depresión posparto (Postpartum Depression Predictors Inventor, PDPI).*

Es esencial detectar la depresión posparto precozmente en su curso para que las mujeres puedan beneficiarse de un tratamiento temprano. El tratamiento precoz ha demostrado que disminuye la duración de la enfermedad. Beck desarrolló un instrumento basándose en una revisión crítica de la bibliografía respecto a los factores predictores y su propio trabajo cualitativo previo⁷.

No es un instrumento diagnóstico, en él se identifica a las mujeres potencialmente en riesgo de depresión. Es una ayuda dirigida a los profesionales sanitarios para poder pronosticar qué mujeres son vulnerables al desarrollo de la depresión posparto. Puede administrarse durante la atención preconcepcional, el cuidado prenatal y en el posparto. El PDPI debe emplearse como guía para la entrevista inicial entre la mujer y el profesional sanitario, más que como un instrumento de autoevaluación. Aunque no existe una puntuación de corte, el instrumento proporciona una lista de factores que pueden servirnos de ayuda posteriormente, a la hora de la valoración. Estos factores predictivos incluyen la depresión prenatal, el estrés del cuidado del bebé, el estrés vital, la ausencia de

apoyo social, la ansiedad prenatal, la tristeza posparto, la insatisfacción marital y la historia previa de depresión. Una versión actualizada identificó cuatro nuevos predictores entre los que se incluyen, baja autoestima, estado socioeconómico bajo, estado civil (soltera) y la gestación no planeada/ no deseada.

C) *Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPS) (9).*

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una medida de autoinforme que fue diseñada y validada por Cox en 1987¹⁰ como un instrumento de *screening* para la detección de la depresión puerperal. Es el más conocido y utilizado en diferentes estudios de Depresión Posparto. Esta escala ha sido traducida a más de 10 países, entre ellos: Francia, Alemania, Italia, Portugal, Suecia, Noruega, Chile, Australia, Arabia Saudita, China, Vietnam, Japón y, recientemente, en España. La escala EDPS se completa en pocos minutos, consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3, de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas.

El rango de puntuaciones va de 0 a 30. Es autoaplicada, en relación a cómo se ha sentido las madres en la última semana. La validación de la EDPS en nuestro país permite realizar el diagnóstico de Depresión Posparto cuando se obtiene una puntuación igual o mayor de 11, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95,5%, un valor predictivo positivo del 63,2% y un valor predictivo negativo del 97,7%. Con el punto de corte 10/11 de la EDPS, propuesto en la validación Española para identificar la población de riesgo, se sobreestima la tasa de prevalencia de DPP en 12,9%⁵.

Entre la variedad de test de depresión actualmente disponible no se encuentran test específicos para la detección de la depresión durante el embarazo. Deberían desarrollarse con urgencia, preferentemente autoadministrados, libres de influencias culturales y resistentes a la habituación. Mientras no haya un test específico con estas características la EDPS podrían utilizarse para la detección de la depresión anteparto.

En el estudio longitudinal de Avon en el Reino Unido, se verificó que la depresión durante el embarazo es más común que la depresión posparto. De las 9.028 mujeres embarazadas evaluadas con el Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo, casi el 14 % tenía una probable

depresión a las 32 semanas del embarazo en comparación con el 9,1 % de las mujeres a las 8 semanas posparto¹¹.

La EDPS se pasará durante la entrevista inicial, de manera estructurada y autoaplicada, antes y después de la intervención de enfermería, para medir el impacto de la misma para descartar depresión posparto. También se aplicará si durante la intervención fuera necesario y la enfermera especialista de salud mental sospechara de Depresión Posparto.

Método de recogida de datos

Las embarazadas adolescentes que acudan al control del embarazo con la matrona y reúnan los criterios de inclusión, serán informadas de la realización del estudio verbalmente y por escrito.

Si la adolescente acepta la propuesta de participación, la matrona nos la derivará y concertaremos con ella una primera entrevista. Aprovecharemos esta visita, para realizar un contacto inicial. En este, comprobaremos los criterios de inclusión, daremos información más detalladamente de las características y la utilidad del grupo de autoayuda y responderemos a todas las dudas y preguntas que surjan a la adolescente. Posteriormente le proporcionaremos el consentimiento informado a la adolescente para su debida cumplimentación y le entregaremos el consentimiento para que no lo traiga firmado por sus padres o tutores legales.

En el caso que la embarazada no aceptara la participación en el estudio, con la captación de la matrona, contactaremos telefónicamente y le volveremos a replantear la participación en el estudio. Si finalmente la adolescente decide colaborar, concertaremos la primera visita y, si no acepta, quedará excluida del estudio.

Seguidamente en la primera visita concertada para la entrevista inicial, se recopilarán los datos personales de la embarazada, así como los factores de riesgo. Realizaremos una Valoración de Enfermería por patrones funcionales de salud de M. Gordon (Adaptado por J. Fornés¹³) y le pasaremos los instrumentos de medida (Escala de Edimburgo de Depresión Posparto y el Instrumento de los Predictores de la Depresión Posparto). Una vez realizada la entrevista y recopilado todos los datos; la enfermera de Salud Mental examinará los factores de riesgo, los instrumentos de medida y los patrones disfuncionales para poder tener un concepto holístico de la persona. Seguidamente valorará

si reúne los criterios de inclusión, para incluirla o excluirla del grupo. Las adolescentes que no los reúnan se les harán un seguimiento individualizado durante el embarazo. Si en algún momento reunieran los criterios se les incluiría en el grupo, y si no fuese así durante éste, serían reevaluadas después del parto, para descartar Depresión Posparto. Debe mantenerse la vigilancia durante los primeros 3 meses, considerado el período de alto riesgo de trastornos psiquiátricos, con intervalo entre los test de no más de 2 semanas.

Las adolescentes que reúnan los criterios se les incluirá en el grupo y la enfermera de manera individualizada procederá a realizar un Proceso de Atención Enfermera, enumerando una serie de intervenciones (NIC) y de resultados (NOC), que se trabajará en la terapia de autoayuda de manera grupal. Los Diagnósticos de Enfermería que no se puedan trabajar de manera grupal, serán abordados de manera individual por la enfermera.

La enfermera de Salud Mental que lleve a cabo el estudio empleará las siguientes fuentes de datos: Observación directa, utilización de instrumentos de medida e información suministrada por las propias adolescentes que posteriormente se les procederá a realizar el plan de cuidados. La colaboración en el estudio por parte de la adolescente es crucial y para ello es necesario que haya sido bien informada de las características del programa y esté debidamente cumplimentado el consentimiento informado de manera manuscrita.

Análisis estadístico

Se analizarán estadísticamente los datos a través del paquete estadístico SPSS-15.0. Los datos apareados son aquellos que provienen de la medición de una variable en el mismo individuo tras la aplicación de un proceso. Por ello, para valorar la eficacia del programa se utilizará el análisis comparativo de los datos apareados. Las variables cuantitativas se describirán con medidas de tendencia central (media aritmética y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o intervalo intercuartílico). Las variables cualitativas se describirán en frecuencias absolutas y relativas. Así, se recogerán las puntuaciones medias, ítem por ítem, sacadas por los participantes en la valoración específica de enfermería a través del resultado de la gradación del plan de cuidados según el criterio NANDA, NIC y NOC y de la Escala de EDPS, para posteriormente poder comparar las diferencias entre las puntuaciones, antes del inicio del programa, y el valor obtenido tras él. Para conocer la efectividad

del programa de Prevención de la Depresión Posparto se compararán los resultados obtenidos en el pre y post para determinar posibles diferencias mediante pruebas estadísticas de comparación de medias. Se realizará un análisis de varianza (ANOVA). Se considerarán estadísticamente significativos los valores de $P < 0,05$.

Por último, se extraerán las conclusiones del estudio, para poder así fundamentar la efectividad del programa de autoayuda.

Resultados

Como hemos mencionado anteriormente para poder llevar a cabo esta investigación son necesarios aproximadamente 16 meses. Con ello se demostraría si el estudio es efectivo para poder prevenir la Depresión Posparto. No obstante si tras la realización del estudio cuasi-experimental pre y post y la aplicación del programa de apoyo grupal, existiesen diferencias estadísticamente significativas tras el análisis de los datos obtenidos, demostraría la eficacia del programa y se reflejaría en que:

Se habrían cumplido los objetivos de enfermería.

- Los participantes del estudio habrían adquirido conocimientos para aumentar su calidad de vida.
- Habrían mejorado su manejo de ansiedad, autoestima-autoimagen, resolución de problemas y otros temas planteados, según criterios NANDA, NIC y NOC.
- Habrían sido detectadas precozmente los casos de depresión anteparto y posparto.

Discusión

Desde mi profesión de enfermera de Salud Mental, opino que es conveniente utilizar los Patrones funcionales de Gordon adaptados por Joana Fornés¹³ en Salud Mental, ya que obtiene información de la persona en conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino que engloba aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

La Escala de Edimburgo de la Depresión Posparto también nos parece beneficiosa porque trabaja diferentes situaciones por las que puede estar pasando la embarazada o la madre. No obstante son escasas las cuestiones a rellenar, ya que con sólo 10 puntos es difícil determinar si tiene Depresión Posparto.

Debería profundizar cómo se siente cuando tiene al bebé y no generalizar en el temario de las preguntas, por lo que yo añadiría unas pocas cuestiones que introdujeran este temario.

En el campo de la enfermería creo que es necesaria una escala como la de los Predictores de la Depresión Posparto, ya que es una buena guía para utilizarla en la valoración de la paciente para el diagnóstico de la Depresión Posparto. Ésta escala contrasta el periodo del embarazo y el periodo después del parto. También cuestiona sobre aspectos relacionados con el bebé; como el temperamento de éste y el estrés que ocasiona a la madre el cuidado del mismo. Así mismo considero que se queda un poco escueta en los datos a recoger después del parto, ya que se engloban en sólo 3 cuestiones muy generalizadas.

Conclusiones

1. El programa de apoyo grupal puede ser una herramienta útil para enfermería, ya que podemos detectar precozmente la Depresión Posparto en las embarazadas adolescentes.
2. Con la utilización del Proceso de Atención Enfermero aseguramos a la profesión, que pueda definir el campo de su ejercicio profesional garantizando criterios de calidad.
3. A las adolescentes embarazadas se les garantiza calidad en los cuidados de enfermería con las intervenciones trabajamos los autocuidados.
4. Se produce un aumento de la profesionalidad del personal enfermero que realiza intervenciones independientes.
5. La Enfermera consigue más satisfacción a nivel personal puesto que utiliza su propia metodología en un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

1. Gala León FJ, Lupiani Giménez MM, Lupiani Giménez M. Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente. *Rev. Iberoam Fertil Reprod Hum.* Marzo-Abril 2003; 20 (2): 119- 124.
2. Dorta E, Molina J, García Fernández JA, Sierra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos controles. *Rev. Clin Invest Gin Obst* 2004; 31(4):118-23.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Datos estadísticos a nivel nacional de centros que han registrado IVES. (Fecha de acceso marzo 2014). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/embarazo/tablas_figuras.htm
4. Acuña M. Actualización de la depresión posparto. *Rev. Evidencia en Atención Primaria.* Diciembre 2002; 5(6): 180-183.
5. Arbat A, Inma Danés. Depresión Posparto. *Rev. Med Clin (Barc)* 2003; 121(17): 673-675.
6. Ascaso Terrén C, García Esteve L, Navarro P, Agudo J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev. Med Clin (Barc)* 2003; 120: 326-9.
7. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Rev. Nurs Res* 1996; 45: 297-303.
8. Tejedor MJ, Etxabe MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Madrid. Ed Glose; 2007.
9. Vilouta M, Álvarez Silvares E, Borrajo E, González-González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Rev. Clin Invest Gin Obst.* 2006; 33(6):208-11.
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Rev. Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
11. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Rev. BMJ* 2001; 323: 257-260
12. Holly P. Kennedy, CNM, PhD, Cheryl T. Beck, CNM, DNSc, Jeanne W. Driscoll, MS, APRN, BC. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Rev. Matronas Prof* 2003; 4 (13): 4-18
13. Fornés Vives, J. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica Panamericana*, 2011.

Anexo I

Escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPS)

Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Se trata de un cuestionario anónimo:

En los últimos 7 días:

- 1) *He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:*
 0. Tanto como siempre.
 1. No tanto ahora.
 2. Mucho menos.
 3. No, no he podido.

- 2) *He mirado al futuro con placer:*
 0. Tanto como siempre.
 1. No tanto ahora.
 2. Mucho menos.
 3. No, no he podido.

- 3) *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:*
 0. Sí, casi siempre.
 1. Sí, algunas veces.
 2. No muy a menudo.
 3. No, nunca.

- 4) *He estado ansiosa y preocupada sin motivo:*
 0. No, nada.
 1. Casi nada.
 2. Sí, a veces.
 3. Sí, a menudo.

- 5) *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:*
0. Sí, bastante.
 1. Sí, a veces.
 2. No, no mucho.
 3. No, nada.
- 6) *Las cosas me agobian:*
0. Sí, casi siempre.
 1. Sí, a veces.
 2. No, no mucho.
 3. No, nada.
- 7) *Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:*
0. Sí, casi siempre.
 1. Sí, a menudo.
 2. No, muy a menudo.
 3. No, nada.
- 8) *Me he sentido triste y desgracia:*
0. Sí, casi siempre.
 1. Sí, bastante a menudo

Anexo II

Escalas revisadas de predictores de la depresión posparto (Postpartum Depression Predictors Inventory, PDPI)12.

DURANTE LA GESTACIÓN (Subraye uno por cada apartado)

Estado Civil:

1. Soltera.
2. Casada/Cohabita.
3. Separada.
4. Divorciada.
5. Viuda.
6. Parejas.

Estado socioeconómico:

1. Bajo.
2. Medio.
3. Alto.

Autoestima:

- ¿Se siente bien consigo misma como persona? 1). SI 2). NO
- ¿Se siente útil? 1). SI 2). NO
- ¿Siente que posee diversas buenas cualidades como persona? 1). SI 2). NO

Depresión prenatal:

- ¿Se ha sentido deprimida durante la gestación? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿cuándo y por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿cuán leve o grave considera usted su depresión? 1). SI 2). NO

Ansiedad prenatal:

- ¿Se ha sentido ansiosa durante la gestación? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿Cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?1). SI 2). NO

Gestación no planteada /no deseada:

- ¿Fue una gestación planificada? 1). SI 2). NO
- ¿No desea la gestación? 1). SI 2). NO

Historia de depresión previa:

- Antes de la gestación, ¿había estado alguna vez deprimida? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿cuándo experimentó esta depresión? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿ha estado usted bajo supervisión médica durante la pasada depresión? 1). SI 2). NO
- Sí, afirmativo, ¿prescribió su médico alguna medicación para la depresión? 1). SI 2). NO

Apoyo social:

- ¿Cree que recibe un apoyo emocional adecuado por parte de su compañero? 1). SI 2). NO
- ¿Cree que recibe un apoyo instrumental por parte de su compañero (Por ej., ayuda con las tareas

Anexo III

“Programa de autoayuda de prevención de la depresión posparto”

DEFINICIÓN DE TERAPIA DE GRUPO:

Consiste en incluir en un grupo a personas con problemas emocionales, que guiada por uno o varios profesionales, tienen el propósito de ayudarse las unas a las otras a vencer sus dificultades. Enriquece el aprendizaje a través del intercambio de ideas y experiencias. Se pretende enseñar a los miembros estrategias para vencer sus problemas actuales y afrontar los futuros. Desarrolla sentido de solidaridad, cooperación, tolerancia y comprensión. Propicia oportunidades para despejar errores y mitos, con discreción.

Esta terapia sigue un enfoque psicoeducativo, puesto que se trata de una experiencia didáctica semiestructurada, ya que durante algunas sesiones, se dará material de apoyo, para complementar la terapia. Así se logrará mayor interés y atención de las adolescentes. Esto se llevará a cabo, cuando se dé a conocer nuevas ideas o informaciones.

Es importante hacer una valoración previa a la terapia de grupo, para comparar los resultados posteriores a la intervención enfermera.

VENTAJAS DEL ENFOQUE GRUPAL:

Se aprende de los compañeros. Este formato permite observar a otros miembros del grupo a utilizar las estrategias que se les están enseñando.

Se promueve la independencia. El grupo se anima entre sí a confiar unos en otros para obtener apoyo y dirección.

Supone en ocasiones un contexto más real para la práctica de las habilidades.

El compromiso público de que se pretende cambiar parece incrementar la posibilidad de que el cambio ocurra.

La percepción de que los otros miembros están teniendo éxito puede motivar al resto.

El conocer que existen otras personas con problemas similares o parecidos disminuye la sensación de aislamiento y desesperación.

El formato grupal es más económico, tanto en tiempo como en esfuerzo.

OBJETIVO GENERAL DE LA TERAPIA:

Prevenir la depresión posparto a través de la intervención de la terapia grupal.

OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA TERAPIA:

Fortalecer e incrementar la autoestima y la habilidad para tomar decisiones, pensando en su propio futuro y bienestar.

Aumentar los conocimientos sobre la etapa del embarazo y el posparto.

Disminuir la ansiedad, a través del conocimiento de técnicas de relajación.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA TERAPIA:

Duración total de la terapia de autoayuda: 12 meses

Nº de sesiones será ilimitado hasta alta terapéutica.

La periodicidad de las sesiones serán semanales.

Tiempo empleado en cada sesión: entre una hora y media y dos horas.

La terapia se estructura en módulos que estos a su vez se subdividen en sesiones que pueden durar más de un día (metodología del programa).

El esquema que se seguirá en las sesiones puede verse moldeado dependiendo de las demandas y de los patrones disfuncionales que posean en concreto las participantes. Se utilizará como guía semiestructurada, lo que a continuación se describe pudiendo ser flexibles en algunas sesiones:

Se valora el estado de los pacientes durante la semana; expresando sus ideas y sus inquietudes, así como los problemas que han tenido durante ésta.

Se repasan las tareas mandadas para casa.

Se plantean los objetivos de la sesión.

Se explican y modelan las estrategias correspondientes.

Se llevarán a cabo en la sala.

Se prescriben nuevas tareas para casa.

Siempre se acaba la sesión "en positivo".

Lugar de realización: Las sesiones se realizaran en la sala multiusos habilitada para tal fin en el Centro de Salud de At. Primaria.

METODOLOGÍA DE LAS SESIONES:

Las sesiones estarán dirigidas por un terapeuta (Una enfermera especialista en salud mental) y un coterapeuta (que será un profesional sanitario con conocimientos en terapia grupal, en este caso otra especialista de S. Mental).

El terapeuta principal es el que estructurará las sesiones del grupo y mostrará apoyo y estímulo a los participantes. Deberá señalar y enfatizar siempre lo positivo en el feedback, evitando la crítica negativa.

El coterapeuta apoyará al terapeuta principal, observando a los participantes (reacciones emocionales y expresiones no verbales que indiquen incompreensión, rabia, etc.), servirá como rol modelo y asistirá a los miembros en situaciones difíciles, hará observaciones sobre los procesos del grupo. También será función del coterapeuta realizar el diario de sesiones.

Cada sesión constará de una parte de exposición de contenidos específicos por parte del terapeuta; otra parte de actividades sobre dichos temas a realizar por el grupo en la sesión y otra parte de tareas para casa que se revisarán al principio de la sesión siguiente.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO:

Nº de participantes: 10-12 participantes por grupo.

El grupo será homogéneo y abierto, lo que permite adherirse al grupo en cualquier momento de la gestación, ya que el fin del grupo es el apoyo grupal.

REGLAS BÁSICAS DEL GRUPO:

Asistencia: se piden a los participantes su compromiso a asistir a todas las sesiones, o a su mayoría para que puedan beneficiarse al máximo de la terapia.

Confidencialidad: es preciso dejar claro que no se debe revelar lo que se habla en grupo, para que los miembros se sientan cómodos y puedan describir sus problemas. Y que lo comentado en este, no se comentará fuera del grupo.

Puntualidad: se requiere esta norma para evitar repetir las tareas iniciales de la terapia cuando se incorporan los sujetos rezagados, entorpeciendo así el normal funcionamiento del grupo.

Participación Activa: Para aprovechar la intervención sanitaria será fundamental que los miembros del grupo participen en las sesiones, porque es la forma de aprender unos de otros. Se ha estudiado que los miembros que más intervienen son los que mayores beneficios obtienen.

Realización de las tareas de casa: el trabajo de práctica fuera de las sesiones es indispensable para que se consoliden y se generalicen los cambios

Respeto: Cualquier burla o comentario por opiniones de otros miembros supondrá la expulsión automática del grupo. Se dejará claro desde el primer momento a todos los miembros del grupo la necesidad de respetar todas las opiniones aunque no se compartan

Se realizará un contrato grupal incluyendo los siguientes elementos: objetivos, asistencia, contenido, contactos extragrupal y confidencialidad.

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE AUTOAYUDA:

Las actividades que se llevarán a cabo durante la terapia de autoayuda, dependerá de los patrones disfuncionales que se obtengan en la valoración de enfermería en cada caso, dependiendo siempre de las componentes de un grupo. Por lo que éstas no serán iguales en dos grupos diferentes, ya que se hace una valoración holística individualizada de las adolescentes, proponiendo una serie de actividades, que se guiaran de manera grupal, y si esto no fuese oportuno o necesario, se guiará de manera individualizada. También se trabajará en grupo temas que demanden las propias participantes y que de alguna manera sean de interés. Es por ello, por lo que se justifica que la terapia pueda ser abierta.

A continuación se propone una serie de actividades, que se pueden llevar a cabo en la terapia de autoayuda, pudiéndose ver modificadas en cualquier momento de la terapia.

MODULOS:

MODULO DE PROBLEMAS DEL EMBARAZO Y MATERNIDAD.

Este modulo, es meramente informativo y docente. En él se informará a todas las participantes de las etapas del embarazo, de la alimentación que

deben de seguir y de los cambios físicos y emocionales que van a sufrir. También se comentarán las complicaciones que pueden tener en el embarazo, parto y puerperio. Se explicará el concepto de Depresión Posparto, así como la manera de prevenirla, primeros síntomas de ésta y actuación inmediata en caso de tenerla. Este módulo es muy eficiente en la embarazada, ya que el no conocimiento de algunas áreas del embarazo y de la maternidad, llevan a las gestantes, a sufrir una incertidumbre y un malestar. Es por ello, que a través de la terapia de autoayuda, entre todas las participantes, harán reforzar todos aquellos desconocimientos, que tenían antes de la terapia, y se sentirán reforzadas y acompañadas en este proceso, a través de sentirse reconocidas por sus iguales en su nueva situación de madre adolescente. Durante 1 sesión serán invitadas una sexóloga y una matrona. La sexóloga, les dará una charla sobre anticoncepción para prevenir segundos embarazos, ETS, y resolución de dudas que puedan tener las adolescentes con respecto a una salud sexual, también les proporcionará su ubicación en planificación familiar, para posteriores demandas. La matrona les dará una charla sobre cuidados del posparto, tanto a nivel propio, curas de episiotomías, así como cuidados del bebe (limpieza del cordón umbilical, baño del recién nacido), también serán abordados temas como la lactancia materna y sus beneficios, como se lleva a cabo, etc.

MODULO DE MANEJO ANSIEDAD/RELAJACIÓN.

Se enseñará el concepto de ansiedad, los mecanismos fisiológicos y patológicos de ésta, cómo se maneja la ansiedad y cómo actuar ante ella, instruyendo en técnicas de relajación, como la respiración profunda y la tensión de músculos así como otras técnicas como la evocación, etc. Este módulo es ideal tanto para la etapa del embarazo, para relajar toda la musculatura pélvica y llegar al parto, en unas condiciones óptimas, así como en el posparto, para relajar tensiones llevadas en el trabajo del parto y la nueva situación de maternidad, que haga que en algunas ocasiones, se saturen las nuevas parturientas. Estos métodos se llevarán a cabo mediante colchonetas, ejercitando la práctica de estas técnicas, para su posterior entrenamiento en casa.

MODULO DE AFRONTAMIENTO/RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Enseñarles un procedimiento sencillo y efectivo para aprender a idear soluciones a los problemas diarios que se dan en la convivencia familiar, soluciones que se acoplen a su caso y a los medios de los que disponen. Aprender una estrategia que les permita mejorar la expresión y control de sus emociones y con ello mejoren la convivencia y relación con su hijo. En las sesiones abordaremos estos contenidos:

Concepto y fases de entrenamiento en solución de problemas.

Se priorizarán los principales problemas de cada participante para su puesta en común y resolución en grupo.

MODULO DE AUTOESTIMA-AUTOIMAGEN.

Se enseñará a aprender acerca de “sí misma como persona”, autocontrol de su persona y responsabilidades y derechos de ésta. También se le reforzará los cambios físicos que ocurren en su cuerpo, ya que en pocos meses, su imagen corporal cambia bruscamente, su rol pasa de niña a madre, sin saber bien cómo actuar. También le ayudaremos a valorar las relaciones interpersonales, con su pareja, si es el caso, con familiares y amigos, para que les sirva a sentirse acompañadas en este proceso.

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS:

Se utilizarán una serie de técnicas participativas para el aprendizaje activo de las habilidades y de la información que los terapeutas brinden al grupo. Estas técnicas generarán un ambiente de participación en el grupo, ayudan a compartir espacios y tiempos del vínculo grupal.

Estas técnicas llevan integradas las ideas de creatividad y de juego, necesarias para que las adolescentes pierdan la vergüenza y aporten opiniones al grupo. Algunas de estas técnicas serán:

- **DINÁMICAS DE GRUPO:** desde el punto de vista de la técnica, se define dinámica de grupo como un conjunto de procedimientos y medios para ser utilizados en situaciones grupales con el fin de que se manifieste de manera más expresa los fenómenos, hechos y procesos

grupales que se están viviendo en el seno del grupo en el que se aplican. Estas técnicas facilitan la comunicación interpersonal, nos ayudan a percibir la realidad, analizarla y buscar caminos de transformación.

- JUEGOS Y ACTIVIDADES: se usan como elementos didácticos que ofrecen la posibilidad de aprender. Propondremos a las adolescentes, participar en la asistencia de una sesión en una piscina con sus bebés, para reforzar el afecto materno-filial.
- DISCUSIÓN O DEBATE: permite la aportación de opiniones que tiene el grupo sobre un tema, de esta forma se conocerán todos los aspectos del tema a tratar.
- LLUVIA DE IDEAS (BRAINSTORMING): La lluvia de ideas es una manera en que los grupos generan tantas ideas como sea posible en un período muy breve aprovechando la energía del grupo y la creatividad individual.
- ROLE-PLAYNG: Recurso dramático que permite la posibilidad de “jugar” a la vez que se corrigen y pulen conductas que en un principio son inadecuadas en el desempeño de un rol.

III

Violencia de género

14

Sensibilización de los profesionales de Enfermería de Urgencias y emergencias del área IV ante la formación especializada en violencia de género, frente a otros colectivos sanitarios®

Blas Ignacio de Gea Guillén
y María José López Montesinos

Introducción

Muchas veces el hablar de sexo o al género, se emplea de forma indistinta una palabra u otra, sin embargo, es muy frecuente el abuso de tópicos y de prejuicios en relación a este tema^{1,2}. Para ello tendremos que tener claro que existen claras diferencias, para comenzar definiremos “sexo” en referencia a la distinción biológica femenino/masculino u hombre/mujer³, o también como indica la Organización Mundial de la salud⁴ “se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Los conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que existen individuos que poseen ambos, pero estas características tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres”. Y lo distinguiremos de la palabra género que proviene del latín *genus, generis*, definido por la Real Academia de la Lengua Española³, como un “conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes” o también una “clase o tipo a la que pertenecen personas o cosas”. Y como lo dice Hernández⁵, Género se entiende como un principio que organiza la vida social.

Nos centraremos ahora en los problemas de violencia⁶ que además en esta sociedad son problemas muy generalizados y que adoptan muchas formas, puede presentarse en todos los ambientes donde se convive, desde la calle, el trabajo y principalmente en los hogares. Esta violencia, la sufren tanto hombres como mujeres, pero la violencia, independientemente de la forma, su naturaleza o sus consecuencias, es realizada mayoritariamente por varones. En el caso particular de la violencia de género, los agresores⁷ son personas varones cercanas a las agredidas y que suelen producirse dentro de ámbito doméstico o bien cuando la víctima y el agresor ya no conviven, en espacios públicos o privados, en un número importante de las veces se da la agresión en la calle o en las proximidades de su domicilio.

En la sociedad actual, los casos de violencia de género⁸, son muy preocupantes. Constituyen un problema de salud pública, del que somos cada vez más conscientes debido a un incremento del conocimiento de los casos de violencia de género, al hacerse pública, a través de los medios de comunicación. Para un mayor conocimiento de este problema definiremos violencia de género. En la declaración sobre la erradicación de la violencia contra la mujer, que se celebró en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993⁴, la define como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas para tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" Otra definición jurídicamente aceptada, es la dada por Ley Orgánica 1/2004⁹ definiendo violencia de género como "todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

El problema de la violencia de género constituye un problema muy oculto en los países subdesarrollados, tal como lo demuestra la Organización Mundial de la Salud¹⁰ en un estudio en diez países en vías de desarrollo acerca de la salud de la mujer y la violencia doméstica demostrándose su importancia como que entre un 15 y un 71% de las mujeres que fueron consultadas, declararon que habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja. Pero también a nivel mundial^{11, 10}, las encuestas poblacionales realizadas en los últimos 20 años en 50 países diferentes, muestran que del 10 al 50% de las mujeres han sido sometidas a violencia física por sus parejas

íntimas en algún momento de sus vidas. En los países de la Unión Europea¹² se han realizado los últimos años varios estudios destinados a obtener datos de base sobre el número de mujeres sometidas a violencia doméstica. Así, en Irlanda una de cada cinco mujeres, en el Reino Unido una de cada cuatro, en Portugal y Alemania una de cada tres son víctimas de violencia de género. En España si nos referimos al maltrato "declarado", una encuesta realizada por el Instituto de la Mujer¹³, afirma que la violencia doméstica afecta a 4,2% de mujeres mayores de edad pero que no lo reconocen explícitamente, un 12,4%. En estos últimos años también refleja el alcance de este problema, ya que como han demostrado varios estudios^{15, 16, 17}, como el realizado por el Observatorio de la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad¹⁷, titulado "Balance del 2009" revela como dato a resaltar, que el número de denuncias realizadas ha experimentado un aumento significativo en el período que se extiende desde el primer trimestre del año 2007, hasta el segundo trimestre del 2009, **unido a una disminución del número de homicidios**. La puesta en marcha de la Ley Orgánica 1/2004⁹, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, **puede haber sido un acicate para la disminución de muertes y aumento de denuncias**.

En el presente trabajo se pretende conocer si los profesionales sanitarios tenemos la formación necesaria para la detección de casos de violencia de género. Partimos de la base de que estamos sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero algunos no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema¹⁸. Además de no reconocerse las agresiones físicas¹⁹, pasando desapercibidos también el maltrato psíquico, ambiental y sexual, la dominación y el aislamiento⁷, por lo que las mujeres no suelen recibir la atención adecuada. Éstas acuden habitualmente a los servicios sanitarios, por lo que los centros de salud y los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser un lugar clave para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada²⁰.

Como demuestran varios estudios y manuales^{21, 7, 22, 23, 24 y 25}, la formación en violencia de género que deben de recibir los profesionales de salud, debe de ser de calidad, además de incluir aspectos fundamentales para la detección de casos de violencia de género, utilizando múltiples estrategias y además con la puesta en marcha de los recursos disponibles que las administraciones regionales y nacionales ponen a disposición de estas mujeres. La violencia

contra la mujer en la pareja²⁶ constituye un importante factor de riesgo para la salud, tanto física como mental, por lo que muchas de las víctimas buscan asistencia sanitaria para los problemas derivados de la violencia que sufren. Además, considerando que prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida, ya sea para una revisión, por motivos relacionados con la maternidad o para acompañar a algún familiar, el ámbito sanitario se convierte en un contexto privilegiado para identificar a las mujeres que sufren abusos por parte de sus parejas²⁷.

También intentaremos averiguar si los sanitarios ven necesaria la creación de una figura sanitaria especialista en Violencia de Género que atienda a la víctima tanto en los centros sanitarios como en su domicilio, tal y como ocurre en países como Estados Unidos²⁸ con la creación de la figura de la enfermera de práctica avanzada con experiencia en las habilidades de búsqueda de casos, que aconsejarían en cuestiones de prevención, manejo de casos y el conocimiento de recursos y referencias.

Dentro del perfil de las víctimas mortales de violencia de género en referencia a los datos de 2009¹⁵, encontramos que el 50 % eran mujeres menores de 35 años, el 54'54% tenían o habían tenido algún vínculo matrimonial, 38% eran extranjeras y el 62% españolas, el 31% de las víctimas habían formulado previamente denuncia, el 24% de los fetos se suicidaron y el 13% lo intentaron. Tan importante es este hecho que el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS)²⁹ ha aprobado en el mes de febrero de 2010 los contenidos comunes básicos relativos a la formación de profesionales sanitarios para la actuación contra la violencia de género. Para ello, el Consejo analizó el Informe anual de violencia de género de 2008, estableciendo que las mujeres de entre 21 y 50 años son las que tienen mayor riesgo individual de morir por violencia de género.

Los profesionales sanitarios, en el afán de conseguir una disminución de las cifras de mujeres que mueren a manos de su pareja, intentan aumentar su nivel formativo en violencia de género, ya que el número de víctimas es todavía muy elevado, y son un eslabón importante para la detección de casos de violencia de género. Por eso, desde la administración pública se cuenta en la actualidad con la existencia de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género³⁰ tal y como refleja en su punto 5, la importancia que tiene el personal de los Servicios Sanitarios en la actuación

para el reconocimiento de casos de violencia de género. En él se recoge que “desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental”. Queremos destacar que tal y como se indica en este protocolo, es fundamental su conocimiento, ya que las mujeres acuden generalmente a dichos servicios, y en nuestro caso, los Servicios de Urgencias y Emergencias hospitalarias y extrahospitalarias, son los que deben actuar de forma rápida y efectiva, ya que muchas veces se pone en riesgo la vida de la propia paciente. La puesta en marcha de dicho protocolo y el conocimiento por parte de todo profesional sanitario conseguiría en muchos casos la interrupción de situaciones de posible violencia de género. Tal y como indica es muy difícil que se puedan identificar los casos de violencia de género, cuando no existe lesión física, pero se puede llegar a ser capaz de identificarlos si los profesionales de la sanidad, profundizan mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece.

La violencia contra la mujer no es un hecho puntual⁸, sino que se va cronificando, siendo la violencia física la punta del iceberg de la vivencia de la violencia incrustada. La mujer es consciente de su sufrimiento, pero, con el tiempo, deja de ser consciente de que no merece ese sufrimiento. De alguna manera, la conciencia de la injusticia es la voz de alarma que empuja a la lucha contra esa situación. Por eso, cuando el maltrato se prolonga es porque ella «consiente», porque aprendió el rol que le enseñaron y el que él marca, se siente culpable y responsable de lo que pasa, llegando a pensar que no se somete lo suficiente, e intenta portarse mejor para que él no se vuelva a enfadar. Niegan la realidad autoengañándose, autoinculpándose y usando estos mecanismos como mecanismos de protección, reduciendo así su nivel de ansiedad, pero también su capacidad de salir de esta situación. Sin embargo, no olvidemos que no se necesita ningún tipo de acción o reacción por parte de la víctima para que se produzca el maltrato, ya que el objetivo de éste es el sometimiento. Toda mujer que es agredida por su compañero sentimental,

sigue el ciclo de la Violencia³¹, que está compuesta por tres fases que se desarrollan a lo largo de tiempo.

Hemos de tener en cuenta, que no existe un perfil de mujer maltratada típica³², pero es habitual que presente rasgos psicológicos de dependencia y que hayan sido maltratadas en la infancia, muchas veces son educadas en una relación de asimetría con el varón que tienden a perpetuar en sus propias relaciones, los rasgos más característicos que tenemos que intentar identificar son la baja autoestima, asunción de la violencia como un modo de relación que hay que tolerar, asumiendo un rol pasivo³³, estableciéndose como un síndrome de la mujer maltratada, dentro de un cuadro psicológico, que se caracterizaba por una *indefensión aprendida* donde la víctima asume psicológicamente su incapacidad de controlar las agresiones; una *baja respuesta conductal* ya que la víctima renuncia física y psicológicamente a oponerse a las agresiones y finalmente aparece una *identificación con el agresor*, ya que la víctima cree merecer la agresión y justifica al agresor.

También hay que resaltar cual es el perfil de un maltratador⁷, entre las características más importantes destacan la existencia de una diversidad de individuos, ya que nos podemos encontrar con individuos desempeñando cualquier trabajo, o con cualquier nivel cultural, o económico, etc. y dejando claro que no suele sufrir enfermedad, síndrome o trastorno psiquiátrico alguno, encontrándonos básicamente con maltratadores dominantes (con personalidad antisocial, violenta y agresiva tanto dentro del ámbito doméstico como fuera de él), maltratadores dependientes (con un perfil criminalístico más introspectivo o depresivo, mediante el cual la violencia es ejercida exclusivamente en el ámbito doméstico). Como características más importantes de un maltratador³⁴ nos encontramos con personalidad dependiente, labilidad emocional, carencia de empatía, autoestima baja, dificultad el control de impulsos, celotípicos, dominantes o posesivos y suelen utilizar comportamientos defensivos como negación, minimización, justificación, racionalización y desplazamiento de la culpa. Este problema de violencia de género, no solo afecta como es normal a la propia víctima sino también a los niños y/o adolescentes que conviven en un lugar de donde se producen los malos tratos³⁵.

El propósito de nuestra investigación se centra en identificar las necesidades formativas de los profesionales sanitarios, en relación a la problemática de

la violencia de género, ya que como se ha explicado anteriormente muchas de las víctimas son atendidas por sanitarios, que pueden o no acudir por causa específica de violencia de género, por lo que una actuación alerta puede poner de manifiesto un caso de malos tratos. Los profesionales sanitarios contamos con una gran cantidad de manuales de asistencia sanitaria, en muchos de los cuales se incluyen capítulos específicos para la violencia de género, tal y como se indica en el Manual de Urgencia de Enfermería de la Asociación Americana de Enfermería de Emergencias²⁴, donde se muestra de forma importante cuales son las consecuencias que producen la situación de malos tratos en la víctima, poniendo de manifiesto que pueden aparecer multitud de trastornos durante la identificación de una víctima de violencia de género, durante la actuación de los Servicios de Urgencias, que van desde un traumatismo grave hasta síntomas físicos y mentales más leves. Las anomalías médicas y psicológicas crónicas (4), las lesiones menores y mayores, la depresión, la conducta suicida, las enfermedades de transmisión sexual, el abuso de sustancias e incluso la muerte son consecuencia muchas veces de situaciones de violencia de género, nosotros tenemos que estar alerta para su detección, indicado que debemos tener en cuenta que muchas veces la paciente describe el pretendido “accidente” de un modo dubitativo, evasivo o turbado, o evitan el contacto ocular. También se observa que la extensión de una lesión y el tipo de lesión no casan con las explicaciones ofrecidas, que la víctima tiene historia de lesiones traumáticas o de visitas frecuentes al Servicio de Urgencias, y además niega el abuso físico, pero presenta hematomas inexplicados, áreas de eritema o hematomas con la forma de una mano o de algún objeto; desgarros, quemaduras, cicatrices, fracturas o múltiples lesiones en varias fases de curación; fracturas mandibulares; o perforación del tímpano, también muestra lesiones en áreas ocultas por el vestido o el pelo. Otra característica destacable es que el compañero (u ofensor sospechado) acompaña a la paciente, insiste en permanecer cerca de la víctima, intenta responder a todas las preguntas dirigidas a la paciente. Además, cuando se realiza una exploración más detallada, la paciente admite abuso pasado o presente, físico o emocional, como víctima o como testigo infantil. Muchas veces, cuando la mujer está embarazada, la violencia de género puede constituir una causa de muerte, siendo los responsables generalmente los compañeros íntimos. Dentro de las consecuencias sintomatológicas más

importantes que suelen aparecer en una víctima de violencia, que afectan al estado de salud de la mujer³⁶ se encuentran todas las definidas por la Organización Mundial de la Salud⁴, diferenciando entre consecuencias psicológicas y de conducta, sexual, reproductivas y ginecológicas, física y la presencia de lesión físicas traumáticas,

También hay que tener en cuenta las recomendaciones de la Asociación Americana de Enfermería de Urgencias de Estados Unidos³⁷ que recomienda el desarrollo de protocolos y procedimientos de uso habitual para la evaluación y la identificación de la violencia de género, cuyos objetivos sean el tratamiento de los síntomas o las lesiones presentes, ofrecer soporte emocional, ayudar a la víctima para que establezca un plan de seguridad e identifique las oportunidades disponibles, proporcionar información sobre la protección legal y suministrar la información sobre los servicios de soporte y los recursos comunitarios disponibles. Según la asociación, su identificación requiere sensibilidad, comprensión e índice alto de sospecha.

En relación a la existencia de cuestionarios para el cribado para la identificación de mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas encontramos *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*³⁸, cuyo objetivo final se centró en los profesionales sanitarios para que dispusieran de un instrumento que fuera lo suficientemente práctico y flexible para poder ser administrado en la práctica diaria, y que fuera también de fácil comprensión para las mujeres. El instrumento fue traducido al español y validado por Forgarty y Brown³⁹ en pacientes hispano-hablantes en EEUU en el año 2002. Otro cuestionario de cribado de malos tratos validado⁴⁰ consta de 10 cuestiones basada en una escala de tipo Likert con 5 ítems, que van desde «nunca» a «casi siempre», nueve preguntas estaban redactadas en positivo y una en negativo; esta última fue recodificada para el análisis.

Teniendo en cuenta, que nuestro estudio se centra en las necesidades formativas que tienen los profesionales sanitarios, relacionado con un aumento en la detección de los malos tratos en los servicios de urgencia, hay varios estudios^{41, 22, 23} que demuestran la necesidad de formación específica en violencia de género, como es el hecho que una revisión que ha puesto de manifiesto datos relevantes en relación a la atención de las víctimas en los servicios de Urgencias del gobierno estatal de Australia²², donde se reconoce que es un problema de salud en general poniendo en marcha acciones de tolerancia

cero. En este trabajo se examinan las recomendaciones actuales de enfermería y de la literatura médica, exponiendo que el reconocimiento temprano y el uso de estrategias como la moderación y la tolerancia cero son medidas último recurso, destacando que es importante contar con políticas prácticas, protocolos y procedimientos de gestión de las agresiones y la violencia en los servicios de urgencia y poner énfasis en la formación y el desarrollo de habilidades, la comunicación en particular y las estrategias de negociación por parte de los profesionales de la salud

Objetivos e hipótesis

Objetivos

Los objetivos de nuestra investigación se centran en:

1. Identificar el conocimiento de los profesionales de la salud analizados en el estudio sobre detección de violencia de género, en los servicios de urgencias.
2. Conocer el conocimiento y utilidad de hacen de los protocolos específicos sobre el tema.
3. Descubrir la opinión de los componentes de la muestra sobre necesidad específica de formación en violencia de género.
4. Identificar las diferencias existentes entre colectivos sanitarios estudiados con relación a la variables analizadas.
5. Mostrar la asociación entre determinadas variables sociodemográficas y laborales de la muestra con las restantes variables del estudio.

Hipótesis

Entre nuestros supuestos de trabajo destacamos:

1. Una formación en pregrado sobre violencia de género en los profesionales de la salud permitiría una mayor la detección de los casos, con un número mayor de detección de casos.
2. La existencia de una especialización en la formación de los profesionales sanitarios facilitaría una detección precoz de casos de violencia de género y una asistencia de mayor calidad para las víctimas.
3. No se aplican protocolos de actuación específicos sobre la detección de malos tratos en los servicios de urgencias.
4. Presencia de diferencias de opinión sobre la necesidad de formación

continuada en violencia de género entre los diferentes colectivos sanitarios analizados.

5. Existen variables demográficas y laborales que inciden en las restantes variables de este estudio.

Metodología

El estudio que hemos realizado es un estudio descriptivo transversal. Como herramienta de trabajo, hemos utilizado un cuestionario, con una probada fiabilidad científica y documental^{42, 43}, que incluye ítems que presentan dos partes claramente diferenciadas. El cuestionario fue realizado de forma totalmente anónima. Para su validación se realizó un grupo focal con la participación de un profesional de cada servicio, para ver cuales son las opiniones, deseos y deficiencias que los profesionales del área tienen acerca de la violencia de género. A partir de estas inquietudes, y de una revisión bibliográfica sobre el tema, se realizó el cuestionario empleado en este estudio. Dicho cuestionario se pasó finalmente en un pretest a un grupo reducido (n=5) de profesionales para ver si alguna de las preguntas o respuestas no eran comprensibles, obteniéndose resultados favorables. La realización del cuestionario se dirigió a profesionales sanitarios⁴³ abarcando todos los servicios de asistencia de urgencias y emergencias que existen en la comarca del noroeste incluyendo los servicios de urgencias extrahospitalaria (Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) de Cehegín y Caravaca de la Cruz, Puntos de Atención Continuada (PAC) de Calasparra, Moratalla, y Bullas, Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) de Caravaca de la Cruz perteneciente a la Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (GESARM061)), servicios de urgencias Hospitalaria del Hospital Comarcal de Noroeste de la Región de Murcia, y los Centros de Salud de Cehegín, Caravaca de la Cruz, Calasparra, Moratalla y Bullas pertenecientes al Área de salud IV del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia (Murciasalud, 2010)..La población de estudio, contando con 108 profesionales sanitarios constituidos por 54 médicos/as y 54 enfermeros/as pero finalmente, superaron los procesos de validación 100. Las pérdidas totales fueron de 8 cuestionarios (7'40%, del total) (ya que no fueron rellenados correctamente por los profesionales debido a errores de anotación o por falta de alguno de los datos del cuestionario). Todos los datos recogidos fueron tratados mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 15©.

Para la tabulación de los datos se utilizó la siguiente técnica:

- A diferentes variables, de las distintas respuestas se les asignó una puntuación que oscilaba desde 0 hasta 5, según el número de respuestas que cada una de las preguntas tenían en el cuestionario que se ha realizado en el estudio.
- En la totalidad del estudio se recogieron 23 variables diferentes. Clasificadas en dos grupos. Por un lado, las variables sociodemográficas y laborales de la muestra y por otro las restantes variables analizadas en el estudio.

La recogida de datos tuvo lugar en los meses de abril y mayo de 2010, realizándose en los centros de trabajo de los participantes en el cuestionario. Como limitación más importante de nuestro estudio tiene como particularidad, que la población está circunscrita al área de salud IV de la Comunidad Autónoma de Murcia utilizado para ello solamente los profesionales que trabajan en los servicios de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria, con un número pequeño de participantes por lo que los resultados del estudio van a ser difícilmente extrapolables a toda la población sanitaria española.

Resultados

Datos sociodemográficos y sociolaborales referentes a los participantes en el estudio.

Durante el análisis de los datos en referencia a los participantes (n=100) podemos destacar que el 49 % (n= 49) fueron respondidos por profesionales de enfermería frente al 51% (n=51) respondidos por profesionales médicos además el 46% (n= 46) eran mujeres mientras que el 54% (n= 54) eran varones. La mayoría de la muestra (n= 100) pertenece a profesionales que trabajan en el medio extrahospitalario con un 68%, distribuidos en un 19% (n=19) que trabajaba en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), el 13% (n= 13) en la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), y finalmente el 36% (n= 36) pertenece a centros de primaria que incluyen un Punto de Atención Continuada (PAC); mientras que el 32% (n=32) realiza su función en el medio hospitalario, y en concreto, en el servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste. El cuestionario ha sido respondido por profesionales sanitarios (n= 100) con una media de edad de 39'9 años, lo cual supone una muestra de profesionales sanitarios relativamente jóvenes, por lo que se deduce que los estudios de pregrado son relativamente actuales.

Datos sobre detección de casos de violencia de género y conocimiento de la existencia y aplicación de protocolo específico.

En cuanto, a si detectaron casos de violencia de género en esta área de salud (n= 100), el 88% (n= 88) en algún momento de su vida laboral ha detectado algún caso, frente al 12% (n= 12) que no había detectado ninguno. Ello supone una alta frecuencia de detección en esta área. En cuanto al número de casos que habían detectado los profesionales sanitarios, se desprende que el 50% de la muestra (n= 50), detectaron al menos 5 casos. El número de casos detectados con mayor frecuencia por los profesionales sanitarios de esta área fue de 2 casos, representando el 16% (n= 16) de la muestra total.

Datos sobre la aplicación y conocimiento de la existencia de protocolos en sus centros de trabajo.

Con la intención de averiguar, cuales son sus conocimientos acerca de los protocolos de actuación en los casos de violencia de género que presenta los profesionales encuestados (n= 100), y teniendo en cuenta que el 88% (n= 88) de ellos ya había detectado algún caso de malos tratos, nuestro interés se centró en saber si los participantes de la muestra (n= 100) conocían o no la existencia en su centro de trabajo de un Protocolo Específico, obteniéndose datos como que el 70% (n= 70) sí conoce su existencia, mientras que el 30% (n= 30) no conoce o no sabe de la existencia de éste. Respecto a si su aplicación había sido llevada a cabo en algún momento en su centro, los datos nos revelan que el 37% (n= 37) de estos profesionales afirma que no habían aplicado el protocolo específico en su centro, a pesar de que habían detectado algún caso en sus consultas, junto al 13% (n= 13) que no sabía si algún profesional de su centro lo habría aplicado en caso de haberse enfrentado a un caso de violencia de género. De este modo podemos extrapolar que, aún conociendo la existencia de un protocolo, un 50% (n= 50) no lo ha aplicado o no saben si se ha aplicado el mismo protocolo.

Datos sobre la formación pregrado y postgrado.

En cuanto a la formación de pregrado de los profesionales sanitarios encuestados (n=100) se muestra que el 55% (n= 55) de ellos opina que su formación de pregrado ha sido mala o muy mala, frente al 15% (n= 15) que resalta que su formación pregrado es buena o muy buena. Solamente el 36%

(n= 36) considera que la formación pregrado es regular, lo que pone de manifiesto que el pregrado universitario no forma en el tema de la violencia de género, por lo que muchos de ellos tienen que recurrir a la formación específica postgrado para adquirir conocimientos sobre el tema.

En relación al conocimiento de la existencia de cursos específicos de formación en Violencia de Género (formación postgrado), de los profesionales sanitarios encuestados (n= 100), un 44% (n= 44) revela que no sabe de la existencia de cursos de formación específica, frente al 56% (n= 56) que sí conoce de su existencia, demostrando que, no le llega la información de esos cursos, o no creen que sea lo suficientemente importante para realizarlo.

Por otro lado el 27% (n= 27) de los participantes de la muestra (n= 100) ha recibido formación específica en violencia de género en los últimos 5 años, frente al 73% (n= 73) que sí la ha recibido. Esto revela que aunque existe un conocimiento importante de cursos específicos de violencia género, los profesionales sanitarios no suelen formarse en ellos.

Formación interdisciplinaria y creación de la figura del profesional especialista en violencia de género.

En relación a la formación interdisciplinaria, y si ésta, es adecuada o podría mejorar la detección de casos de violencia de género, en la encuesta realizada a nuestros profesionales sanitarios (n= 100), el 90% (n= 90) de ellos, afirma estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en relación a este tema, mientras que solamente el 2% (n= 2) está totalmente en desacuerdo, revelando la demanda de dicha formación interdisciplinaria por parte de participantes de la muestra, poniendo de manifiesto que podría mejorar la asistencia a las víctimas. Mientras que la importancia en la creación de la figura del profesional sanitario especialista en violencia de género nuestros profesionales sanitarios (n= 100) destacan en un 57 % (n= 57) que están de acuerdo o totalmente de acuerdo con su creación en el sistema sanitario, el 23% (n= 23) expresan que ni están de acuerdo ni en desacuerdo con su creación, mientras que solamente 20% (n= 20), reconoce no estar de acuerdo o totalmente en desacuerdo con su creación.

Análisis de los datos propuestos

2.1. a) Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género con respecto al sitio actual de trabajo del profesional sanitario.

En este apartado intentaremos encontrar la asociación existente entre el sitio actual de trabajo de los participantes de la muestra ($n=100$), con una mayor necesidad de conocimientos para casos de violencia de género. Para ello hemos agrupado la variable "Dónde se encuentra su trabajo actualmente", en dos variables solamente. Por un lado *los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario* ($n= 32$) correspondiendo a los sanitarios que desempeñan su función en el servicio de urgencias hospitalarias y por otro lado, hemos agrupado al resto de los profesionales en un grupo único denominado *profesionales que trabajan en el ámbito extrahospitalario* ($n= 78$), en el que hemos incluido a los profesionales que ejercen en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), profesionales pertenecientes a la Unidad Médica de Emergencias (UME) y profesionales que trabajan en los Puntos de Atención Continuada (PAC), realizándose para ello una tabla de contingencia 2×2 (tabla 6), de la cual tras la aplicación de la prueba de la Chi-cuadrado de Pearson hemos obtenido datos relevantes de dicha asociación, y podemos concluir que sí existe una asociación significativa ($p<0'01$)

2.1. b) Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género con respecto si el profesional ha atendido en algún momento algún caso.

Tras observación de los datos anteriores, nos preguntamos si los profesionales sanitarios ($n= 100$) que detectan casos de violencia de género presentaban mayor necesidad de conocimientos sobre el tema, presentando una diferencia significativa ($p<0'05$) una vez realizada la tabla de contingencias (2×2) y empleando test de la Chi cuadrado de Pearson.

2.1. c) Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género y opinión del profesional sobre ello.

También intentamos saber si los participantes de la muestra ($n= 100$) tienen mayor necesidad de conocimientos debido a que necesitan

ampliar su formación en relación a la violencia de género, de esto obtuvimos también una asociación significativa ($p < 0'0001$) tras la realización de una tabla de contingencia (2x2) y empleando las pruebas de Chi cuadrado de Pearson.

2.2. a) Asociación entre colectivo profesional y la opinión de su formación de pregrado.

Se intentó conocer si la opinión en relación a la formación de pregrado de enfermeros/as y médicos/as ($n = 100$) en relación a la violencia de género era diferente para cada uno de los profesionales, sin embargo, tras los tratamientos estadísticos hemos podido observar que no existen diferencias significativas entre la formación de pregrado recibida por los médicos/as y los profesionales de enfermería.

2.2. b) Asociación entre colectivo profesional y la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica sobre maltrato hacia la mujer.

Con relación a si creen necesario que los sanitarios tengamos una formación específica, la opinión dada por médicos/as y enfermeros/as es muy distinta, ya que la opinión de los médicos/as encuestados ($n = 51$) esta asociada a que están totalmente en desacuerdo con esta afirmación. Por el contrario la opinión de los enfermeros/as de la muestra ($n = 49$) esta asociada a que están totalmente de acuerdo con la necesidad de una formación específica de dichos profesionales en relación a los temas de violencia de género ($p < 0'0001$)

2.2. c) Asociación entre colectivo profesional y necesidad de una formación adecuada interdisciplinaria que mejoraría la detección de casos de violencia de género.

En este caso, tuvimos que realizar una agrupación de la variable "formación interdisciplinaria" de manera que obtuvimos, por un lado los sanitarios ($n = 98$) que opinaban no estar totalmente de acuerdo con la afirmación ($n = 52$), y por otro lado los sanitarios que están totalmente de acuerdo ($n = 46$) con esta afirmación. Tuvimos que despreciar el grupo de profesionales que estaban totalmente en desacuerdo ($n = 2$). Tras someterlos a los tratamientos estadísticos obtuvimos resultados estadísticamente significativos ($p < 0'05$) con un diferencia de opinión entre sanitarios, de manera que los profesionales médicos/as se agrupaban mayoritariamente en el grupo de los que no están totalmente

de acuerdo, mientras que los profesionales de enfermería estaban agrupados mayoritariamente en el grupo de totalmente de acuerdo con la afirmación.

2.2. d) Asociación entre colectivo profesional y si se debería crear la figura de profesional sanitario especialista en Violencia de género.

Como ultima parte de nuestros resultados, quisimos conocer si existía asociación significativa respecto a colectivo profesional y la creación de especialista en violencia de género. Tras someterlo a las diferentes pruebas estadísticas, obtuvimos resultados favorables, observándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0'00001$) en cuanto a la opinión de necesidad de creación del profesional especialista en violencia de género, de manera que la opinión de los enfermeros/as se asocia mayoritariamente a estar totalmente de acuerdo con su creación.

Discusión

En el desarrollo de nuestra investigación, con el objetivo de identificar la opinión de los profesionales sanitarios sobre diversos aspectos relacionados con la violencia de género, podemos destacar en lo referente a los datos sociodemográficos y laborales de los participantes en la encuesta, que el 49% fueron contestados por profesionales de enfermería, el 46% fueron mujeres, y que el 68% de ellos trabajaban en el ámbito extrahospitalario. La edad media de los participantes, encontramos que se sitúa en los 39'9 años, aunque el 75% de los encuestados no sobrepasaba los 48 años, representando una población relativamente joven. En cuanto a si los profesionales sanitarios detectan casos de violencia de género, los datos obtenidos son relativamente relevantes ya que el 88% de ellos, habían detectado al menos un caso de violencia de género, y debemos recordar que la detección es difícil llegando muchas veces a pasar desapercibido^{41, 22, 23}. Así mismo, se debe observar todas las consecuencias físicas, psíquicas y sociales⁴, que puede aflorar en las pacientes que acuden a nuestros servicios de urgencia de forma continuada³⁶, y además se deberá de tener en cuenta que la prevalencia en España es baja situándose, en datos del 2001, en el 4'2% de la mujeres mayores de edad¹¹. Para evitar que dichos casos de violencia de género pasen desapercibidos, los profesionales sanitarios contamos con unas herramientas muy efi-

caces, constituidas por los protocolos de actuación y cuestionarios de cribado, que con su conocimiento, aplicación y puesta en marcha, contribuyen muy significativamente, a una mejora considerable en la detección de casos de violencia de género^{30, 36, 21, 38}, en nuestro estudio se refleja que los profesionales consultados, el 30% no sabe o cree que no existe un protocolo específico de actuación en caso de malos tratos, pero desde 2008 en España existe un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género³⁰, y particularmente en Murcia, existe un dispositivo que se pone en marcha cuando se detecta un caso de violencia de género⁴⁵. Pese a todo esto, nuestros profesionales solamente en un 50%, una vez que habían detectado algún caso. En cuanto a la formación específica en violencia de género, la mayoría expresan que su formación pregrado es mala o muy mala (55%), mientras que en los cursos de postgrado, solamente el 27% los habían realizado en los últimos 5 años, pese a que en Murcia durante el año 2008, se impartieron 7 cursos específicos, pero solamente 175 profesionales asistieron y de los cuales, ninguno de ellos pertenecía al ámbito de urgencias, donde se ha realizado el cuestionario⁴⁶.

Otro aspecto importante, que se refleja en nuestra investigación, es la actuación interdisciplinaria (sanitarios, jueces, fuerzas de seguridad) que consideramos como básica para la buena coordinación entre los diferentes sectores implicados en la atención de una mujer que haya sufrido malos tratos, y debe aplicarse la derivación cuando sea necesario, así como establecer y mantener una comunicación interinstitucional eficaz y eficiente⁴⁷.

En esto nuestros profesionales consideran que están de acuerdo o totalmente de acuerdo (90%), con la particularidad de que a los profesionales de enfermería se les asocia mayoritariamente a estar totalmente de acuerdo en que una adecuada formación interdisciplinaria mejoraría la detección de casos de Violencia de Género²⁸.

En el ámbito de la atención sanitaria, en especial de la atención en urgencias y emergencia, surge necesariamente un afán por mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes, esto lleva consigo una búsqueda imperiosa con el objetivo de incrementar nuestros conocimientos respecto a un problema difícil de identificar como son los casos de malos tratos hacia las mujeres.

Como hemos podido demostrar, un profesional que continuamente se encuentra ante este tipo de situaciones, presenta mayores necesidades de cono-

cimiento que otro profesional que presenta menor índice de presencia de casos, así los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario, al presentar un mayor número de consultas de casos de violencia de género, se les asocia a un mayor grado de necesidad de conocimiento que los profesionales sanitarios de urgencias extrahospitalarias que presentan un menor índice de consultas relativas a violencia de género. También observamos que dicha necesidad de conocimientos aparece relacionado con la necesidad de ampliación de formación en violencia de género^{22, 41}.

Finalmente se realizó una comparación para averiguar si existían diferentes opiniones entre los diferentes sanitarios que formaron parte del estudio (médicos/as y enfermeros/as). Se ha obtenido datos que nos hacen pensar que los profesionales de enfermería presentan un mayor grado de sensibilización en la problemática de casos de violencia de género que sus compañeros/as médicos/as. No obstante, si que se observó que no había diferencias significativas en cuanto a la opinión relativa a la formación de pregrado entre los dos colectivos profesionales encuestados, mientras que sí que pudimos encontrar asociaciones estadísticamente significativas en el caso de los/as enfermeros/as, en relación a la necesidad de profesionales con formación especialista acerca del maltrato y la creación de una figura especialista en violencia de género, en concordancia con el proyecto que en los Estados Unidos se esta llevando a cabo, con la creación de la figura de la enfermera de práctica avanzada con experiencia en las habilidades de búsqueda de casos, que deben de actuar como unos/as proveedores/as esenciales para la prevención de la violencia doméstica y su detección²⁸.

Conclusiones

1. El 88% de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de las urgencias y las emergencias del área IV ha detectado casos de violencia de género.
2. El 70% conoce de la existencia en sus centros de trabajo del protocolo específico de violencia de género, pero solamente el 50% de los que detectan casos lo aplican.
3. La formación de pregrado es deficitaria, por lo que se debería reflexionar para la inclusión de este tema en las materias de los estudios universitarios, también en referencia a los cursos específicos de violencia de

género, aún existiendo y teniendo en cuenta que los profesionales tienen conciencia de que no suelen acudir a estos.

4. Los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito hospitalario y que presentan mayor índice de presencia de casos de malos tratos, se les asocia mayor necesidad de conocimientos relativos a la violencia de género, por lo que sería necesario ampliar la formación en relación a la violencia de género.
5. Los profesionales de enfermería creen necesario que existan profesionales sanitarios con formación específica en violencia de género, y también creen que una formación interdisciplinaria adecuada mejoraría la detección de dichos casos, considerando necesario la inclusión en el sistema sanitario de un profesional especialista en violencia de género, a diferencia de lo que manifiestan los profesionales médicos.

Implicaciones para la enfermería

- Refleja una mayor sensibilización respecto a las situaciones de violencia de género.
- Se hace necesario incluir en la formación pregrado formación específica de violencia de género.
- Necesitamos un mayor número de cursos específicos de violencia de género, y creemos que para ello se debe incentivar a nuestros compañeros/as enfermeros/as.
- Es necesario que se cree el profesional especialista en violencia de género, y creemos que el más preparado es el profesional de enfermería.

Recomendaciones para investigaciones adicionales

Al ser un estudio piloto, nos ha servido para conocer cual es la actitud de los profesionales médicos/as y enfermeros/as con respecto a la violencia de género. Creemos necesario ampliar dicho estudio a otras áreas de salud de nuestra región, así como intentar fomentar la creación del profesional especialista en violencia de género, considerándolo como muy positivo y poniéndolo en conocimiento de la administración, para su posible creación en nuestro ámbito sanitario.

Referencias bibliográficas

1. Giddens C. Sociología. Versión española de Teresa Alberó 1ª ed. Madrid. Alianza; 1994. p. 864.
2. Martínez, I, Bonilla, A. *Sistema sexo/género identidades y construcción de la subjetividad*. 1ª Ed. Valencia. Universidad de Valencia; 2000. pp. 139-140.
3. AA.VV. Diccionario de la Lengua Española. 2 Vols. 22ª ed. Madrid. Espasa-Calpe; 2005.
4. United Nations Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women. E/CN.4/1996/53, February 1996. Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, Ginebra, 5-7 febrero de 1996. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento FRH/WHD/96.27, disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf, desde el 18 de marzo de 2005).
5. Hernández, A. *Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo N°. 73 Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ, Bogotá; 1998. p. 93.*
6. Pérez J, MacInnes J. "Valoración social del incremento de la violencia doméstica." en. Barrios, G, Rivas P. *Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense* 1ª ed. Madrid: Aranzadi 2007: pp. 53-80.
7. Mota H. *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. Editorial Club Universitario; 2008. pp. 5-7
8. Martín M, González MA, Vicente, N. *Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria*. 1ª ed. Semerges IM&C Madrid. 2006. pp. 9-33
9. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial de España. N° 313, (29/12/2004), páginas 42166-42197.
10. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. [monografía en Internet], Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [acceso el 13 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

11. Serrano MI. *Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. 2ª ed. Madrid. Díaz de Santos Editores. 2002. p. 315
12. *Presidencia de la Unión Europea. Estudio sobre las medidas adoptadas, por lo Estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid. 2002.
13. Instituto de la Mujer. [sede Web]*. Madrid. Violencia. 2010. [acceso el 27 de mayo de 2010]. Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm
14. Johnson, MP, Kathleen JF. "Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions". *Journal of Marriage and the Family* San Francisco. 2000; 62(4): 948-963.
15. Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o ex pareja en 2009. [monografía en Internet], Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Abril de 2010. [acceso el 23 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1235984750_informe_muertas_2009.pdf
16. Alonso MJ, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado MI, Gómez MC y Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol*. Madrid. 2004; 47(11): 511-520.
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. [sede Web]*. Madrid. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Observatorio de Salud de la Mujer; 2009 [acceso el 23 de abril de 2010]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Criterios de calidad para la formación básica de profesionales para la atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: www.msc.es/ObservatorioSaludMujer
18. Coll B, Echeverria T, Farràs U, Rodríguez D; Millá J, Santià M. "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". *Gac Sanit*. Barcelona. 2008; 22(1): 7-10.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. Juristat service bulletin, *Statistics Canada*, 1994, 14(9):89.

20. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004; 34:117-127.
21. Glass N, Dearwater S, Campbell J. Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Emergency Nursing Journal*. Cherry Hill (Estados Unidos). 2001; 27(2): 141-149.
22. Wand C, Coulson K. Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Leumeah (Australia). 2006; 9(1): 163-170.
23. Schimanski K, Hedgecock B. Factors to consider for family violence screening implementation in New Zealand emergency departments. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Leumeah (Australia) 2009; 12(2): 50-54.
24. Newberry L, Criddel LM. E.N.A. SHEEHY. *Manual de Urgencia de Enfermería*. 6^a ed. Madrid: Elsevier. 2006.
25. Alberdi I; Matas N. *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. 1^a ed. Barcelona. Colección Estudios Sociales; 10. 2002.
26. Plazaola J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin*. Barcelona. 2004; 122:461-467.
27. Ruiz I, Blanco-Prieto P, Vives C. "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias". *Gac Sanit*. Barcelona. 2004; 18(2): 4-12, 48 ref.
28. Willson P. Domestic Violence: Are Nurses Hiding the Facts?. *J of Advanc Nursing Prac* Nueva York. 1998; 2(1): 22-26.
29. Ministerio de Sanidad y Política Social. [sede Web]*. Madrid. Nota de Prensa. 2009. [acceso el 15 de marzo de 2010]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Los profesionales sanitarios tendrán una formación común sobre violencia de género. Disponible en: <http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1729> .
30. Ministerio de Sanidad y Política Social. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Centro de Publicaciones. 2008 [monografía en Internet], Madrid: 2009 [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

31. Walker L. "Ciclo de la violencia familiar". *Revista Familia y Sociedad*, núm. 80. Bogotá: 1993.
32. Palacios S. *Salud y medicina de la mujer*. 1ª ed. Barcelona. Harcourt; 2001. p. 575
33. Seligman M. *On depression, development, and death*. 1ª ed. San Francisco: Freeman; 1975.
34. Ibáñez, M. Violencia doméstica en Euskadi: malos tratos a la mujer. Análisis y definición del proceso de ruptura con una relación de maltrato. *Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia/Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*. Vitoria. 2004.
35. Holt S, Buckley H, Whelan S. "The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature". *Child Abuse & Neglect*. Chicago 2008; 32(1): 797-810.
36. Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J et al. "Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences". *Arch Intern Med*. San Francisco. 2002; 162(1): 1157-1163.
37. Emergency Nurses Association [sede Web]*. Chicago. Intimate partner and family violence, maltreatment, and neglect; 2006. [acceso el 27 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Violence_-_Intimate_Partner_and_Family_-_ENA_White_Paper.pdf.
38. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, & Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in family Practice. *J. Family Medicine*. Washington: 1996; 28(1): 422-428.
39. Fogarty C and Brown J. Screening for abuse in Spanish speaking women. *Journal of American Board of Family Practice*, 2002; 15:101-11.
40. Delgado A, Aguar M, Castellano M y Luna del Castillo J. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres *Aten Primaria*. Madrid. 2006; 38(2): 82-89.
41. Blanco P, et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. Barcelona. 2004; 18(1): 182-188.
42. Saturno PJ. Fases de construcción de una encuesta. *Master Oficial en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud*. Murcia: Universidad de Murcia, 2010
43. Bohrnstedt, GW. Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición

- de actividades. En :Summers, GF. (ed). *Medición de actitudes*. Trillas, Mexico, 1984. Cap. 3
44. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Murcia. [monografía en Internet], Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso el 3 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/MurciaSNS2008.pdf>
 45. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, www.carm.es [sede Web]*. Murcia: 2010. Conserjería de Política Social, Mujer e Información. Instituto de la Mujer Violencia contra las Mujeres www.imrm.es. [actualizada 12 de marzo de 2010; acceso 12 de mayo de 2010]. Disponible en: http://imrm.es/menu_list.asp?ipag=29
 46. Ministerio de Igualdad. Balance de los datos de violencia de género en 2009. [monografía en Internet], Madrid. Ministerio de Igualdad; 2009 [acceso el 17 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1263385004_balance2009VG.ddf.
 47. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Informe Violencia de Género de Murcia 2008*. [monografía en Internet], Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [acceso el 11 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/Murcia.pdf>

15

Protocolo para la atención de mujeres supervivientes de violencia con discapacidad

Mónica Martínez Caballero
y Cristóbal Meseguer Liza

Introducción

En 1975, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifestó por primera vez la gravedad del problema de la violencia hacia las mujeres. Debido a la magnitud y al impacto que alcanzó, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia contra la mujer como un problema de Salud Pública. Desde entonces numerosos organismos institucionales a nivel internacional¹⁻³ y organizaciones no gubernamentales⁴ constituidas por personas afectadas, han considerado la violencia contra las mujeres como una forma de vulneración de sus derechos fundamentales.

Se entiende violencia contra la mujer como: “Cualquier acto de violencia específica por razones de sexo que resulte o pueda resultar en daños o sufrimientos físicos, sexuales, o psíquicos para las mujeres, incluyendo la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad para las mujeres, ya se produzca en la vida pública o en la vida privada”.

En 1993, la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*⁵ de la ONU reconoce por primera vez la vulnerabilidad de “las mujeres con discapacidades” ante la violencia y desde entonces numerosos autores^{4, 6, 7} han puesto de manifiesto que estas mujeres son receptoras de mayor número de abusos que aquellas sin discapacidad. Según el *Informe del Par-*

lamento Europeo sobre la Situación de las Mujeres pertenecientes a Grupos Minoritarios recabado en 2004⁸, el 80% de las mujeres con discapacidad son víctimas de violencia y tienen un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres a sufrir violencia sexual. Cabe destacar que posiblemente, el número de víctimas sea superior al reflejado en las estadísticas ya que estos actos se desarrollan frecuentemente en entornos familiares e íntimos fuera del alcance social. Según el informe *Violencia y Mujer con Discapacidad*⁴ elaborado en el marco del Proyecto METIS, el riesgo aumenta vertiginosamente cuando la mujer tiene “deficiencias severas, problemas de comunicación o de aprendizaje”.

Las mujeres con discapacidad se enfrentan diariamente a una múltiple discriminación debido a dos factores fundamentales: el género y la discapacidad^{9, 10}. En primer lugar, sufren la desvalorización social del rol femenino provocada por los patrones impuestos en la sociedad patriarcal y androcéntrica que imperaba en nuestro país hasta la época franquista, donde el prototipo de hombre considerado ideal era aquel que respondía al arquetipo viril (hombre-blanco-adulto-guerrero), y por tanto, la figura de la mujer al no cumplir el arquetipo, es discriminada, sometida y subordinada al varón. De ahí, la división de roles y la imposición de relaciones sociales de género, donde la mujer es relegada al espacio privado, sin reconocimiento social, donde era la encargada del cuidado de los hijos, personas mayores y enfermos. En el caso de la mujer con discapacidad, el rol de cuidadora se ve anulado por su condición de discapacidad, ya que no es considerada capaz de desempeñar dicha función, además es considerada como un ser asexual limitándole el acceso a la sexualidad y maternidad. En segundo lugar, son discriminadas por tener una discapacidad que las diferencia del resto de mujeres, esto está relacionado con la imagen social de la mujer ante la sociedad. Varios autores^{10,12} hacen alusión a esta paradoja, en la sociedad actual la población dominante tiene definido un patrón estético que se identifica con el éxito de la persona. La sociedad enfatiza la delgadez como criterio de belleza, mientras que la discapacidad es vista como un “déficit” y el ideal impuesto queda lejos de su alcance.

La violencia contra la mujer es la expresión de la relación de desigualdad entre los géneros desencadenada por una cuestión de superioridad hacia la mujer con discapacidad, es decir, se ejerce como mecanismo de control, re-

legando y manteniendo a la mujer en una posición secundaria respecto al hombre, lo que indica que el agresor obtiene algún tipo de beneficio o ventaja al recurrir a una conducta que, además, repite sistemáticamente. No se golpea, ni se insulta a una mujer de forma aislada, sino que el agresor intenta ejercer un control sobre ella a través de la violencia, y la mujer de forma inconsciente, cae dentro del comportamiento de “indefensión aprendida”¹¹.

La vulnerabilidad de las mujeres que presentan algún tipo de discapacidad física o sensorial, está propiciada según algunos autores^{4,13,14} por la capacidad mermada para defenderse físicamente, los problemas de movilidad y comunicación que dificultan el acceso a la información y/o recursos y provoca un aumento de la dependencia de terceras personas para satisfacer sus necesidades básicas diarias, el miedo a denunciar la situación por temor a perder la red de cuidados, la ausencia de recursos especializados que atiendan su situación, la percepción errónea por parte de las mujeres sobre qué es violencia y dónde comienza el límite de la violación de sus derechos y una menor credibilidad ante sus denuncias. Todos estos factores aumentan su indefensión y por tanto su vulnerabilidad ante situaciones de maltrato. No existe una causa única que provoque la violencia pero si una serie de factores de riesgo que favorecen su aparición.

La situación de la mujer y su papel ha ido cambiando a lo largo del tiempo, a pesar de ello, todavía hoy continúa estando en una situación de desigualdad respecto al hombre debido a los estereotipos y prejuicios establecidos en la sociedad, difíciles de cambiar. En nuestro país, se comenzó a dar una tímida respuesta por parte de la Administraciones Públicas, ante el problema social de la violencia en 1984 publicando las primeras cifras de las mujeres agredidas⁴. No obstante, no fue hasta la *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres* de 2006, cuando se introduce el perfil de la mujer con discapacidad en los estudios¹⁵.

En la actualidad, la mayoría de Comunidades Autónomas de España, cuentan con documentación (planes, protocolos, leyes, acuerdos interinstitucionales, etc.) para hacer frente a la violencia contra la mujer, pero solo algunos de ellos, hacen referencia explícita en algunos de sus apartados a la mujer con discapacidad entre ellos Andalucía^{13,16}, Asturias¹⁷, Castilla La Mancha¹⁸, Castilla y León¹⁹, Galicia²⁰, Madrid²¹ y País Vasco²².

Importancia del problema

En el mundo existen alrededor de 250 millones de mujeres con discapacidad y en Europa aproximadamente un 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad. Según la última *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008, en España hay 3.85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener alguna discapacidad, de los cuales 2.3 millones son mujeres²³. A estos preocupantes datos, se añaden las previsiones que indican una tendencia al alza de estas cifras a lo largo de los próximos años, debido al envejecimiento de la población mundial y al incremento de los problemas crónicos de salud (diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales).

A pesar de la trascendencia del problema, los estudios sobre la violencia en las mujeres con discapacidad son escasos, debido en gran medida a la heterogeneidad de la población, es decir, la multitud de formas en que puede darse la violencia, y las distintas características que puede presentar una persona con discapacidad atendiendo a sus limitaciones; y también a la invisibilidad social que rodea este problema. Esta invisibilidad viene retroalimentada a su vez por las insuficientes denuncias interpuestas junto con la mitificación de la violencia como un “problema privado”, nada más lejos de la realidad. A pesar de que los medios de comunicación intentan hacerse eco de este problema, los casos que aparecen son solo un porcentaje mínimo de la realidad, lo que se conoce como la “punta del iceberg”.

La mayoría de los estudios realizados proceden de América del Norte y Australia⁴, los cuales señalan que más de la mitad de las mujeres con discapacidad han sufrido abusos físicos en comparación con la tercera parte de las mujeres sin ella; o que un 40% de las mujeres con discapacidad sufre o ha sufrido algún tipo de violencia, de la que en un 70% de los casos procede de la misma persona que la cuida o de la que depende.

Una característica muy importante a destacar en este problema es, el agresor habitual que suele estar detrás de este tipo de violencia. Algunos estudios^{1,4} afirman que, generalmente la violencia no suele propiciarse por personas desconocidas o lejanas a la mujer, suelen ser, personas cercanas al entorno. Otros estudios canadienses y americanos, nombrados por el *Informe Violencia y Mujer con Discapacidad* (1998) especifican aún más, estableciendo

que los principales agresores de la mujer con discapacidad son: el padre y la madre, seguido de los cuidadores, médicos, personal de enfermería, personal de instituciones residenciales, y en último lugar, maridos, novios, ex novios, hermanos, tíos y abuelos. Un dato curioso que aparece en esta clasificación, y conviene aclarar, es el hecho de que los maridos, novios y ex novios, aparezcan en último lugar como agresores hacia mujeres con discapacidad, siendo ellos los principales agresores en la violencia de género, y es que la mayoría de mujeres con discapacidad severa, física o intelectual, no llegan a tener pareja, y conviven con sus familias o institucionalizadas.

Para la mujer con discapacidad, resulta bastante duro emocionalmente que el propio agresor sea algún familiar con el que tiene que compartir la vida cotidiana. De ahí que, uno de los principales obstáculos a la hora de interponer la denuncia es el miedo a futuras represalias por parte del agresor, a perder los vínculos familiares y/o la red de cuidados que en la mayoría de casos, depende de su familia más cercana. Un estudio⁴ identifica tres obstáculos esenciales para que la mujer decida abandonar la situación: la carencia de recursos, la ideología tradicional con la que todavía hoy cuentan muchas mujeres sobre todo de generaciones mayores; y la inadecuada respuesta institucional hacia este colectivo.

No existen estudios que comparen la prevalencia según el agresor (violencia doméstica VS violencia de género), solo está claro que las mujeres con discapacidad tienen mayor prevalencia a sufrir cualquiera de los tres tipos de violencia comunes en la población general –violencia física, psicológica y sexual- y además, aquella relacionada con la discapacidad que a menudo no está recogida en las investigaciones realizadas, por lo que parte de estos abusos pasan desapercibidos y las estimaciones sobre las tasas de prevalencia e incidencia están subestimadas.

Existen otras muchas formas de violencia en nuestro entorno más próximo que están asimiladas socialmente y no se conciben como tal, como es la violencia verbal, las insinuaciones, los rumores, las descalificaciones, las valoraciones despectivas, los fanatismos ideológicos y religiosos, los “micromachismos”, las expresiones racistas, xenófobas y sexistas y un largo etcétera^{10,24}.

La violencia ocasiona múltiples y graves consecuencias físicas (diversas lesiones, agravamiento de la discapacidad, deterioro funcional, muerte, etc.), psicológicas (depresión, sentimientos negativos, trastornos del sueño, de la

conducta alimentaria, intento de suicidio, etc.) y sociales (aislamiento, pérdida de empleo, de relaciones sociales, etc.) perjudiciales para la salud de la propia mujer. Con motivo de estas consecuencias, muchas mujeres que por diversas circunstancias no se atreven a denunciar la agresión, acuden regularmente a los servicios sanitarios y manifiestan sintomatología inespecífica a los profesionales. En la mayoría de ocasiones, estos no relacionan el malestar de la mujer con la situación de violencia y atribuyen los síntomas a otro problema de salud o a la discapacidad en sí.

Los profesionales socio-sanitarios se enfrentan a una serie de obstáculos que dificultan la identificación del maltrato: por parte de la mujer (miedo a perder vínculos familiares, a perder la red de cuidados, a los trámites judiciales, a nuevas agresiones, falta de conciencia sobre el problema, resistencia al cambio, desconfianza del personal sanitario, etc.); por parte del personal sanitario (falta de sensibilidad con el problema, mitos y estereotipo adquiridos en la sociedad, experiencias personales con la violencia, desconocimiento de las estrategias para afrontar la situación, actitud paternalista, etc.); en el contexto de la consulta (falta de recursos, dificultad de comunicación, sobrecarga asistencial, presencia del agresor, etc.); en el contexto social (barreras arquitectónicas, ausencia de recursos específicos, invisibilidad de la mujer con discapacidad, etc.).

Por ello, es fundamental que los profesionales cuenten con los recursos óptimos y los conocimientos suficientes para abordar estas situaciones. Deben de ser conscientes que la resolución de este problema comienza con su detección para lo que deberán desarrollar estrategias específicas adecuadas a la situación de cada mujer.

Este trabajo tiene como objetivo principal establecer unas pautas de atención comunes ante situaciones de violencia hacia las mujeres con discapacidad, para todos los profesionales socio-sanitarios, especialmente aquellos que desempeñen su labor profesional en el ámbito de la discapacidad. Con ello, se pretende mejorar la atención biopsicosocial de las mujeres a través de un procedimiento común para lograr una atención eficaz y eficiente; realizar una detección precoz de posibles casos para intentar minimizar el impacto de la violencia; formar y sensibilizar a los profesionales del gran problema existente y de la invisibilidad inherente del mismo; conseguir una colaboración y coordinación interdisciplinar y crear una base de datos para facilitar el seguimiento de los casos.

Material y métodos

Para la elaboración de este protocolo se ha desarrollado una búsqueda informática y manual de distintos protocolos de actuación y manuales sobre violencia y discapacidad existentes en las diferentes comunidades autónomas de todo el territorio nacional. La búsqueda se realizó durante los meses de marzo a mayo de 2010. Las referencias encontradas fueron sometidas a una revisión minuciosa y se adaptaron a las características particulares de las mujeres con discapacidad.

Resultados

Población Diana

Toda mujer, de 18 a 65 años, con discapacidad física y/o sensorial, que acuda a un centro sanitario de Atención Primaria, Especializada o Servicio de Urgencias, con signos, actitudes o comportamientos sospechosos de violencia, o relatos de haber sufrido malos tratos físicos, psíquicos o sexuales.

Plan de actuación

El protocolo se estructura en las siguientes fases:

I. Detención y valoración del estado de la mujer.

- A. Exploración física y/o ginecológica.
- B. Exploración psicológica.
- C. Exploración social.

II. Intervención según caso:

- A. Mujer sin riesgo actual de sufrir violencia
- B. Mujer con sospecha de sufrir violencia pero no lo reconoce
- C. Mujer víctima de violencia, sin peligro extremo
- D. Mujer víctima de violencia, con peligro extremo

I. Detección y valoración del estado de la mujer.

La detección y valoración de la situación de la mujer con discapacidad se basa en la entrevista con la mujer, aunque muchas veces, esto no será fácil debido a los problemas de comunicación, sobre todo con las mujeres sordas o que desconozcan el idioma.

Cuando recibimos por primera vez a una mujer con discapacidad, debemos tener en cuenta unos aspectos comunes acerca del trato y la comunicación

con ellas para facilitarles la integración y disminuir su inseguridad; así como garantizarle la confidencialidad, intimidad y privacidad, con el fin de ganar su confianza para poder detectar e intervenir con ella. Por este motivo, es de vital importancia que la entrevista la realicemos de manera individual, ya que habitualmente la mujer con discapacidad suele acudir al centro sanitario acompañada, y en la mayoría de los casos, el acompañante es el agresor o cómplice de la agresión.

Durante la entrevista es fundamental escucharla activamente, mostrarle empatía, comprensión, aceptación, apoyo, y no emitir juicios de valor, ya que podrían surgir obstáculos para que la mujer relatara los hechos, o incluso podría querer evitar hablar. El uso de preguntas facilitadoras (*La veo preocupada, ¿Cómo van las cosas por casa/ en el centro?; ¿Está usted contenta con las relaciones familiares?; Me gustaría conocer su opinión, sobre los síntomas que me ha relatado (nerviosismo, estrés, depresión, etc.), ¿A qué piensa que son debidos?; Esta lesión puede aparecer cuando una mujer ha sufrido un golpe, empujón, corte, etc. ¿Es ese su caso?*) puede ayudar a detectar el problema, no obstante el profesional deberá prestar atención y sospechar ante la presencia de indicadores relacionados con antecedentes personales (consumo de medicamentos, drogas o alcohol, intentos de suicidio, no aceptar su discapacidad), motivos de consulta (periodos de hiperfrecuencia combinados con largas ausencias, incumplimiento de citas o tratamientos, uso repetido de los servicios de urgencias), incongruencia entre la lesión y la explicación dada del motivo, lesiones en zonas sospechosas, justificación de la lesión, falta de cuidado personal, rasgos depresivos, etc.

De la misma manera se debe cuidar el entorno donde realicemos la entrevista, es decir, asegurarnos que vamos a contar con el tiempo necesario para que la mujer tome confianza y exprese sus sentimientos sin ningún tipo de interrupción. Se debe evitar siempre crear falsas esperanzas, culpabilizar o desconfiar de su versión, recomendar terapias con el agresor o mediación familiar, etc.

Ante la revelación de malos tratos, deberá informarse a la mujer de la importancia de denunciar ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para tomar las medidas de seguridad adecuadas a su situación, y en caso de que la mujer no quiera interponer denuncia, debemos informarle de la obligatoriedad para el personal sanitario de realizar un parte de lesiones ante cualquier sospecha de malos tratos o presencia de heridas.

La exploración biopsicosocial se realizará a todas aquellas mujeres que muestren indicios positivos de abuso o agresiones, y a las que declaren ser víctimas de violencia; pero antes de proceder a efectuar las exploraciones pertinentes, se debe hacer una recogida de datos personales de la mujer, la anamnesis, y antecedentes personales que servirán para cumplimentar el parte de lesiones.

A. Exploración física y/o ginecológica.

Se deberá informar obligatoriamente a la mujer de las exploraciones que se le van a realizar, en qué consisten y la finalidad de cada una de ellas. La mujer con discapacidad deberá dar su consentimiento para poder realizarlas.

La exploración debe de ser lo más completa posible, buscando lesiones traumáticas recientes y/o antiguas. Se debe observar la localización de las mismas que puede ser múltiple y variada, generalmente se da en las extremidades, cabeza, cara, cuello y tronco, así como en zonas de castigo (nalgas y manos). Se debe observar el estadio en que se encuentra la equimosis, ya que nos proporcionará información sobre la fecha de la agresión, así como posibles signos de defensa (heridas en la cara interior de las manos, antebrazos, etc.). Los tipos de lesiones más frecuentes son: traumatismos, erosiones, quemaduras, heridas, cicatrices recientes, mordeduras, contusiones, y lesiones de las mucosas.

La exploración ginecológica solo se realizará en caso de que la mujer con discapacidad revele que ha sido agredida sexualmente, o el personal sanitario tenga indicios de ello. Se debe realizar por una ginecóloga o matrona, y en caso que la mujer declare que ha sufrido una agresión sexual, se realizará simultáneamente con personal forense, para evitar someter a la mujer a repetidas exploraciones. La coordinación de ambos ámbitos (judicial y sanitario) es fundamental para la atención integral de las mujeres.

La localización de las agresiones puede ser variada por lo que la exploración debe ser completa, prestando atención a la zona vulvo-vaginal, vagina, cuello uterino, útero, periné, ano y zona mamaria. La toma de muestras dependerá del tipo de agresión sufrida, pero en todo caso se realizará un *estudio citobacteriológico*; para descartar posibles Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y búsqueda de esperma u otras sustancias; una *analítica sanguínea*, para diagnosticar un embarazo, VIH, o Hepatitis B; y una *recogida exhaustiva de muestras* (ropas con manchas de sangre y/o semen, pelos, vello púbico, etc.), que se realizará siempre por un profesional médico forense.

Finalizada la toma de muestras, debe darse a la mujer la posibilidad de ducharse y cambiarse de ropa antes de iniciar el tratamiento que irá fundamentalmente dirigido a la profilaxis de ETS y de embarazo, así como al tratamiento de lesiones y la prevención de las secuelas físicas.

B. Exploración psicológica.

Se debe observar la respuesta psicológica de la mujer incluyendo las alteraciones comportamentales (abuso de ansiolíticos o drogas; actitud de vigilancia, pasividad, sentimiento de culpa o vergüenza, etc.), el comportamiento verbal (bloqueo del habla, tartamudez, verbalización excesiva, etc.), las manifestaciones somáticas (alteraciones del apetito, enuresis, sudoración, temblor, etc.) y las respuestas psíquicas inmediatas tales como el abatimiento, ansiedad, confusión, explosión de enfado, rabia o sobresalto, negación, shock, temor/ terror, etc. En caso de considerarlo conveniente y acorde con las necesidades de la mujer, se debe derivar a la consulta de atención psicológica, enfocada tanto a la atención en crisis, como a un tratamiento psicológico prolongado.

C. Exploración Social.

La valoración social la debe realizar un/a trabajador/a social, donde se evaluará la estructura familiar, situación socio-familiar y económica de la mujer, el apoyo social recibido, y los recursos personales de afrontamiento. Se deberá valorar otras posibles víctimas en la familia.

Con la recolección de datos el trabajador social completará el Informe Social, que posteriormente puede serle solicitado por el Juzgado de Guardia. Los datos serán volcados al sistema informático correspondiente. En algunos casos será necesaria la coordinación del trabajador/a social del centro sanitario con el/la trabajador/a social de zona, para recabar más datos o corroborar los expresados por la mujer.

II. Intervención según caso.

A. Mujer sin riesgo actual de sufrir violencia.

Una vez realizada la *acogida inicial* de la mujer que llega al centro sanitario y la *detección* de violencia a través de la *identificación de indicadores* de maltrato en la *entrevista inicial* y en la observación por el personal so-

ciosanitario; si se descarta la presencia de indicadores positivos de violencia contra la mujer, la intervención sociosanitaria se basará en:

- Informar sobre su situación y los recursos más adecuados a sus necesidades.
- Sensibilizar sobre el problema de violencia, y la vulnerabilidad de la mujer con discapacidad ante el mismo.
- Ofrecer nuestro apoyo e invitar a que acuda a nuestra consulta cuando tenga alguna duda o problema.
- Registrar la intervención en la Historia Clínica de la mujer, anotando todas las actuaciones realizadas e información recogida, y la fecha de la intervención.
- Realizar un seguimiento anual o siempre que se sospeche o se tenga nuevos indicios.

B. Mujer con sospecha de sufrir violencia pero no lo reconoce.

Cuando el personal sociosanitario encuentre en la mujer *indicadores* o lesiones visibles que le hagan sospechar, se someterá a la mujer a una *exploración biopsicosocial* para confirmar la violencia. El objetivo de este plan de intervención es el reconocimiento por parte de la víctima de la agresión, para poder intervenir de forma consciente con ella. Si a través de la *entrevista* y con la ayuda de las preguntas facilitadoras, la mujer confirma la situación de maltrato, se seguirá el plan de actuación que proceda en su caso (Con peligro/sin peligro extremo); y si no lo confirma, la actuación del personal se fundamentará en:

- Prestar asistencia a las lesiones, si las hubiera.
- Informar a la mujer sobre su situación (comentar nuestras sospechas) e identificar los recursos más adecuados a su situación.
- Ofrecer nuestro apoyo e invitar a que venga a nuestra consulta cuando tenga alguna duda o problema.
- Acompañar en la toma de decisiones, e intentar el reconocimiento de la agresión por parte de la mujer, si esta no accede no presionar para no provocar rechazo.
- Evaluar el riesgo y la seguridad de la mujer y de sus hijos/as, si tiene.
- En caso de que el/la Trabajador/a Social no haya intervenido con la mujer, derivar para realizar intervención sobre situaciones de riesgo

social que pueda presentar (atención a la problemática social o derivación a otros recursos: CAVI)

- En caso de lesiones, emitir parte de lesiones y notificar al Juzgado de Guardia.
- Registrar la intervención en la Historia Clínica de la mujer, anotando todas las actuaciones realizadas e información recogida, y la fecha de la intervención.
- Realizar un seguimiento mensual, concertando citas con la mujer, para mejorar la comunicación y ganar su confianza.

C. Mujer víctima de violencia, sin peligro extremo.

Este plan de intervención se aplicará cuando, la mujer llegue al centro sanitario y declare que ha sufrido una agresión o es víctima de malos tratos continuados en el tiempo, o bien cuando tras la entrevista realizada por el profesional confirme que sufre violencia.

El principal objetivo de este plan, es acompañar a la mujer durante el proceso para que no se sienta sola, y fomentar su autonomía o empoderamiento para que pueda afrontar con éxito los cambios necesarios que se aproximan.

Tras la entrevista, se le realizará a la mujer una exploración física, psicológica y social. La intervención del profesional se basará en:

- Prestar asistencia a las lesiones, si las hubiera.
- Informar a la mujer sobre la situación en la que se encuentra, las consecuencias sobre su salud y bienestar psicosocial, y los recursos a los que puede acceder.
- Mostrar nuestro apoyo intentando aumentar su autoestima, y ayudándola en la toma de decisiones.
- En caso de que el/la Trabajador/a Social no haya intervenido con la mujer, derivar para realizar intervención sobre situaciones de riesgo social que pueda presentar (atención a la problemática social o derivación a otros recursos: CAVI)
- Realizar parte de lesiones y notificar al Juzgado de Guardia.
- Evaluar el riesgo y la seguridad de la mujer (y de sus hijos/as si los tuviese); en caso de que el riesgo sea negativo, se seguirá este plan, si la mujer corre peligro, se aplicará el plan “Mujer con peligro extremo”.

- Plantear una estrategia de seguridad y escenario de protección, en previsión de una situación urgente que la obligue a abandonar el domicilio.
- Registrar la intervención en la Historia Clínica de la mujer, anotando todas las actuaciones realizadas e información recogida, y la fecha de la intervención.
- Realizar un seguimiento semanal, concertando citas con la mujer para que acuda al centro sanitario. Los principales objetivos de este seguimiento son, prevenir nuevos episodios de violencia, reevaluar el peligro y atender los nuevos problemas detectados, así como recordarle los recursos accesibles en su entorno.

D. Mujer víctima de violencia, con peligro extremo.

Cuando la mujer asista al centro sanitario y declare que ha sufrido una agresión recientemente o está en riesgo de sufrirla y su vida se encuentra en peligro, se pondrá en marcha este plan de intervención; de la misma manera también se aplicará, cuando el profesional sociosanitario tras la “Evaluación del riesgo y seguridad” de la mujer verifique que se encuentra en peligro de sufrir una agresión.

Se le realizará la entrevista de acogida y las diversas exploraciones para cumplimentar el Parte de Lesiones. La siguiente actuación se basará en:

- Prestar asistencia a las lesiones, si las hubiera.
- Informar a la mujer sobre su situación (hacerla consciente del peligro que corre), y sobre las consecuencias que la violencia origina en su salud y en su bienestar psicosocial.
- Ofrecer nuestro apoyo, recordándole que no está sola y las diversas estrategias a seguir.
- Realizar parte de lesiones y notificar al Juzgado de Guardia.
- Si tiene hijos/as menores, contactar con el pediatra, y valorar la activación del Protocolo de Maltrato Infantil.
- Intervenir según su decisión:
 - **Si decide abandonar hoy el domicilio**, se debe conocer la situación de la mujer, relación actual con el agresor, si tiene hijos y donde se encuentran actualmente, apoyos formales o informales, si tiene preparado algún plan de seguridad, etc. Se debe contactar con el

- 112, y activar los recursos necesarios a su situación (Casa de Emergencia, Casa de Acogida, etc.) y concertar un seguimiento.
- **Si decide regresar a su domicilio**, se debe informar sobre recursos y teléfonos de interés, para solicitar información y asesoramiento. Se debe contactar con el 112, y plantear el caso con el fin de establecer una estrategia de seguridad y escenario de protección, en previsión de una situación urgente que la obligue a abandonar el domicilio. Se deberá realizar un seguimiento semanal, concertando citas con la mujer, y estableciendo un horario de llamadas o visitas, para no levantar sospecha en el agresor.
 - **Si ya abandonó el hogar pero sigue en peligro**, se deberá informar de los recursos legales disponibles (medidas de protección) en caso de que no los haya solicitado previamente, si el agresor los ha quebrantado denunciar a la autoridad competente. Se deberá contactar con el 112, para activar el recurso (Casa de Emergencia) y el Protocolo de Maltrato Infantil, en caso de la existencia de menores. Realizar un seguimiento a través de la Trabajadora Social del Centro de Emergencia y registrar la intervención en la Historia Clínica.

Algoritmo de actuación Ver Anexo I.

Recursos necesarios

Para desarrollar este protocolo es necesario disponer de una serie de recursos humanos (profesionales que intervienen de manera directa con las mujeres como es el caso de médicos, personal de enfermería, matronas, trabajadores/as sociales, auxiliares de enfermería, y en algunos casos, también será necesario un/a intérprete de lengua de signos y un/a traductor/a de idiomas); recursos materiales (espacio que garantice intimidad y confidencialidad libre de barreras arquitectónicas y con todas las herramientas necesarias y material clínico de diagnóstico y tratamiento, además de material ortoprotésico y medios audiovisuales e informáticos para facilitar una atención integral de las mujeres con problemas de comunicación); y recursos económicos suficientes.

Revisión

La revisión de este protocolo deberá realizarse obligatoriamente en un tiempo máximo de dos años, siempre y cuando las necesidades de las usuarias y/o profesionales, cambios normativos o avances del conocimiento científico no requieran una revisión anticipada.

Conclusiones

La mujer con discapacidad es una persona vulnerable a la violencia por lo que se debe trabajar para disminuir el número de agresiones y prevenir su aparición; no obstante, esto no es fácil si no se dispone de las herramientas y recursos necesarios para alcanzar dicho objetivo.

Debemos tener en cuenta, que los diferentes tipos de violencia ejercidos hacia la mujer con discapacidad habitualmente se llevan a cabo en el ámbito familiar o doméstico, lo que dificulta en gran medida el conocimiento del problema a las Administraciones Públicas competentes, y/o Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Por ello, el personal sociosanitario y los cuerpos de seguridad, deben estar preparados y concienciados sobre la realidad de este problema, y ser conscientes del riesgo que existe.

Los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario o de la discapacidad tienen una posición privilegiada para detectar fácilmente la aparición de indicadores relacionados con la violencia. Este protocolo pretende convertirse en una herramienta eficaz para ayudar y coordinar la atención de la paciente, evitando situaciones de incertidumbre de los profesionales, sin embargo se debe tener en cuenta, que la puesta en marcha de un protocolo, además de la implicación de los profesionales, es necesaria una inversión tecnológica, formación y contratación de personal especializado.

Bibliografía

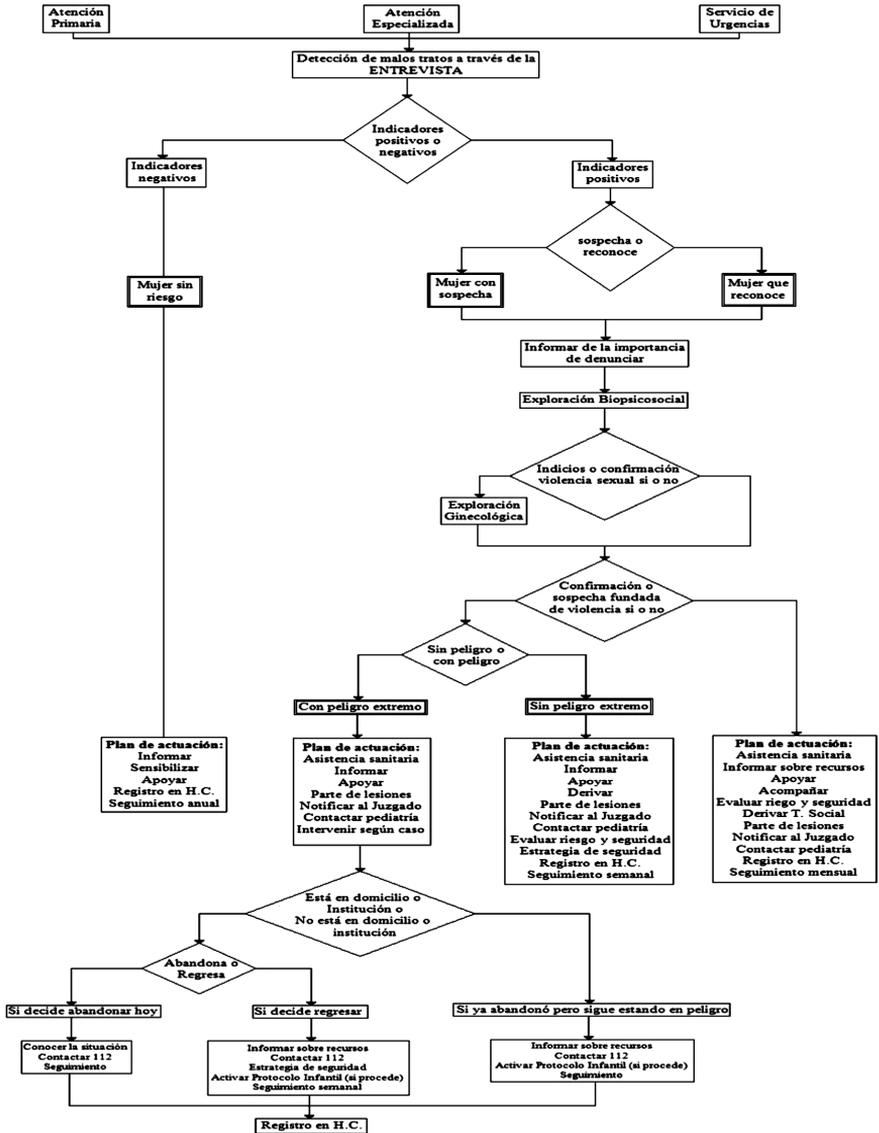
- 1 Defensor del Pueblo. La violencia doméstica contra las mujeres. Madrid; 1998.
- 2 ONU. Las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer, 1975 a 1995: Una perspectiva histórica [en línea]. Nueva York; 2000. [Acceso 26 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>
- 3 Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Resolución 34/180, (18 de diciembre de 1979). [Acceso 13 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0031.pdf>
- 4 Iglesias M; Gil G; Joneken A; Mickler B; Knudsen J. *Violencia y mujer con discapacidad* [en línea]. Proyecto METIS, iniciativa Daphne de la U.E. Asociación Iniciativas y Estudios Sociales; 1998. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/mujeres/violenciaymujerdiscap.pdf>
- 5 Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración A/RES/48/104 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. [Acceso 12 abril 2010]. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.ares48.104.sp?open-document](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.ares48.104.sp?open-document)
- 6 Jiménez Lara A. "La invisibilidad de la violencia ejercida contra las mujeres con discapacidad", en *Congreso Nacional sobre mujer y discapacidad*. Murcia; 2001. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/ajimenez/imagen/Mujerydiscapacidad.htm>
- 7 Platero R. "Salud, violencia y (dis)capacidad: mujeres sordas y malos tratos", en Ramos García, E (coord.) *La salud de las mujeres: Hacia la igualdad de género en salud, I Congreso Nacional*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002. pp. 277-285.
- 8 Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea [en línea]. Estrasburgo: Parlamento Europeo; 2004. [Acceso 16 abril 2010]. URL disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=/EP//NONSGML+REPORT+A5-2004-0102+0+DOC+PDF+V0//ES>
- 9 Muñoz Luque B. "El sexismo en la actualidad: La cara oculta de la violencia contra las mujeres", en 7ª ed. *Congreso sobre violencia contra la mujer*.

- Alicante; 2009. [Acceso 03 abril de 2010]. Disponible en: <http://www.congresoviolenciamujer.com/archivos/ponencia-berta.pdf>
- 10 Mun Man Shum G; Conde Rodríguez A; Portillo Mayorga I. *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2006.
 - 11 Eginez E. "Violencia de género y discapacidad", en *Seminario Violencia de Género y Discapacidades*. Vitoria: Asociación de personas con discapacidad física de Álava; 2004. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: <http://www.eraberri.org/archivos/Comunicaci%F3n-EGINAREN.pdf>
 - 12 Instituto de la Mujer. *La salud en las mujeres con discapacidad*. Guía Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. [Consultado 28 abril 2010]. Disponible en: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/salud%20XVII.pdf>
 - 13 Millán Madera S; Sepúlveda García de la Torre A; Sepúlveda García de la Torre P; González Mori B. *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales*. Andalucía: Consejería de Igualdad y Bienestar Social. [Acceso 18 marzo 2010]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/.../Violencia_Sexual/Violencia_sexual.pdf
 - 14 Moya A; García P; Carrasco MJ. "Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa" [Internet]. *Educatio Siglo XXI*; 2006. [Acceso 7 mayo 2010]; 24(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/educatio/article/view/159/142>
 - 15 Instituto de la Mujer. *III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006: 176-189. [Acceso 03 abril 2010]. Disponible en: www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud.../violencia%20final.pdf
 - 16 Instituto Andaluz de la Mujer. *I Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía 2010- 2013*. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social; 2010, pp.40.
 - 17 Principado de Asturias. *Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en el Principado de Asturias*. Asturias: Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad e Instituto Asturiano de la Mujer; 2009.
 - 18 Bayot Mestre, A. (coord.). *Estudio Cualitativo de la situación de la mujer*

- con discapacidad en Castilla La Mancha*. Castilla La Mancha: Instituto de la Mujer y COCEMFE; 2006.
- 19 Consejo Sectorial de la Mujer. Guía de prevención de la violencia hacia la mujer. Burgos: Ayuntamiento de Burgos; n.d.
 - 20 Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero. Diario Oficial de Galicia nº 152, (07 de agosto de 2007).
 - 21 Federación de Organizaciones a favor de Personas con Discapacidad Intelectual. Guía Violencia de Género y Mujeres con discapacidad Intelectual. Madrid: Consejería de Empleo y Mujer; 2009.
 - 22 Instituto Vasco de la Mujer. Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales; 2006. [Acceso 27 abril 2010]. Disponible en: http://www.bizkaia.net/gizartekintza/Genero_Indarkeria/blt2/irudiak/guia_malostratos_c.pdf
 - 23 Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de dependencia [Internet]; 2008. [Acceso 23 abril 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pca-xis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
 - 24 Bonino Méndez L. Micromachismos: La violencia invisible en la pareja. [Internet] [Acceso 03 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00068.pdf>

Anexo I

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



16

Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria

Ana M^a Lucas Martínez
y Florentina Pina Roche

Introducción

La Violencia de Género es un grave problema de salud y su prevención es una prioridad de salud pública. Puede evitarse y es una condición indispensable y fundamental, siendo la Atención Primaria clave en su detección y tratamiento, debido a su accesibilidad en la relación con el paciente.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.”

Las estimaciones más exactas de la prevalencia de la violencia de pareja y de la violencia sexual en entornos sin conflictos son las proporcionadas por encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las víctimas. En un estudio de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (*WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*) realizado en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años: entre un 15% en Japón y un 70% en Etiopía y Perú referían haber sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja;

y entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja.

A pesar de los intentos por conseguir que estas cifras disminuyan y que el problema mejore considerablemente, lo cierto es que muchas mujeres siguen sufriendo esta situación y el problema va en aumento. En general el número de mujeres muertas por Violencia de Género en España se ha mantenido relativamente estable entre la cifra de 50 y 76; sin embargo esto no es algo positivo, este sigue siendo un número muy elevado de muertes y la cifra no va en descenso¹.

Diversos estudios realizados sobre la violencia de género ponen de manifiesto que las mujeres que sufren malos tratos hacen un mayor uso de los servicios sanitarios, y aproximadamente el 20% de las mujeres que consultan estos servicios son víctimas de violencia de género. Teniendo en cuenta esto el sistema sanitario, en especial Atención Primaria, debería ser el punto clave para el acceso y la detección de estos casos; a pesar de ello sólo se detectan un 5-15% del total estimado de mujeres maltratadas².

Por tanto, es necesaria la sensibilización de los profesionales sanitarios para reconocer la Violencia de Género como problema de salud y así asumir el papel que les corresponde en su abordaje integral³. Para ello contamos en nuestra Comunidad Autónoma con dos protocolos dirigidos a los profesionales de Atención Primaria con el fin de sensibilizarlos y formarlos para la detección y captación de casos de violencia de género: "Protocolo para la Detección y la Atención de la Violencia de Género en Atención Primaria"⁴ y el "Plan Integral de Formación en Violencia de Género"⁵.

La Violencia de Género se ha convertido en un problema de salud pública de una importancia global, con estimaciones que indican que la posibilidad de sufrir este tipo de violencia a lo largo de la vida se encuentra entre un 15% y un 71% entre las mujeres de todo el mundo. Esta Violencia de género está íntimamente relacionada con graves consecuencias de salud, incluido un incremento del riesgo de morbilidad y mortalidad⁶.

Diversos autores han señalado el impacto de la violencia de género en cualquiera de sus expresiones en la salud mental; Rosario Valdez-Santiago señala en su estudio que las respuestas de la mayoría de las supervivientes a este tipo de violencia exhiben una reacción inmediata de malestar que, de no resolverse, las lleva a desarrollar patrones sintomáticos crónicos y de larga

duración, consistentes en diferentes trastornos emocionales tales como el del estrés postraumático, la depresión, los problemas psicosomáticos y los trastornos de ansiedad, entre otros⁷.

Muchos estudios han intentado determinar las causas por las que esta captación de mujeres víctimas de violencia es tan baja. Siendones Castillo y cols. realizaron una investigación consistente en una entrevista anónima a 116 profesionales sanitarios que trabajan en urgencias para conocer el grado de formación que tienen sobre el tema, detectar barreras de actitud, barreras organizativas de los servicios y analizar opiniones de mejora frente al problema de la infradetección. Los resultados pusieron de manifiesto que la Violencia de Género sigue siendo una auténtica desconocida para los sanitarios de urgencias, considerándola más como un problema social que sanitario⁸.

La investigación de la relación de la Violencia de Género y los profesionales sanitarios no solo se limita a nuestro país, investigadores extranjeros también se han involucrado en el tema. Un ejemplo es el estudio realizado por Rosibel de los Angeles Rodríguez-Bolaños en Nicaragua, en el cual intenta determinar la actitud del personal de salud en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia de género, así como los factores relacionados con dicha actitud. En este caso se descubrió un dato muy importante, el 70,6% de los profesionales encuestados presentaban una actitud de rechazo hacia la detección de Violencia de Género. Las principales causas de ese rechazo eran: la poca capacitación que existe sobre el tema, la falta de privacidad en la consulta, el temor a involucrarse en asuntos legales, el carácter privado de la violencia y el temor a que la propia seguridad se vea amenazada⁹.

El objetivo de este estudio es conocer si los profesionales de Atención Primaria detectan casos de Violencia de Género y valorar si es escasa esa detección, así como cual es la actitud de la mujer maltratada. Por otra parte, nuestro propósito también se centra en valorar si los profesionales de la salud están formados en este tema.

Metodología

Población, muestra y entorno

La población de estudio en esta investigación cualitativa consistió en médicos/as y enfermeras de Atención Primaria de la Región de Murcia. Concretamente, se entrevistó a 15 profesionales sanitarios del Centro de Salud Murcia

Centro. El tamaño de la muestra se estableció por la saturación de los datos; al realizar las entrevistas alcanzamos una muestra de 15 participantes al ir repitiéndose la información obtenida y no conseguir datos nuevos.

El tipo de muestreo fue intencional o de conveniencia; consideramos que fue el más adecuado, en este caso, por la intención de obtener una muestra representativa mediante la inclusión de un grupo típico.

Instrumentos

El instrumento utilizado para la recolección de datos en este estudio cualitativo fue la entrevista semiestructurada (ANEXO). Para su elaboración nos basamos en otros cuestionarios ya validados: el Cuestionario de Pensamientos Distorsionados, cuestionario elaborado en otro estudio (R. Siendones, 2002)⁸ y el realizado en la investigación de Diana de la Fuente Aparicio (2005)¹⁰.

La entrevista empleada contuvo preguntas semiabiertas que podían incluirse dentro de 5 grandes categorías:

- **Datos personales:** se preguntaba a los participantes por su sexo, edad, categoría profesional y el tiempo que llevaban trabajando en Atención Primaria.
- **Experiencia previa:** se pretendió conocer si habían detectado algún caso a lo largo de su desarrollo profesional.
- **Actitud ante la detección:** se intentó conocer si tenían predisposición ante la detección de Violencia de Género o, por el contrario, su actitud era de indiferencia y rechazo por el tema.
- **Culpabilización de la víctima:** a través de una serie de preguntas acerca de su opinión sobre la situación de la mujer maltratada y como esta soportaba, en muchas ocasiones, estas circunstancias.
- **Formación en el tema:** se recogió la opinión de estos profesionales acerca de su formación sobre Violencia de Género.

Procedimiento para la recopilación de datos

Una vez seleccionada la muestra que iba a formar parte del estudio se contactó con la coordinadora del Centro de Salud Murcia Centro, la cual nos facilitó el acceso a estos profesionales. Las entrevistas tenían lugar en una consulta, normalmente la de la coordinadora del Centro, en la que existía un

ambiente tranquilo y adecuado para llevarla a cabo. El tiempo medio dedicado a cada entrevista fue de unos 15 minutos.

Al inicio de cada entrevista se les proporcionaba la Hoja de Información del Estudio, en la cual se les informaba de las características de la investigación: en que consistía, la confidencialidad de los datos, el carácter voluntario del estudio. También, se les ofrecía la Hoja de Consentimiento Informado, la cuál firmaban tras haberles explicado en que consistía el estudio. El carácter anónimo del estudio y la privacidad de los participantes quedó asegurado, ya que en ningún momento se emplearon los datos personales de los profesionales involucrados en el estudio, excepto sexo y edad. De la misma manera, solamente el investigador tuvo acceso a las grabaciones de las entrevistas.

En todos los casos, los participantes fueron adecuadamente informados del carácter voluntario y anónimo de su participación y de los objetivos de la investigación y aceptaron voluntariamente participar sin recibir ninguna compensación a cambio.

El método de recolección de datos fue la grabación de las entrevistas para, posteriormente, pasar a su transcripción. A todos los participantes se les informó de que las entrevistas serían grabadas y todos accedieron a ello.

El método utilizado para difundir los resultados del estudio consistió en citar las partes de la entrevista, consideradas más interesantes mientras se comentan, pero siempre con un carácter completamente anónimo.

Resultados

La entrevista que se realizó a los diferentes profesionales de la salud de Atención Primaria del estudio se dividió en varias categorías: 1) Datos personales; 2) Experiencia previa; 3) Actitud ante la detección; 4) Culpabilización de la víctima; 5) Formación en el tema.

Datos personales

En este apartado se recogieron cinco aspectos: edad, sexo, categoría profesional, año de fin de carrera y años de experiencia en Atención Primaria. La edad de los entrevistados oscilaba entre los 26 y los 62 años. En cuanto al sexo, la mayoría eran mujeres (12 mujeres y 3 hombres). En lo referente a la categoría profesional, entrevistamos a 6 enfermeras, 8 médicos y 1 matrona. El año de fin de carrera y los años de experiencia en Atención Primaria fueron

muy variables dependiendo de la persona: desde 1972, año en el cual finalizó sus estudios el participante que lo hizo en primer lugar, hasta el año 2010, el cual correspondía a dos médicos residentes.

Experiencia previa

En esta categoría se intentó dar respuesta a la pregunta de investigación, ¿detectan los profesionales sanitarios de Atención Primaria casos de Violencia de Género?

De los entrevistados, 9 de ellos (60%) detectaron alguna vez a lo largo de su desarrollo profesional algún caso de Violencia de Género. De estos 9 profesionales; 4 eran enfermeras (44,4%), entre ellas una matrona, y 5 médicos (55,6%).

Se les preguntó como se sintieron cuando apreciaron que se encontraban frente a un caso de Violencia de Género; en la mayor parte de los casos afirmaron que se encontraron perdidos y sin saber muy bien como actuar. La principal forma de respuesta que tuvieron en esas situaciones fue buscar ayuda en una figura de referencia en el tema, alguien con mayor preparación; en muchos casos la trabajadora social.

E2: *"Te quedas muy parada porque no sabes que hacer;... yo por lo menos no tengo ni idea..."*

E4: *"...pedí ayuda a un compañero especializada en el tema..."*

E9: *"Yo en esto siempre tengo una referencia inmediata en el centro que es la trabajadora social. Ante esa duda me voy a la trabajadora social y lo digo..."*

Muchos de los entrevistados admitieron que en algunas ocasiones se han podido dejar sin detectar casos porque sus sospechas no eran del todo fuertes, por falta de implicación o por miedo a equivocarse:

E5: *"Si. No tienes unos datos objetivos, tienes unas sospechas pero ¿cómo lo demuestras?..."*

E3: *"Si puede pasar que por la inercia del trabajo diario y porque siempre vamos corriendo algunas veces se deje pasar..."*

Actitud ante la detección

En relación a la parte de la entrevista referente a la actitud que mantienen estos profesionales de Atención Primaria ante la detección de casos de Violencia

de Género, la mayoría de los profesionales consideró que era un tema muy importante, sobre el que mantenían una actitud expectante:

E1: *“Yo si le doy importancia y debe ser un tema que tiene que estar muy presente en todos nosotros...”*

E4: *“Últimamente estoy mucho más expectante que antes. Teníamos menos conciencia de este tema, ahora gracias a estudios, a la información, a la radio, a la televisión... vas teniendo más conciencia...”*

Sin embargo, no todas las entrevistas pusieron de manifiesto que se considerara un tema prioritario; ya que hubo varios profesionales que no lo creyeron así:

E7: *“Lo considero como un tema que se da en casos concretos y no lo tengo muy presente.”*

E6: *“No es un tema principal, pero no porque carezca de importancia, sino porque en Atención Primaria hay muchos más problemas.”*

La mayoría manifestaron que estarían dispuestos a realizar preguntas predeterminadas, de forma habitual, a las mujeres para una posible detección de Violencia de Género. Sin embargo, dos entrevistados, ambos médicos, no estuvieron de acuerdo en realizar estas preguntas de forma sistemática.

Todos los profesionales sanitarios entrevistados admitieron que la Violencia de Género era un tema de ámbito social, judicial y también sanitario; asumiendo que esta última dimensión es especialmente importante para la detección. Sin embargo, a pesar de que reconocieron que Atención Primaria era idónea para captar y detectar nuevos casos; admitieron que había muchas barreras por las que no se realizaba esa detección completamente.

Una de las enfermeras entrevistadas admitió que este problema existía, era importante y prevalente; sin embargo, consideraba que la Violencia de Género no era un tema que debiera tratar enfermería sino los profesionales médicos.

Culpabilización de la víctima

Otro aspecto muy importante que se valoró en este estudio cualitativo fue la percepción que estos profesionales tenían sobre la Violencia de Género y la mujer maltratada.

Se les preguntó por las razones por las que ellos pensaban que una mujer maltratada soportaba esa situación en silencio o, incluso, rechazaba la ayuda que se le podía ofrecer. Muchos fueron los motivos que argumentaron estos profesionales, entre ellos el miedo, la dependencia económica, el vínculo afectivo, los hijos...

E7: *“Por miedo, es el miedo; que te paraliza.”*

E6: *“Pues supongo que por miedo a represalias, o porque no tienen trabajo tienen hijos y la única manera de mantenerte es seguir con esa persona al lado...”*

Otro motivo que se detectó en las entrevistas, fue la dependencia económica y emocional con el agresor. También se habló de un problema social y educativo en la mujer. Uno de los entrevistados consideró que el apoyo familiar era muy importante, llegando a ser clave para que la mujer “saliera” de esas circunstancias.

En cuanto a la pregunta referente a la culpabilización de la víctima; esta no se hizo de manera directa, pero se pudo apreciar en sus respuestas que opinión y percepción personal tenían ante este tema. A pesar de que en la mayoría de los casos consideraban que la mujer era una víctima y jamás culpable; si hubo varios testimonios, en concreto tres, en los que se pudo apreciar que consideraban que la mujer tenía parte de culpa del maltrato que sufría por no haber tomado medidas contra su agresor.

Formación en el tema

Prácticamente la totalidad de la muestra, 14 de los 15 entrevistados, consideraron que no estaban lo suficientemente preparados para hacer frente a las detección de la Violencia de Género. Sin embargo, a pesar de admitir que no habían recibido la suficiente preparación durante su formación, no todos los profesionales argumentaron que debiera obtenerse durante la carrera universitaria.

E4: *“Creo que se va avanzando, pero falta... creo que es muy bueno que en cada centro de salud y en cada institución haya un responsable de este tema que forme e informe a los profesionales...”*

E1: *“Nuestra cultura y educación han sido las enfermedades, en lo psicosocial se está avanzando pero muy lentamente, porque las soluciones a lo psicosocial son difíciles.”*

Para conocer su nivel de formación se les hizo una pregunta concreta sobre el protocolo de Violencia de Género del programa OMI AP. Se intentó conocer si alguna vez lo habían usado para notificar casos de maltrato o si sabían de su existencia. A pesar de que es un protocolo más, integrado en este programa, sólo 7 de los entrevistados lo conocían y ninguno lo había utilizado.

Discusión

A partir del análisis de los datos podemos afirmar que los profesionales sanitarios de nuestro estudio detectan casos de Violencia de Género en situaciones en las que es bastante obvio que estas mujeres sufren maltrato o, incluso, cuando ellas lo confiesan. Se estima que al menos 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos en la asistencia clínica habitual; a pesar de que la mayoría de los encuestados valoran la importancia del problema⁸.

Otros estudios ponen de manifiesto que en la mayoría de las ocasiones, los profesionales sanitarios no detectan que el origen de los síntomas o signos que hacen que estas pacientes acudan a la consulta, es por una situación de violencia a la que están sometidas. Los síntomas aparecen como desligados de la situación vital que la mujer está viviendo¹⁰.

Lo que sale a la luz es, con más frecuencia, lo más visible: la violencia física. Las agresiones y humillaciones sexuales (relaciones sexuales forzadas u otras formas de coacción sexual) también forman parte del ciclo y manifestaciones de la violencia contra las mujeres. Lo que pocas veces se detecta y se denuncia, a no ser que se haga una búsqueda activa, es la violencia psicológica, que lleva a problemas de salud que van desde la depresión hasta las autolesiones o el suicidio, pasando por la exacerbación de síntomas físicos y psicosomáticos¹¹.

La actitud ante la detección que demostraron los sanitarios del estudio fue de expectación y atención, en su gran mayoría. Sin embargo, la mayor parte de ellos afirmaron que había muchas barreras para la detección: la falta de tiempo o la escasa sensibilización. Estos resultados se respaldan con los del estudio realizado por R. Siendones Castillo, el cual evidencia que las principales causas de la infradetección son debidas a la actitud pasiva de las propias víctimas y a la falta de sensibilización de los profesionales sanitarios⁸.

Todos los profesionales entrevistados admitieron que consideraban la Violencia de Género como un problema social, jurídico y sanitario. Sin embargo, esto no siempre es así; un estudio realizado por Blanca Coll-Vinent manifestó que los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la Violencia de Género, pero no lo consideran un problema de salud¹².

En relación a la cuestión que hacía referencia a la posibilidad de hacer preguntas sistemáticas a todas las mujeres, de forma habitual, acerca de la Violencia de Género y la posibilidad de que la sufrieran; no todos ellos estuvieron de acuerdo con ello, aunque la mayoría sí. Sin embargo, en la bibliografía se ha recogido cierto miedo por parte de los profesionales a los efectos adversos de la detección temprana del maltrato. La aplicación de estas preguntas a todas las mujeres que acuden a los servicios sanitarios españoles podría generar daños como el hecho de ser etiquetada como una maltratada cuando en realidad no es así. Además, no parece que este perjuicio quedara compensado con la efectividad de la valoración¹³.

Otro problema que se puede derivar de este estudio es que aún hay casos de profesionales de Atención Primaria que siguen culpabilizando a la víctima de sufrir esta situación. En nuestro estudio 3 personas, hicieron responsable a la mujer, en gran parte, de tolerar la situación de maltrato que vivía. Es indiscutible, como hasta hace poco tiempo, ha sido la propia sociedad la responsable de esta actitud y la que ha permanecido pasiva e ignorante frente a este hecho considerándolo como un problema sólo familiar y privado, siendo causa de rechazo social y provocando en la víctima desamparo, vergüenza y miedo a declararlo¹⁴.

Los profesionales del estudio consideran que no están lo suficientemente formados sobre la temática de Violencia de Género. Asumen esta falta de formación como una de las principales barreras para la detección. Esta escasa preparación también les impide actuar de forma correcta. Todos los interrogados consideraron que debía obtenerse más formación sobre este tema.

En los últimos años la lucha contra la violencia de género ha sido incesante e insuficiente. Tal y como resalta Verónica Gayo en su artículo, los especialistas deberían trabajar en la modificación de creencias y actitudes con los roles asignados al género, potenciar la seguridad en sí mismas y la autoestima y facilitarles la integración en el mundo laboral como paso imprescindible para su autonomía¹⁵.

Es evidente que se deberían diseñar estrategias desde el ámbito de la salud pública dirigidas a prevenir este grave problema de salud, cuyas causas pueden ser modificadas¹⁶.

Conclusiones

Tras la realización del estudio, las conclusiones principales que se pueden extraer son las siguientes:

- Los profesionales sanitarios de Atención Primaria no detectan suficientes casos de Violencia de Género. La proporción de casos detectados en relación a la cantidad de mujeres maltratadas que visitan las consultas de los servicios sanitarios es bastante inferior.
- La actitud de estos profesionales es de expectación y atención, según su propia opinión. A pesar de ello, existen muchas barreras que provocan la infradetección; entre las que se encuentran la falta de tiempo o de sensibilización.
- A pesar de que la Violencia de Género es un tema reconocido y considerado importante por la mayoría de los sanitarios, todavía existen profesionales que culpabilizan a la mujer de la situación que está viviendo.
- Los profesionales de Atención Primaria consideran que no están lo suficientemente formados en la temática de Violencia de Género.
- Así mismo, estos profesionales consideran que una posible solución a esta falta de formación sería impartir mayor contenido sobre el tema, bien en la carrera universitaria o bien en la vida laboral.

Implicaciones para enfermería

Los profesionales sanitarios, concretamente Enfermería, deberían hacer una reflexión acerca de la importancia de la Violencia de Género como un grave problema de salud pública. Del mismo modo, también se debería recapacitar sobre el importante papel que tiene este colectivo a la hora de detectar posibles casos de maltrato y ayudar a las mujeres que estén sufriendo esta situación.

Bibliografía

1. INSTITUTO DE LA MUJER (2012). Mujeres en cifras: Violencia-Mujeres Muertas. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Disponible en: http://www.inmujer.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1264005678228&language=cas_ES&pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ_Estadisticas
2. CANO MARTÍN, LUIS MIGUEL et al. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica Medicina de Familia*. 2010, Vol. 3, No. 1, pp. 10-17.
3. ALDA DÍEZ, MARTA; GARCÍA CAMPAYO, JAVIER. Detección y tratamiento de la violencia de género en atención primaria. *Revista Siete Días Médicos*. 2011, No. 831, pp. 15-18.
4. DIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y REFORMA JUVENIL (2010). Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Disponible en [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755\\$m25440](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755$m25440)
5. DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA, E INVESTIGACIÓN (2009). Consejería de Sanidad y Consumo. Plan integral de formación en violencia de género. http://murciasalud.es/recursos/ficheros/176495-Folleto_presentacion_PIFOVIG-2.pdf
6. GASS, JESSE D. et al. Gender Differences in Risk for Intimate Partner Violence Among South African Adults. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011, Vol. 26, No. 14, pp. 2764-2789.
7. VALDEZ SANTIAGO, ROSARIO et al. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Revista Salud Pública de México*. 2006, Vol. 48, No. 2, pp. 250-258.
8. SIENDONES CASTILLO, R. et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Revista Emergencias*. 2002, No. 14, pp. 224-232.
9. RODRÍGUEZ BOLAÑES, ROSIBEL DE LOS ÁNGELES et al. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Revista Salud Pública de México*. 2005, Vol. 47, No. 2, pp. 134-144.
10. DE LA FUENTE APARICIO, DIANA et al. ¿Se encuentran capacitadas

- las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Investigación. 2005, No. 15, pp. 1-10.
11. ROHLFS, IZABELLA; VALLS-LLOBET, CARMÉ. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gaceta Sanitaria. 2003, Vol. 17, No. 4, pp. 263-265.
 12. COLL VINENT, BLANCA et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria. 2008, Vol. 22, No. 1, pp. 7-10.
 13. VIVES CASAS, CARMEN et al. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? Revista Medicina Clínica. 2006, Vol. 126, No. 3, pp. 101-104.
 14. FLURY, MARIANNE et al. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Swiss Medical Weekly. 2010, No. 140, pp. 1-6.
 15. GAYÁ, VERÓNICA. La Violencia de Género persiste. El siglo de Europa. 2013, No. 1010, pp. 44-45.
 16. RUIZ PÉREZ, ISABEL et al. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta Sanitaria. 2004, Vol. 18, No. 2, pp. 4-12.
 17. BLANCO, PILAR et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004, Vol. 18, No. 1, pp. 182-188.
 18. GÓNZALEZ ARROYO, ANTONIO; MACIAS GARCÍA, JAIME. Maltrato doméstico: plan de cuidados de enfermería. Nure Investigación. 2006, No. 23.
 19. SILVA, ETHEL BASTOS DA et al. Violencia contra la mujer: límites y potencialidades de la práctica asistencial. Acta Paul Enfermería Brasil. 2013, Vol. 26, No. 6, pp. 608-615.
 20. LEY 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. BOE núm. 176 Martes 22 julio 2008, pags. 31919-31930. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/22/pdfs/A31919-31930.pdf>
 21. LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Miércoles 29 diciembre 2004, BOE núm. 313. Pags. 42166-42197. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

22. ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp)
23. RANGEL DA SILVA, L et al. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. *Enfermería Global*. 2011, No. 22, pp. 1-11.
24. ARREDONDO PROVECHO, ANA BELÉN et al. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Revista Española de Salud Pública*. 2012, Vol. 86, No. 1, pp. 85-99.

ANEXO

Entrevista Semiestructurada

DATOS PERSONALES

Edad:

Sexo:

Categoría profesional:

Año de fin de carrera:

Años de experiencia en Atención Primaria:

EXPERIENCIA PREVIA

¿Ha abordado situaciones de Violencia de Género durante al desarrollo de su trabajo en Atención Primaria?

- En caso afirmativo, ¿cómo actuó ante esa situación?
- ¿Cómo se sintió cuando descubrió que se encontraba ante un caso de violencia de género?
- En caso de no haber detectado nunca un caso, ¿cree que alguna vez ha podido encontrarse con una mujer en esta situación?
- En ese caso, ¿por qué cree que no profundizó más en él?

ACTITUD ANTE LA DETECCIÓN

¿En su trabajo, habitualmente, mantiene una actitud expectante para diagnosticar estos casos? ¿Cree que está sensibilizado con el tema?

- ¿Estaría dispuesto a realizar preguntas predeterminadas, de forma habitual, para una detección de violencia de género en sus pacientes?
- ¿Considera que la Violencia de Género es un problema que corresponde, principalmente, al ámbito social y jurídico o por el contrario cree que es un tema en el que la dimensión sanitaria es muy importante?

CULPABILIZACIÓN A LA VÍCTIMA

¿Por qué cree que, en muchos casos, la mujer soporta esta situación en silencio, o es la propia mujer la que solicita que no se tomen medidas contra su agresor y la situación que está viviendo?

- ¿Considera que una mujer que permanece conviviendo con un hombre

violento, en parte, tiene culpa de seguir sufriendo esa situación ya que no solicita ayuda?

FORMACIÓN EN EL TEMA

¿Cree que los profesionales de Atención Primaria están suficientemente formados para detectar casos de violencia de género?

- ¿Qué signos o síntomas le llevaría a sospechar que se encuentra ante una mujer que está sufriendo este maltrato?
- ¿Sabe los pasos que debe seguir en todo momento y todos los recursos con los que la mujer cuenta para conseguir “salir” de esa situación?
- ¿Basándose en su experiencia, cree que la temática de la violencia de género debería tener más presencia en la formación académica y postgrado?

¿Conoce el protocolo de Violencia de Género del programa OMI de Atención Primaria?

- ¿Lo ha utilizado alguna vez?

17

Violencia de usuarios en Atención Primaria. Adaptación de un instrumento de medida

Cecilia López García, Bartolomé Llor Esteban
y José Antonio Ruiz Hernández

Introducción

La salud y la seguridad en el trabajo son un pilar de toda política social y un componente esencial de la estrategia de promoción del trabajo decente preconizada por la OIT. No se trata solamente de crear empleos, es necesario también que esos empleos respondan a los criterios de decencia y de dignidad. Para ello, se hace necesario desarrollar un enfoque verdaderamente global e integrado de la salud y la seguridad en el trabajo que aborde los nuevos riesgos emergentes como, por ejemplo, la violencia en el trabajo¹.

La violencia en el ámbito laboral es un problema más grave de lo que se cree ya que aún siguen sin comunicarse todos los actos violentos que se producen en este ámbito (se estima que cerca del 39% de los incidentes no son comunicados²).

Tal es la importancia de este fenómeno que organismos internacionales han tenido que acordar el abordaje de esta problemática. Para ello, la OIT, el CIE, la OMS y la OISP elaboraron un Programa destinado al sector salud y como resultado de ello, se creó una guía para conseguir instituciones sanitarias libres de violencia³ en la cual se define la violencia laboral como “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él - que

pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud"; y se manifiesta según los siguientes tipos: violencia física que es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos; y violencia verbal o psicológica que hace referencia al uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

Debido a la compleja organización, las estrechas relaciones existentes entre los trabajadores y los usuarios, las peculiaridades de la atención primaria de salud (APS), y los cambios que se están produciendo en las relaciones entre profesionales sanitarios y usuarios (de una relación casi paterno-filial de mediados del siglo XX se ha pasado a una situación de exigencia de ser atendido de forma rápida, personalizada, etc. y exigencia de ser curado de cualquier mal o dolencia), las instituciones sanitarias parecen ser un medio más propicio que otros ámbitos laborales para que se produzcan actos de violencia con los usuarios⁴.

La importancia del estudio del fenómeno de la violencia laboral en ámbitos sanitarios viene determinada por características propias del grupo de profesionales que trabajan en ese entorno. El ámbito sanitario se caracteriza por ser mayoritariamente femenino y, bien es sabido, que la mujer es más propensa a sufrir violencia de diversa índole debido al fenómeno cultural patriarcal creado a lo largo de la historia según el cual la mujer se encuentra subordinada, sometida al hombre. Por tanto, este fenómeno puede ser tratado como un problema de género debido a la gran feminización de las profesiones sanitarias. El hecho de ser mujer y, además, realizar su labor profesional en ámbitos sanitarios (considerados de gran riesgo de violencia laboral por el contacto que se realiza con usuarios³) pueden ser considerados dos determinantes de salud (uno biológico y otro ambiental respectivamente) que podrían suponer un mayor riesgo de ser víctima de violencia laboral.

Otro punto relevante sobre el estudio de la violencia laboral en profesionales sanitarios se debe a la creencia tradicional de que los actos violentos son algo natural de las profesiones sanitarias y, por ello, los profesionales se han mostrado pasivos ante ellos⁵. Hasta hace poco tiempo se trataba de un problema prácti-

camente desconocido que permanecía en silencio por su escasa denuncia, pero, actualmente, y gracias al desarrollo de numerosas investigaciones realizadas, se está llegando a conocer la verdadera magnitud de este fenómeno. En el estudio realizado por Farias et al. (2012)⁶ se obtuvo que el 41,2% de los participantes manifiestan que se presentan situaciones de violencia en la institución en la que trabajan ocasionalmente frente a un 12,1% que manifiesta que las conductas violentas no ocurren nunca en su lugar de trabajo (el 23,8% percibe violencia laboral rara vez y el 22,9% muy frecuentemente). Así, encontramos algunos estudios que evidencian, con sus resultados, como el profesional sanitario está tomando conciencia del fenómeno de la violencia y manifiestan la frecuencia de hostilidad que tienen en su lugar de trabajo: Gascón (2009)⁷, encontró que el 15% de los trabajadores sanitarios ha sido víctima de agresión física, 5% en más de una ocasión; 64% han sido víctima de comportamientos amenazantes, 34% han sufrido amenazas intimidación o insultos, 23,8% en forma repetida, y 35% ha recibido insultos, 24,3% repetidamente; en el estudio realizado por Moreno et al. (2005)⁸, el 58% de los médicos reconoció haber sufrido alguna agresión en el último año, de los cuales el 85% sufrió abusos verbales, el 67,5% amenazas y el 12,5% agresiones físicas. Resultados similares obtuvieron Paravic et al. (2004)⁹ al realizar un estudio para conocer la percepción de violencia de los diferentes trabajadores de APS: las conductas violentas son prioritariamente de tipo psicológico (78%), presentándose conductas violentas de tipo físico en menor frecuencia (15%).

Villareal y Mur (2010)¹⁰ realizaron un estudio de investigación para recoger el tipo de violencia y hostilidad que el trabajador manifiesta haber recibido a lo largo de su vida laboral. Ponen de manifiesto en su estudio como, del año 2006 al 2008, se pasa de tener al accidente biológico como rey indiscutible (en 2006 se registró un 61% y en 2008 un 14%) a ser la hostilidad laboral el motivo más importante de declaración de contingencia (de un 11% en 2006 a un 58% en 2008).

La importancia de la elaboración de un instrumento de medida de violencia laboral del ámbito sanitario radica en el hecho de que no es posible realizar una buena comparación de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre la prevalencia de violencia laboral en profesiones sanitarias. Esto es debido a que los estudios realizados usan diferentes definiciones y clasificaciones para delimitar los conceptos; diferente metodología para recolectar y

procesar la información; la precisión utilizada para poder delimitar la naturaleza del incidente (qué es considerado un ataque físico o uno verbal) no es la misma y se usan diferentes criterios para evaluar la violencia laboral.

En materia de violencia en el medio sanitario, las investigaciones realizadas se han dirigido fundamentalmente a investigar las agresiones perpetradas en los servicios psiquiátricos y, muy particularmente, sobre aquellas de las que son objeto los profesionales de enfermería. Este estudio va más allá dado que ha tenido en cuenta a todo el espectro de profesiones que desempeñan su labor en APS (personal facultativo, personal no facultativo y personal no sanitario) con la finalidad de adaptar un instrumento de medida válido para todas las categorías profesionales que nos permita establecer comparaciones entre ellas y comprobar si, tal y como informa el CIE, los enfermeros son los que más riesgos corren¹¹.

Objetivos

Objetivo general

Conseguir un instrumento de medida de las conductas hostiles de usuarios hacia profesionales de APS.

Objetivos específicos:

- a) Estudiar la violencia laboral percibida por profesionales sanitarios y no sanitarios de APS desde una perspectiva cualitativa; y
- b) Validar semánticamente y adaptar la escala HABS-U al ámbito de APS.

Material y método

Participantes

El presente estudio se llevó a cabo seleccionando a participantes con ciertas características en común (profesionales que desempeñan actualmente su labor en el ámbito de APS) las cuales le relacionan con el tema objeto de discusión.

Se realizaron 13 entrevistas individuales a profesionales que actualmente trabajan en Centros de APS de la Región de Murcia entre los meses de Enero y Febrero de 2012.

El perfil de la muestra se caracteriza por ser mujeres (61,5%, n=8), con una edad media de 48,8 años (moda=57años) y una antigüedad media en APS de los participantes de 11 años y 3 meses. Las entrevistas individuales se

realizaron a personal de la coordinación de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) (n=5), a personal de la coordinación médica (n=5) y a personal de apoyo (n=3) (auxiliares administrativos y celadores).

Instrumento

La primera parte de las entrevistas individuales consistía en validar semánticamente la escala HABS. Dicha escala está formada por tres versiones, las cuales engloban las situaciones conflictivas que surgen con diversos focos potenciales de conflictos presentes en el puesto de trabajo del personal sanitario (*usuarios*, compañeros y superiores). Fue desarrollada a partir de un estudio sobre *Riesgos Psicosociales y Salud en Personal de Enfermería* realizado con una muestra de 1489 profesionales sanitarios que desempeñaban su labor en 11 hospitales públicos de la Región de Murcia.

La versión de la escala “usuarios” como *foco de conflicto* (HABS-U) consta de dos dimensiones: una dimensión que hace referencia a manifestaciones no físicas de la violencia (por ejemplo: “*los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial*”) y está compuesta por 7 ítems con una consistencia interna de .84 y una varianza explicada del 35.12%; y una dimensión referente a la violencia física (por ejemplo: “*los usuarios han llegado a empujarme, zarrandearme o escupirme*”) que está compuesta por 3 ítems con una consistencia interna de .76 y una varianza explicada de 22.01%¹².

Los enunciados expresan situaciones conflictivas entre los profesionales de enfermería de los hospitales y los usuarios, familiares o acompañantes. Todos se miden mediante una escala de respuesta graduada tipo Likert, con 6 niveles de respuesta. La puntuación total de cada sujeto es la suma de todas las respuestas. A mayor puntuación, con más frecuencia se sufre violencia en el lugar de trabajo y una puntuación baja nos indica una presencia reducida de estas conductas hostiles.

La aplicación de la escala HABS-U obtuvo resultados altamente satisfactorios y demostró su eficacia en el ámbito de la atención especializada de salud, de manera que, mediante la revisión de lo que los profesionales de APS experimentan en su lugar de trabajo respecto a las situaciones conflictivas (análisis de las entrevistas en profundidad), se pretende realizar una validación de dicha escala para adaptarla, mediante la creación de nuevos ítems, al ámbito laboral a estudio.

Procedimiento

Se han realizado entrevistas en profundidad como método cualitativo para obtener las percepciones y opiniones de los profesionales mediante la utilización de preguntas abiertas sobre el tema objeto de estudio. La elección de este tipo de metodología cualitativa permitió poder conectar con el profesional y descubrir, según su punto de vista, cómo veía la realidad referente a las situaciones conflictivas que se producen con pacientes, familiares y/o acompañantes en su lugar de trabajo para, con la información obtenida, poder elaborar un banco de ítems para añadir a la escala HABS-U y conseguir su adaptación al ámbito de APS.

Las fases del desarrollo del estudio han sido las siguientes:

1. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA: En primer lugar se realizó una revisión de la bibliografía existente para conocer en profundidad las situaciones conflictivas a las cuales se exponen los profesionales sanitarios en su lugar de trabajo. Dicha revisión ha dado lugar al desarrollo de la parte teórica del presente trabajo.
2. SESIONES *BRAINSTORM*: Se realizaron diversas sesiones de *brainstorm* con miembros de un equipo de investigación como herramienta grupal para facilitar el surgimiento de ideas para obtener una gama de posibles preguntas abiertas a realizar en las entrevistas individuales. Se obtuvo un gran listado de posibles preguntas y se seleccionaron las más relevantes.
3. ELABORACIÓN DE UN GUIÓN: Una vez obtenidas y diseñadas las preguntas abiertas a realizar a los participantes, se elaboró una propuesta de encuadre (ANEXO 1) y un guión para utilizarlo como recordatorio de los principales temas a tratar en las entrevistas individuales.
4. LOCALIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES: Para seleccionar la muestra para llevar a cabo el presente estudio se visitaron varios Centros de Salud pertenecientes al área I y II del Servicio Murciano de Salud. Una vez en ellos, en primer lugar nos dirigimos a los coordinadores médicos y de enfermería para darles información sobre el estudio y solicitarles los permisos pertinentes. Posteriormente, nos dirigimos directamente a los profesionales para pedir su participación. Varios de los entrevistados fueron seleccionados mediante la técnica de bola de nieve gracias a un

informante clave. Si los profesionales aceptaban participar en este estudio se concretaba una cita dentro de su horario laboral para evitar invadir el tiempo libre del participante.

5. **REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES:** Antes de realizar la entrevista individual se les entregó a los profesionales una hoja explicativa del trabajo y se les solicitó cumplimentar ciertos datos socio-demográficos (sexo y edad) y sociolaborales (profesión y antigüedad en APS). Además, se les comentaba la necesidad de grabar la entrevista para poder recordar todos los comentarios que proporcionasen poniendo énfasis en la confidencialidad de las experiencias aportadas (no se asociarían sus datos personales con ningún comentario redactado en el trabajo) y pidiéndoles que respondiesen con total sinceridad.

La primera parte de la entrevista individual consistía en validar la escala HABS-U. Para ello, los participantes debían valorar cada ítem que componen la escala en base a los siguientes parámetros:

- El ítem no es entendible (**claridad**).
- El ítem puede tener varias o diferentes interpretaciones (**ambigüedad**).
- El ítem manifiesta una premisa que ya está contenida en otro, se refieren a lo mismo o reflejan la misma idea (**solapamiento**).
- La situación que aparece en el ítem se va a dar siempre (**efecto techo**).
- La situación que aparece en el ítem no se va a dar nunca (**efecto suelo**).

La fase final de la entrevista consistía en aplicar el guión previamente elaborado que contenía preguntas que invitaban al entrevistado a comentar la falta de algún ítem que explorase situaciones no reflejadas en la anterior escala. Se comenzó con preguntas más generales (*¿cuáles son las situaciones conflictivas que pueden darse entre los trabajadores y usuarios?*) hasta llegar a preguntas más concretas (*¿de qué forma se manifiestan las conductas hostiles (tipos de conducta: verbal, física,...)?; ¿Qué actos protagoniza el paciente?*) en las cuales el profesional nos aportaba ejemplos de las situaciones conflictivas originadas por el usuario tras sugerirle que nos clarificaran la situación. La finalidad era que los profesionales narraran situaciones conflictivas basándose tanto en su propia experiencia como en la de los compañeros de trabajo.

Al finalizar la entrevista se agradeció su participación y su tiempo prestado para ello.

La duración de las entrevistas individuales osciló entre 25-40 minutos.

El proceso de realización de entrevistas en profundidad se finalizó al conseguir saturación de la información.

6. **TRANSCRIPCIÓN:** La siguiente fase consistió en la transcripción de las grabaciones de audio para posteriormente realizar su análisis cualitativo. En esta fase también se llevó a cabo una modificación de la información para eliminar todas las referencias de identificación de personas y la información sobre los datos sociodemográficos y laborales de las entrevistas realizadas para evitar problemas de confidencialidad.
7. **ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES:** Tras la lectura de las transcripciones se seleccionaron las frases significativas, se realizó una agrupación de éstas según aspectos afines y así se resumieron los hallazgos obtenidos de las entrevistas individuales clasificando por temas las afirmaciones expresadas por los participantes.
8. **REDACCIÓN DE ÍTEMS:** A partir de dichas frases significativas se llevó a cabo una redacción de ítems de manera individual por parte de cada uno de los miembros del grupo de investigación y se realizó una primera sesión de puesta en común. Posteriormente, el grupo multidisciplinar (enfermeros, psicólogos y médicos) formado por 2 profesores universitarios, 2 alumnas de doctorado y 4 profesionales de enfermería se reunieron en varias sesiones para revisar de manera exhaustiva los ítems propuestos y se llevó a cabo la redacción de los nuevos ítems a incorporar en la escala HABS-U eliminando o reformulando aquellos que tenían problemas en su enunciado.
9. Como fase final de este estudio, los ítems fueron clasificados en relación con las dimensiones que componen el cuestionario original y fueron preparados para realizar su posterior proceso de validación mediante un estudio piloto.

Resultados

Mediante el abordaje, desde una perspectiva cualitativa, del fenómeno de la violencia laboral se pretendía validar la escala HABS-U desarrollada para su divulgación en el medio de atención especializada de salud y, mediante la

exploración de las entrevistas realizadas a los profesionales, adaptar dicha escala al ámbito de APS con la creación de nuevos ítems que surjan como consecuencia del análisis de las entrevistas en profundidad. A lo largo del desarrollo de este apartado se muestran los resultados obtenidos en la fase de validación de la escala, en la categorización resultante del análisis cualitativo, la elección de cuantificación de los futuros ítems y en la fase de redacción de ítems.

Validación de HABS-U

La primera fase de las entrevistas individuales consistía en validar la Escala de Comportamientos Agresivos de Usuarios en Hospitales (HABS-U) para poder comprobar si era útil en el ámbito de APS.

Todos los entrevistados coincidieron al indicar que la escala era entendible, no presentaba ambigüedad ni solapamiento de los ítems y no habían encontrado ningún ítem que ocurriera siempre o que no ocurriera nunca.

La no variabilidad de los participantes en cuanto a la validación del instrumento puede deberse al minucioso procedimiento realizado para obtener la escala para lo cual se realizaron 3 grupos de discusión con 21 participantes, 6 entrevistas en profundidad y diversas revisiones por expertos con amplia experiencia en la construcción de escalas. Todo esto ha proporcionado una mayor solidez a la escala y, con los resultados obtenidos en este estudio, podemos afirmar que se trata de una escala válida y fiable para medir la frecuencia de conductas hostiles en el ámbito de la atención especializada pero se hace necesario matizarla para adaptarla al ámbito de APS.

Adaptación de HABS-U al ámbito de APS

- **Categorización**

La última fase de la entrevista es la que nos dio la posibilidad de elaborar un banco de ítems que nos permitirán adaptar la escala HABS-U al ámbito de APS.

Al realizar la transcripción y el análisis cualitativo de las entrevistas individuales realizadas se obtuvieron tres categorías que hacen referencia a la violencia que perciben los trabajadores de los Centros de APS por parte de los usuarios, las cuales se presentan a continuación con testimonios textuales facilitados por los participantes que avalan y ejemplifican la categorización realizada:

1. **Violencia verbal** la cual hace referencia a insultos, amenazas, quejas... por parte de los usuarios.

"...si no les das lo que ellos quieren (partes de baja, recetas, análisis,...) te amenazan e insultan".

"Entran a la consulta quejándose del tiempo que has empleado con el anterior paciente".

"Un paciente comenzó a insultarme y amenazarme al negarme a atenderle sin cita".

"Cuando vas con retraso los pacientes se quejan por el tiempo que llevan esperando".

En esta categoría se encuentran las amenazas administrativas: los usuarios cuentan con la posibilidad de poner reclamaciones en atención al cliente o denuncias judiciales si discrepan con el profesional que les ha atendido.

"Un paciente llegó sin cita y le dije que no podía atenderle y él me contestó que si no le atendía me iba a poner una reclamación".

"... me amenazó con ponerme una denuncia".

2. **Violencia física.** Este tipo de violencia es la menos frecuente y con la que menos relatos hemos contado. Los profesionales entrevistados comentan que rara vez la han percibido pero que aún así han llegado a presenciar algún acto de este tipo.

"...llegó a levantarme la mano como si fuese a pegarme..."

En esta categoría también se incluye la violencia contra las instalaciones refiriéndonos a la descarga de la agresividad de un paciente contra los inmuebles del Centro de Salud.

"...intentó abrirme la puerta de la consulta pero como estaba cerrada porque estaba realizando una cura, empezó a atiborrarme la puerta a golpes..."

"Me negué a darle una receta y salió de la consulta dándole un portazo a la puerta".

3. **Violencia no verbal:** este tipo de violencia se manifiesta con conductas o actitudes desafiantes mediante las cuales el paciente muestra su enfado o disgusto sin emplear la fuerza física ni la palabra: miradas

de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia,... con la finalidad de lastimar emocionalmente.

“Si te retrasas en la atención te ponen malas caras”.

“Te interrumpen de mala manera si es su hora de atenderles”.

En esta categoría también se han incluido manifestaciones que el paciente muestra cuando el profesional que les atiende no es de su agrado ya sea por su edad, género o nacionalidad.

“Me han llegado a mirar mal por no ser española y, encima, mujer”.

Con este primer análisis de las entrevistas fue posible realizar un acercamiento a la realidad expresada por los entrevistados. Se ha podido comprobar que en los Centros de APS se producen situaciones conflictivas que dan lugar a la expresión de comportamientos hostiles (lenguaje insultante y degradante, comportamientos intimidatorios y amenazas físicas) como resultado de la interacción de los profesionales y los usuarios. Estos comportamientos hostiles se caracterizan por ser previos a las conductas agresivas por lo que el profesional debe estar capacitado para saber actuar y no reaccionar ante ellos.

Las manifestaciones más frecuentes de los comportamientos hostiles en APS son de tipo verbal y no verbal ya que las físicas aparecen en rara ocasión y de manera puntual.

- **Cuantificación de los ítems**

Tras la realización de la categorización de las conductas que perciben los profesionales de APS, se prosiguió con la redacción de los ítems. Antes de comenzar con la elaboración de los ítems, se consideró la necesidad de llegar a un acuerdo para cuantificarlos.

Se decidió cuantificarlos según su frecuencia de ocurrencia por lo que todos los ítems debían ser redactados de manera que el futuro encuestado pudiese asignar a sus experiencias un cuantificador lingüístico de frecuencias y, para ello, se ha utilizado la escala de respuesta graduada tipo Likert con 6 niveles de respuesta que indican la frecuencia con la cual los profesionales se exponen a situaciones conflictivas con los usuarios: 1= *nunca*; 2= *anualmente*; 3= *trimestralmente*; 4= *mensualmente*; 5= *semanalmente*; 6= *a diario*.

Se evitó la utilización de escalas de respuesta de frecuencia cuyos cuantificadores no son del todo específicos, por ejemplo, “*nunca*”, “*casi nunca*”, “*algunas veces*”, “*frecuentemente*” o “*muy frecuentemente*”; utilizadas por múltiples escalas^{52, 53} relacionadas con el fenómeno objeto de estudio, ya que pueden presentar diversas interpretaciones lo cual la diferencia de la escala escogida que contiene términos más concretos que no inducirán a varias interpretaciones por los futuros encuestados.

- **Redacción de ítems**

Durante las reuniones realizadas se llevaba a cabo la eliminación o reformulación de los ítems propuestos por los investigadores para lo cual se siguieron criterios operativos de redacción de ítems:

- Se revisaron todos los ítems para comprobar que el lenguaje utilizado en los enunciados era sencillo, claro, directo y comprensible para la población diana; y para detectar posibles fallos de expresión.
- Se evitaron los enunciados excesivamente profusos ya que podrían desmotivar su lectura: se intentó no utilizar más de 20 palabras por cada enunciado.
- Todos los ítems debían reflejar situaciones reales que se producen dentro del ámbito de APS.
- Los ítems que expresaban la misma idea pero de diferente modo tuvieron que ser unificados y reformulados. Por ejemplo, “*los usuarios me ponen malas caras si me retraso en mi trabajo*” y “*los usuarios me ponen malas caras cuando la consulta va retrasada*” se unificaron en un solo ítem ya que coinciden en la misma manifestación de hostilidad (*malas caras*) y en su atribución (retraso en las tareas).
- Todos los ítems debían ser relevantes y claramente relacionados con el tema de las situaciones conflictivas.
- Todos los ítems debían contener un componente hostil como respuesta a una situación concreta y dirigida a la persona. Por ello, el ítem “*los usuarios me responsabilizan exageradamente de no cumplir los horarios*” fue eliminado pues el componente hostil no es obvio. El ítem “*los usuarios me amenazan si no cumplo sus expectativas*”

fue modificado para clarificar cuales podían ser las expectativas del usuario obteniendo el siguiente ítem: *“los usuarios me amenazan si no cumpla sus expectativas (pruebas, recetas, análisis,...)”*. De igual manera, el ítem *“los usuarios interrumpen mi trabajo si consideran que es su turno”* fue modificado para añadirle el componente hostil *“los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas si consideran que es su turno”*.

- Todos los ítems debían expresar una conducta hostil intencionada e impulsiva. El ítem *“los usuarios expresan su enfado gritándome cuando no me ajusto al horario previsto”* fue sustituido por *“los usuarios expresan su enfado elevándome la voz cuando no me ajusto al horario previsto”*. En el ámbito de APS es común que los profesionales conozcan, en mayor o menor medida, cómo son los pacientes a los cuales atienden. Esto ayudará a diferenciar si el paciente está hablando con una voz elevada de manera intencionada o si es habitual que el paciente hable así. La intencionalidad aparecerá cuando el paciente eleve su tono de voz habitual.
- Hubo que matizar ítems que eran demasiado generales. El ítem *“los usuarios me amenazan con una demanda”* tuvo que ser matizado.
- Se evitó que en un mismo ítem hubiese más de un enunciado lógico ya que puede suceder que se esté de acuerdo con una de ellas pero no con las demás. Por ello, el ítem *“los usuarios me rechazan por mi nacionalidad, juventud y raza”* fue sustituido por 3 ítems. De la misma manera, el ítem *“los usuarios me gritan y me faltan al respeto cuando solicitan una actividad fuera de horario y es denegada”* fue eliminado por contener varias manifestaciones de hostilidad.
- En la elaboración de los ítems se evitó redactar enunciados que, de manera previsible, la mayoría de los encuestados contesten de la misma manera que un incidente es muy frecuente (para evitar el efecto techo) o un enunciado que la mayoría vaya a contestar que pasa de manera puntual o rara vez (para evitar el efecto suelo). Por ello, para evitar un posible efecto suelo, los ítems *“los usuarios me amenazan con una demanda”* y *“los usuarios me amenazan con una reclamación ante la dirección del centro”* se unificaron en un

solo ítem. De la misma manera se evitó redactar ítems que hiciesen referencia a las agresiones sexuales por la baja incidencia en el ámbito sanitario y, así, evitar el efecto suelo que presentarían esos ítems.

- Se evitó utilizar en la redacción negaciones o dobles negaciones para evitar posibles confusiones.
- Se revisaron los ítems para comprobar que ninguno contenía expresiones como siempre, nunca, a menudo,... debido a que la escala de respuesta utilizada hace referencia a la frecuencia de ocurrencia del incidente. El ítem "*Siempre que me retraso en mis tareas, los usuarios me ponen malas caras*" fue modificado para eliminar la expresión de frecuencia que contenía.

Tras realizar la reformulación y/o eliminación del primer listado de ítems (compuesto por 25 enunciados), se obtuvo como resultado la redacción de 13 ítems elaborados a partir de la conjugación de la propuesta teórica y de la información obtenida de las experiencias relatadas por los profesionales entrevistados.

De esta manera, el instrumento final sobre conductas violentas en APS entre profesionales y usuarios está formado por 21 ítems correspondientes a la base de la escala HABS-U obtenidos durante su elaboración (la escala final cuenta con tan solo 10 ítems) y por 13 ítems resultado del análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a lo largo del desarrollo de este trabajo. Estos 34 ítems (en la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de ellos) han quedado preparados para un proceso de validación mediante un estudio piloto.

Tabla 1: Ejemplos de los ítems propuestos para la escala de conductas violentas en APS

Ítems de la escala HABS-U	Ítems redactados a partir de las entrevistas en profundidad
<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios se quejan por mi forma de trabajar (trato). • Los usuarios cuestionan más decisiones. • Los usuarios me responsabilizan exageradamente de cualquier minucia. • Los usuarios me hacen bromas irónicas. • Los usuarios se enfadan conmigo por la falta de información. • Los usuarios se enfadan conmigo por la demora asistencial. • Los usuarios me ponen malas caras o miradas de desprecio. • Los usuarios amenazan con agredirme. • Los usuarios me insinúan que debería dedicarme a otra cosa. • Los usuarios han llegado a sujetarme o tocarme de manera hostil. • Los usuarios me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores o complicaciones. • Los usuarios muestran su enfado contra mi dando golpes portazos,... al mobiliario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios me ponen malas caras si me retraso en mi trabajo. • Los usuarios interrumpen mi trabajo con malas formas si consideran que es su turno. • Los usuarios me amenazan si no se cumplen sus expectativas (pruebas, recetas, análisis,...) • Los usuarios me amenazan con una demanda por la demora asistencial. • Los usuarios se incomodan por mi nacionalidad o raza. • Los usuarios me rechazan por mi sexo. • Los usuarios me rehúyen por mi edad. • Los usuarios se mofan de mí. • Los usuarios intentan persuadirme con amenazas de denuncia o reclamación. • Los usuarios me acusan de no ajustarme al horario de consulta.

Discusión

Mediante el desarrollo de este trabajo se ha pretendido realizar una aproximación, desde una perspectiva cualitativa, al fenómeno de la violencia laboral de las instituciones sanitarias en el ámbito de APS lo cual ha permitido el desarrollo y adaptación de un instrumento de uso específico en ese ámbito. Un punto a favor en la realización de este trabajo se basa en que los ítems no han sido elaborados resumiendo los enunciados de otros instrumentos, sino que se han creado en el marco de un análisis cualitativo exhaustivo a partir de las afirmaciones expresadas por los participantes en las entrevistas en profundidad. De esta manera resultará más fácil la comprensión de los enunciados por los futuros encuestados.

Además, la metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo ha sido la acertada ya que, según Krueger (1991)¹³, la consistencia interna de las entrevistas individuales es mayor que la de los grupos de discusión debido a que en estos grupos se produce una interacción de los participantes que puede conllevar la modificación en la posición de alguno de los encuestados. Esto es imposible que ocurra en las entrevistas en profundidad ya que el encuestado sólo podría interaccionar con el entrevistador pero éste mantiene en una posición neutra.

Los estudios internacionales sobre esta temática se han realizado sobre todo en centros psiquiátricos, o teniendo en cuenta una sola profesión (medicina, enfermería), en algunos no se especificaban las conductas violentas, confundiendo agresiones físicas con amenazas, o éstas con insultos. La relevancia y novedad de este trabajo viene determinada por la inclusión de los profesionales no sanitarios. Hasta el momento, la gran mayoría de las investigaciones realizadas tenían como objeto de estudio a aquellos profesionales que presentaban una mayor percepción de violencia (médicos y enfermeros) obviando al resto de profesionales que, aunque no pertenecen a la categoría sanitaria, desempeñan su labor dentro de este ámbito (auxiliares administrativos, celadores, trabajadores sociales,...) y, por tanto, también interaccionan con los pacientes que se encuentran ante situaciones difíciles. Esta incorporación nos permitirá comprobar los diferentes niveles de exposición a las conductas violentas de las diferentes categorías profesionales presentes en APS.

Con el análisis de las entrevistas en profundidad se han obtenido tres categorías de violencia laboral en el sector sanitario (violencia verbal, física y no verbal). Con los resultados de este estudio se indica que las manifestaciones de violencia más referidas que se producen en los centros de APS son las de tipo verbal y no verbal y que, de manera muy eventual, aparecen las manifestaciones de violencia física. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en estudios cuantitativos sobre la violencia laboral en APS^{6,7,10}.

La redacción y el análisis de los ítems han sido realizadas de manera muy exhaustiva y ha permitido la elaboración de 13 nuevos ítems a incorporar en la escala de medición de la frecuencia de la violencia laboral en profesionales sanitarios.

Conclusiones

A continuación, se desarrollan, como respuesta a los objetivos y supuestos de trabajo planteados, las conclusiones finales tras la realización del presente trabajo:

- Mediante la realización de las entrevistas en profundidad ha sido posible validar la escala HABS-U al ámbito de APS.
- La adaptación de la escala HABS-U se ha conseguido mediante la redacción de nuevos ítems específicos del ámbito de APS.
- El banco de ítems resultante permitirá el estudio de las percepciones de violencia laboral de usuarios hacia profesionales sanitarios y no sanitarios del ámbito de APS.
- Como resultado final, se ha conseguido una escala que medirá los comportamientos violentos de los usuarios hacia los trabajadores de APS.

Propuesta para futuras investigaciones

Tras haber realizado la validación y adaptación de la escala HABS-U al ámbito de APS, el siguiente paso consistirá en la evaluación de la aceptabilidad del nuevo cuestionario y el análisis de la validez y fiabilidad.

Tras todo ello, se conseguirá la validación consensuada del nuevo instrumento adaptado a la problemática laboral en materia de violencia percibida por el personal tanto sanitario como no sanitario al servicio de APS.

Posteriormente, se realizará un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de violencia laboral y sus manifestaciones en Centros de APS de la Región de Murcia. Dicho estudio será realizado en centros de salud de diferente tamaño y complejidad y tendrá en cuenta las diferentes categorías profesionales presentes en los centros de APS. De esta manera será posible obtener un mapa de la violencia laboral e identificar a aquellos centros que presentan una alta frecuencia de violencia entre sus trabajadores y los usuarios.

La identificación de las manifestaciones y la intensidad de violencia nos pueden ayudar para formar al personal sanitario en el manejo de estas situaciones, para proporcionar mejores estrategias de prevención, intervención y servicios de apoyo y para modificar y adaptar el entorno laboral y conseguir un lugar de trabajo libre de violencia.

Bibliografía

1. Khalef A. *¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad?*, Ed Obrera, 2003; 4 (133): 13-19.
2. Hock A. *No tenemos por qué aceptar esto. La protección del personal del sector de salud británico*, Ed Obrera, 2003; 4 (133): 49-54.
3. Domínguez L, Mijana J. *Violencia Laboral. Una visión desde Enfermería*. 2ª ed. Buenos Aires: El Auapiti; 2008.
4. Gascón Santos S, *Análisis médico-legal de la violencia en centros asistenciales: agresiones a profesionales [tesis doctoral]*. Repositorio de la Universidad de Zaragoza; 2006 [consultado el 22 de Marzo de 2012]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/>
5. Comité Editorial, *Las agresiones al personal de enfermería en el puesto de trabajo*, Excel Enferm [en línea] 2005 [consultado el 22 de Marzo de 2012]; 2 (11). Disponible en: <http://www.ee.isics.es>
6. Farias A, Sanchez J, Acevedo G. *La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud*, Rev. Salud Publica, 2012; 1:18-26.
7. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, Rueda MA. *Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments*, Int J Occup Environ Health, 2009; 15(1): 29-35.
8. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zero lo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serenab P, Mateios Salidoc MJ. *Análisis de la violencia del paciente en atención primaria*, Aten Primaria 2005; 36(3): 152-158. .
9. Paravic Klijn T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. *Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud*, Cienc. enferm [en línea], 2004 [consultado el 4 de Abril de 2012]; 10(2): 53- 65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200007
10. Villarreal D, Mur E M. *Violencia laboral en atención primaria*, Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2010; 72:14-22.
11. Consejo Internacional de Enfermería, *La violencia-epidemia mundial*, Boletín del CIE [en línea]; 1999 [consultado el 25 de Marzo de 2012]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19_k_FS-Violencia-Sp.pdf

12. Waschgler M K, Ruiz Hernández J A, Llor Esteban B. Patients´aggressive behaviours towards nurses: a scale development, JAN, 2013 Jun;69(6):1418-27.
13. Krueger R A. El grupo de discusión. *Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide; 1991.

Anexo I

Propuesta de encuadre para la entrevista en profundidad con el personal sanitario

TEMA	EJEMPLO
Bienvenida y presentación de los miembros del equipo investigador Explicación somera de la investigación	<ul style="list-style-type: none">• Agradecimiento y bienvenida.• Presentación de los miembros del equipo.• Fase de continuación de una investigación dirigida a conocer la realidad en el puesto de trabajo del personal sanitario respecto al estrés laboral en atención primaria de salud y así contribuir a la mejora de la calidad en el puesto de trabajo.
Contenidos fundamentales de la sesión	<ul style="list-style-type: none">• Se recoge la información cualitativa individual que vd. como profesional de APS nos pueda aportar al objeto de obtener una información independiente sobre la validez de cada uno de los ítems de que consta el instrumento para la aplicación en su medio laboral.• Además nos interesa saber si, a su juicio, existe alguna situación específica derivada de su trabajo en atención primaria que no haya sido plasmada en las cuestiones de que consta el instrumento.
Duración y pausa	<ul style="list-style-type: none">• La sesión tendrá una duración de aproximadamente unos 45 minutos.
Necesidades de la investigación: el registro	<ul style="list-style-type: none">• Debido a que esta sesión se encuentra enmarcada en una investigación psicosocial necesitamos, con su permiso registrar lo que ustedes digan para su posterior análisis.

TEMA	EJEMPLO
Énfasis en la confidencialidad y necesidad de sinceridad	<ul style="list-style-type: none"> • Por supuesto garantizamos la más absoluta confidencialidad respecto a los datos que nos aporten, por lo que rogamos que sean sinceros y honestos en sus intervenciones. • En ningún caso citaremos sus nombres asociados a comentario alguno en nuestro informe final. • Por favor es importante que se sientan libres para expresar sus opiniones abiertamente ya que nos interesa conocer la realidad. Sería una pena que por cortesía no nos proporcionaran información veraz.
Normas básicas para el desarrollo	<p>Antes de comenzar, permítanme que les de algunas normas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le iré leyendo cada uno de los ítems y posteriormente nos dará su opinión puntuándolo según el baremo contenido en las instrucciones. • Debe contestar a las cuestiones teniendo en cuenta sus propias experiencias y las del colectivo a quien representa. • No dude en solicitarme cualquier aclaración que precise.
Nuevo agradecimiento	<p>De nuevo quiero manifestarle nuestro agradecimiento por participar en esta sesión y contribuir al estudio e investigación del estrés laboral en el personal sanitario.</p>

IV

Mujer y derechos humanos

18

La mutilación genital femenina desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde enfermería

María del Mar Pastor Bravo
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

La mutilación genital femenina (MGF) es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas¹ ya que atenta contra derechos fundamentales como la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas crueles, inhumanas o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

Este tipo de violencia contra las mujeres ha sido denunciado por distintas organizaciones internacionales a nivel mundial como es el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), entre otros².

La mutilación genital femenina *“comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”*³.

La Organización Mundial de la Salud⁴ establece 4 tipos DE MGF:

Tabla I: Tipología de la mutilación genital femenina⁴

Tipo I Clitoridectomía	Resección parcial o total del clítoris o el prepucio del clítoris.
Tipo II Escisión	Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
Tipo III Infibulación	Estrechamiento o sellado de la abertura vaginal a través de corte y recolocación de los labios menores con o sin resección del clítoris.
Tipo IV Otros	Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos.

Esta práctica causa importantes complicaciones para la salud de las mujeres, a corto plazo presenta: dolor intenso, shock, hemorragia, tétanos, sepsis, retención urinaria, llagas abiertas en la región genital y lesiones de los tejidos genitales vecinos. A largo plazo: infecciones vesicales y urinarias recurrentes, quistes, esterilidad, aumento del riesgo de complicaciones del parto y muerte del recién nacido y necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas⁴.

Afecta a una población aproximada de 140 millones de mujeres y niñas de todo el mundo, 92 millones de las cuales se encuentran en 28 países del África subsahariana, donde 3 millones de niñas están en riesgo de que corten sus genitales cada año⁴. También se realiza en Asia y el Medio Este, así como en determinados grupos étnicos en América Central y Sur América².

Los procesos de globalización y los flujos migratorios actuales, hacen que se den casos de MGF en todo el mundo industrializado. En España, concretamente, hay 178.000 inmigrantes procedentes de países donde se realiza habitualmente la práctica y 10.000 niñas corren el riesgo de ser mutiladas en nuestro país⁵.

La MGF continúa realizándose por motivos higiénicos, estéticos, religiosos, para controlar la sexualidad femenina, aumentar la fertilidad y hacer el parto más seguro⁶.

Conscientes de la necesidad de tomar medidas para contrarrestar la evolución de esta práctica y erradicarla, los Estados Europeos prohíben legalmente la MGF⁷. Concretamente en España, constituye un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico y perseguido tanto territorial como extraterritorialmente⁸.

A pesar de la legislación, esta convención social perjudicial para la salud continúa realizándose, ya que se requiere de otros esfuerzos para acabar con una práctica tan arraigada⁹. Lo que ha creado, en algunos sectores sociales y profesionales, la necesidad de aprender a abordar esta problemática desde una perspectiva de protección de la dignidad y de derechos humanos, suponiendo un nuevo reto para los servicios públicos de salud, en general, y la enfermería en particular, debido a las connotaciones culturales de la práctica y a que el paradigma biomédico no responde a ciertas necesidades y desafíos que propone, la ya establecida, aunque aún poco estudiada población multicultural.

Objetivo

El objetivo del presente estudio es conocer la experiencia y actitudes de las mujeres residentes en España que han sido sometidas a MGF.

La consecución de dicho objetivo pretende propiciar un acercamiento a la realidad de estas mujeres que proporcione a la enfermería una base desde la cual abordar la MGF, iniciando el camino para su prevención.

Metodología

Diseño

La metodología del estudio es tipo descriptiva, pues persigue la obtención de información para elaborar una imagen más clara de los factores favorecedores de la MGF, así como de los que hacen que las mujeres se posicionen en contra de la práctica. Conocer dichos factores puede contribuir tanto a la identificación de niñas en situación de riesgo, como a proporcionar una base a la enfermería para la creación de intervenciones dirigidas al abordaje y prevención de la MGF.

El enfoque cualitativo y etnográfico fue elegido por tratarse de un estudio en el que se busca obtener la singularidad de los fenómenos estudiándolos con detenimiento, sin renunciar a su naturaliza holística. Además, los estudios de naturaleza cualitativa pueden describir la complejidad de un determinado problema, comprender y clasificar procesos dinámicos vividos por un grupo y posibilitar, en mayor nivel de profundidad, el entendimiento de las particularidades del comportamiento de los individuos¹⁰, por lo que se considera idóneo para comprender la mutilación genital desde la perspectiva de las mujeres afectadas.

Se optó por la etnografía dada su pertinencia a la hora de documentar conocimientos y pensamientos acerca de valores y creencias que interfieren o pueden interferir en los cuidados culturales y en la salud de las personas que los realizan. Se trata pues, de conocer la perspectiva de los participantes desde un punto de vista *émic*, para comprender y describir de manera exacta las situaciones y comportamientos.

Puesto que no se tiene la intención de estudiar una cultura completa, sino de dar un enfoque etnográfico al estudio de un área de creencias específicas dentro de un ambiente contextual concreto, esta investigación pertenece a la etnografía particularista, centrada en una unidad social que ayudará a entender las reglas y normas de relación vinculada a esta costumbre tan particular que afecta a la calidad de vida de muchas mujeres en el mundo.

Población de estudio

Los sujetos del estudio son 4 mujeres mutiladas genitualmente. Tres de ellas de procedencia Senegalesa y una de Nigeria. Todas ellas habitantes de las Torres de Cotillas (Murcia). Se contactó con ellas a través de una matrona del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” en la asistencia al parto y de la matrona del centro de salud de las Torres de Cotillas en la revisión del embarazo.

Instrumento y Proceso de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de los datos ha sido la entrevista semiestructurada de elaboración propia (ANEXO 1. Entrevista a mujeres mutiladas) que se compone de 47 preguntas abiertas y cerradas.

Durante las diferentes entrevistas no todas las preguntas han sido realizadas, ni el orden de las mismas seguido estrictamente, dado que era la propia conversación la que dirigía el rumbo de la entrevista. Si bien la entrevista ha sido estructurada en 5 bloques principales:

- Datos socioeconómicos.
- Antecedentes médicos.
- Relaciones de pareja.
- Embarazo y parto.
- Repercusión social.

Al comienzo de la entrevista se les preguntó qué nombre utilizaban para referirse a la mutilación genital femenina, siendo éste el nombre utilizado durante el resto de la entrevista.

Las entrevistas se realizaron de forma individual en un ambiente de confidencialidad. Las tres mujeres senegalesas fueron entrevistadas en su propia casa y en el momento de la entrevista estaban presentes sus hijas menores. La cuarta mujer, de Nigeria, fue entrevistada en la consulta de la matrona en el centro de Salud.

Aspectos éticos

Previo a la realización de la entrevista se les explicó las características del estudio, el carácter anónimo de éste y que la participación es voluntaria. Se les entregó el consentimiento informado, en el que se comunica que sus datos personales serían protegidos e incluidos en un fichero que estará sometido a las garantías de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos (ANEXO 2. Instrucciones y consentimiento informado). El consentimiento informado fue firmado, quedándose una copia la investigadora principal y otra la participante en el estudio.

Se pidió permiso para grabarlas en audio para posteriormente transcribir y destruir las grabaciones, sin embargo, la mujer nigeriana prefirió que no se registrase su voz por miedo a ser reconocida y rechazada por otras mujeres africanas. Por lo que los datos de esta entrevista se recogieron mediante anotación directa.

Además se tuvo la precaución de dar un código a cada entrevistada, no apareciendo su nombre en las transcripciones ni en el estudio.

Análisis de los datos

Tal y como propone Bardin¹¹, el análisis se realizó en tres fases: un pre-análisis, consistente en la organización del material a ser analizado, sistematizando las ideas iniciales mediante lectura y demarcación de las transcripciones; una segunda fase de exploración del material, siendo esta realizada para la definición de las categorías; y la tercera fase consistente en el tratamiento de los resultados, deducciones e Interpretaciones.

Durante el análisis de datos de las mujeres mutiladas se identificó el contexto en el que se realiza la MGF así como los conocimientos y actitudes de las entrevistadas respecto a la práctica.

Limitaciones del estudio y dificultades encontradas

La principal limitación del estudio radica en la escasa muestra captada, si bien, en los estudios cualitativos no cobra importancia la cantidad de relatos acumulados sino su buen análisis, que permita encontrar lo que hay de general dentro de lo específico, buscando, a veces, similitudes o diferencias.

Se encontraron dificultades para acceder al campo de estudio, debido al número reducido de población originaria de países donde se lleva a cabo la práctica. Además las mujeres africanas presentan dificultad para hablar de lo que consideran un asunto privado y tabú como es la MGF así como miedo a verse señaladas por su comunidad, por lo que pueden rechazar participar en el estudio por motivos morales o de autoprotección.

La barrera idiomática también supuso una dificultad a la hora de mantener las conversaciones y realizar las entrevistas.

Resultados

Datos sociodemográficos

La media de edad de la muestra es de 23,7 años. El tiempo de residencia en España es de 11 años en un caso y entre 1 y 2 años los demás casos. Sus países de origen pertenecen a la franja del África Subsahariana: tres proceden de Senegal y una de Nigeria. Dos están casadas, y las otras dos viven en pareja. Tienen entre una y tres hijas. Su nivel de estudios es muy bajo; solamente una sabe leer y escribir, otra es analfabeta y las dos restantes saben leer con dificultad. No poseen ninguna cualificación profesional, tan solo una de ellas, la que lleva más tiempo en España trabaja en una fábrica de conservas. Viven en el mismo barrio de la misma zona rural.

Contextualización de la MGF

En la tabla II se exponen los principales resultados que contextualizan el rito de la MGF.

El nombre que recibe la MGF es Sunna entre las entrevistadas senegalesas y corte según la entrevistada procedente de Nigeria. La edad a la que se practica varía entre las 2 semanas a los 14 años de edad, las personas que realizan la práctica son mujeres mayores que se dedican a esto y a la que una de las entrevistadas se refiere como *Dambo*.

Tabla II. Conocimientos sobre MGF que tienen las entrevistadas

	E1 (Senegal)	E2 (Senegal)	E3 (Senegal)	E4 (Nigeria)
Nombre de la MGF	<i>Sunna</i>	<i>Sunna</i>	<i>Sunna</i>	<i>Corte</i>
Significado asociado	Se celebró una fiesta en casa	(No lo sabe)	(No lo sabe)	(No lo sabe)
Edad	14 años	<i>“muy pequeña”</i>	1 mes	2 semanas
Persona que la realiza	Sólo se dedican a eso	<i>Dambo</i> Mujeres que saben hacerlo	Mujeres mayores	Mujeres que saben hacerlo <i>En Cartagena un hombre de Nigeria se lo hace a los niños</i>
Procedimientos utilizados	Se aplica un polvo procedente de un árbol africano, en la zona genital para que cicatrice	(No lo recuerda)	(No lo recuerda)	(No lo recuerda)
Sentimiento durante la MGF	Miedo <i>“Todas tenemos miedo”. “Recuerdo que lloré”</i>	Dolor	(No lo recuerda)	(No lo recuerda)

Tal y como afirma E1, después de realizar el corte se realizan curas para que cicatrice la herida mediante la aplicación de un polvo, procedente de un árbol, en la zona genital. El resto de participantes no recuerdan nada respecto al procedimiento debido a su corta edad.

La mitad de las entrevistadas recuerdan haber sentido miedo y dolor.

La escasa información que proporcionan estas mujeres acerca de la MGF se justifica por la falta de recuerdos al respecto y porque al ser un tema tabú no están informadas acerca de este rito.

Actitudes frente a la MGF

Los resultados que responden a las actitudes de las mujeres subsaharianas residentes en la Región de Murcia con respecto a la MGF se presentan en la tabla III.

Tabla III. Actitudes de las entrevistadas frente a la mutilación genital femenina

	A favor de la MGF (E1, E2 y E3)	En contra de la MGF (E4)
Educación	No. No saben leer con fluidez ni escribir (No hablan bien castellano)	Sí. Sabe leer y escribir (Habla bien castellano)
Trabajo	No	Sí Fábrica de conservas
País de origen	Senegal	Nigeria
Religión	Musulmana	Cristiana
Motivos	- Religión (E1, E2, E3) - Mejora las relaciones sexuales: <i>"Si haces Sunna no gritas"</i> (E2) - Tradición: <i>"Es bueno porque me lo ha enseñado mi madre"</i> (E3)	- No es por religión - No disfrutas las relaciones sexuales - Disminuir el deseo sexual: <i>"La que no está cortada tiene más deseo sexual"</i> - Presión social: <i>"No puede"</i>
Consecuencias para la salud de la MGF	<i>"Ninguna"</i> - Anemia Crónica (E1) - Tristeza/Depresión (E1 y E3) - Hepatitis B (E3) - Miedo al dolor durante las exploraciones vaginales (E2) - Miedo al iniciar las relaciones sexuales. (E1, E2 y E3) - Dispareunia. (E1, E2 y E3)	<i>"Ninguna"</i> - Tristeza/Depresión - Miedo al iniciar las relaciones sexuales - Anhedonia sexual: <i>"No siento placer, me da igual"</i>
Anticoncepción	No <i>"Mi marido me escogió y se casó, no deseo a mi marido. Quiero anticonceptivos."</i> (E3)	No <i>"mi marido me dejó porque se enteró de que estoy embarazada. Utilizábamos la marcha atrás".</i>
Legislación	<i>"Pienso que no debería ser ilegal." ... "si no fuese ilegal se lo haría a mi hija."</i>	(No contesta)

Las entrevistadas alegan que la MGF se mantiene por motivos religiosos, tradicionales, para mejorar las relaciones sexuales, por presión social y para disminuir el deseo sexual.

Las mujeres senegalesas con menor formación creen que la realización del corte mejora las relaciones sexuales mientras que la entrevistada de Nigeria (E4) es conocedora de que esta práctica disminuye el deseo sexual. Además

las senegalesas de religión musulmana afirman realizarla por motivos religiosos mientras que E4 afirma que no tiene lazo con la religión.

Entre las consecuencias para la salud que la MGF les ha podido ocasionar se encuentran: miedo, dolor, anemia crónica, tristeza, depresión, Hepatitis B, miedo al iniciar las relaciones sexuales, anhedonia, dispareunia y miedo al dolor durante las exploraciones vaginales. Sin embargo, ninguna de las entrevistadas asocia estos problemas para la salud que sufren, al hecho de haber sido mutiladas genitalmente.

Se observa una falta de atención sanitaria en cuanto a la planificación familiar, pues ninguna de las mujeres utiliza métodos anticonceptivos a pesar de no desear hijos. También resulta sobrecogedor la violación de derechos a la que han sido sometidas estas mujeres, que no termina tras la MGF sino que las acompaña durante su vida, como ejemplo tenemos el matrimonio no deseado de E3: *“Mi marido me escogió y se casó, no deseo a mi marido”*.

Las mujeres que se muestran a favor de la MGF están en contra de legislar la práctica en España afirmando que realizarían la MGF en sus hijas si no fuese ilegal. La que está en contra de la MGF no responde al preguntarle por la ilegalidad de la práctica.

A modo de resumen, a continuación se especifican las principales diferencias entre las mujeres que se posicionan a favor de la MGF de las que son contrarias a ésta.

- Son personas con bajo nivel educativo.
- Están poco o mal informadas con respecto a la MGF.
- No trabajan fuera de casa, por lo que no tienen independencia económica.
- Piensan que la MGF es beneficiosa para la mujer
- Realizan esta práctica principalmente por religión.

Discusión

El término *“Sunna”* que se le da a la MGF entre las mujeres de Senegal, así como en diferentes etnias y países, tiene connotaciones religiosas, puesto que *Sunna* es el nombre que reciben el conjunto de relatos de los hechos y enseñanzas de Mahoma. Esto lleva a confundir la MGF con una práctica religiosa que deben realizar los musulmanes, pero la realidad es que no tiene carácter obligatorio en las mujeres, a pesar de que las entrevistadas musulmanas

así lo creen. De hecho, este rito se lleva a cabo únicamente en la mitad de las comunidades musulmanas y se practica también en comunidades no musulmanas, como por ejemplo los cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán, o la comunidad judía *falasha* de Etiopía¹².

La MGF se realiza tradicionalmente como un rito de iniciación o rito de paso a la edad adulta, en el que las iniciadas pasan a formar parte de la sociedad de las mujeres y a tener un papel en la comunidad¹³, este es el caso de E1, que fue mutilada a los 14 años, celebrándose una fiesta al final del rito. No obstante, este significado carece de sentido cuando se practica al inicio de la niñez, como en el caso del resto de las entrevistadas. Si bien, cada vez es más frecuente realizar el procedimiento a edades más tempranas para evitar la resistencia de las niñas, impedir que los gobiernos interfieran en estas cuestiones y para reducir el riesgo de trauma de las niñas, pues cuanto más joven sea la niña, menor será el recuerdo del dolor sufrido durante la ablación y, por tanto, más predispuesta estará a practicársela a sus hijas¹⁴.

Otro de los motivos por los que E4 explica que se continúa con la mutilación genital de las niñas es disminuir el deseo sexual, pues, tal y como se afirma en la bibliografía, se cree que las no mutiladas tienen instintos sexuales incontrolables, por lo que eliminando este instinto se evitarán los contactos sexuales ilegítimos y la mujer será fiel a su marido, es decir, se conservará el honor de la familia¹⁶. Esta vinculación de MGF a la virginidad y ésta al honor se traduce en presión social y en rechazo de las mujeres no mutiladas.

Tal y como describe E1, las condiciones en las que se realiza la praxis son antihigiénicas, hecho que puede conducir a agravar las consecuencias para la salud de las niñas a las que se les efectúa¹⁵. Sin embargo, la solución no incurre en mejorar la técnica o las condiciones, sino en erradicarla por completo, puesto que la MGF atenta contra la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁶ constituyendo una violación de los derechos de las niñas.

La bibliografía evidencia que los problemas para la salud que presentan las entrevistadas pueden deberse a la MGF. Tales como tristeza y depresión¹⁷, anemia crónica¹⁸, Hepatitis B19. En cuanto a las consecuencias en la vida sexual, también están reconocidas la anhedonia, miedo a iniciar las relaciones sexuales y dispareunia²⁰. El grado en que queda afectada la salud sexual de estas mujeres dependerá del tipo de mutilación¹⁸, si bien, cualquier tipo de mutilación genital interfiere en algún grado en la respuesta sexual, aunque

no suprime necesariamente la posibilidad de obtener placer y llegar al orgasmo, dado que intervienen otros factores²⁰.

A pesar de las numerosas consecuencias para la salud que presentan las entrevistadas, éstas no relacionan la MGF como factor causal de las enfermedades/complicaciones que sufren, pues no saben que la MGF pueda ser causante de dichos problemas para la salud. Este desconocimiento, junto con el de no saber el tipo de MGF que les fue realizado, evidencia la falta de información que presentan las mujeres respecto a este tema considerado tabú.

La principal diferencia entre las mujeres que se posicionan a favor de la MGF y la que se posiciona en contra es que esta última tiene una mayor información que se evidencia, por ejemplo, en los motivos que cada una de ellas alegan para justificar esta práctica. Además las entrevistadas a favor de continuar con la práctica piensan que es un mandato religioso.

También se distinguen las mujeres a favor de las contrarias a la práctica en función de la dependencia económica hacia sus parejas y el nivel educativo. La justificación de estas diferencias como elemento que condiciona la actitud de estas mujeres respecto a la MGF pueden contrastarse con un estudio que afirma que *“cuanto mayor es el control de las mujeres sobre su propia vida, mayor es su oposición a la MGF”*²¹.

Las mujeres más informadas respecto a la MGF son las que se posicionan en contra de esta práctica, por lo que la información en las consecuencias para la salud que provoca y en la legislación sobre la misma en España constituyen una estrategia fundamental para prevenir la práctica²². Esta prevención no puede darse, únicamente por vías legislativas, sino que se debe promover un cambio de actitudes que conlleve a la decisión informada de no mutilar a sus hijas.

Conclusiones

Las entrevistadas fueron mutiladas genitalmente a su niñez, en un caso como rito de paso a la edad adulta y en los otros a edades muy tempranas, por lo que no recuerdan el procedimiento.

Las mujeres mutiladas presentaron anemia crónica, tristeza, depresión, Hepatitis B, miedo al iniciar las relaciones sexuales, anhedonia, dispareunia y miedo al dolor durante las exploraciones vaginales. Sin embargo, la falta de información sobre la MGF impide que asocien estos problemas para su salud física, mental y sexual como consecuencia del corte que le practicaron de niñas.

Los datos muestran que tres de las cuatro mujeres entrevistadas están a favor de la MGF y querrían que sus hijas mantuviesen esta tradición. Estas mujeres coinciden en tener un bajo nivel cultural y poca información acerca de esta práctica.

La MGF se mantiene por tradición, presión social, disminución del deseo sexual y por la creencia errónea de que es una práctica de obligatoriedad religiosa, lo que lleva a las mujeres a practicársela a sus hijas.

La legislación es necesaria para impedir que algunas mujeres que lo desean, mutilen a sus hijas por miedo a las represalias legales, pero para que se dé un cambio de actitudes que propicie la erradicación de esta tradición, es necesaria la información, de modo que las mujeres sean conscientes de las consecuencias que acarrea la práctica y de la violación de derechos que supone.

El análisis de los datos muestra que las mujeres subsaharianas que se posicionan a favor de la MGF necesitan una mayor información acerca de:

- Consecuencias de la MGF para la salud.
- Motivos por los que se realiza.
- Legislación respecto a la MGF en España y en su país de origen.
- Derechos humanos y más concretamente de la mujer y la niña.
- Métodos anticonceptivos.

El estudio propicia un acercamiento a la realidad de las mujeres mutiladas genitualmente, proporcionando a la enfermería una base desde la cual abordar la MGF así como trabajar un cambio de actitudes entre las mujeres mutiladas, mediante intervenciones que solventen el déficit de conocimientos que presentan respecto a los distintos aspectos relacionados con la práctica, posibilitando así, la prevención de la mutilación genital de sus hijas.

Bibliografía

1. ONU – Consejo económico y social. Examen y evaluación de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. ONU; 2000. E/CN.6/2000/PC /2.
2. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. World Health Organization [monografía en Internet]. World Health Organization; 2008 [acceso 13 de marzo de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf?ua=1
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), “Temas de salud-mutilación genital femenina” [sede Web], 2011 [acceso en 25 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/
4. Organización Mundial de la Salud, Mutilación Genital Femenina [sede Web], OMS-Centro de Prensa; Febrero de 2010 [acceso 21 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
5. Kaplan Marcusán, Adriana, López Gay, Antonio, “Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009” [monografía en Internet], Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2010 [acceso en 4 de marzo de 2011], Disponible en: http://publicacions.uab.es/pdf_llibres/AAP0001.pdf
6. Unicef. Protección infaltil contra el abuso y la violencia [sede Web]. Mutilación/ablación genital femenina. [acceso 3 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/index_genitalmutilation.html
7. Council of European Union [sede Web], Measure E: A legal instrument aiming at fighting female genital mutilations. Brussels 2011. [acceso 2 de abril de 2011] Disponible en: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%208525%202011%20INIT>
8. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (España). Boletín Oficial del Estado, número 281, 1995 [acceso 12 de marzo de 2011]. Disponible en: boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf
9. Mutilación genital femenina y otras prácticas nocivas. El deber de los Estados de proteger los derechos de las mujeres y niñas [monografía en Internet]. Centro de derechos reproductivos, septiembre de 2010. [acceso

- 23 de abril de 2011]. Disponible en: <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/BRB-Mutilacio%CC%81n%20Genital.pdf>
10. Richardson R.J., Peres J.A.S, Wanderley J.C.V, Correia L.M., Peres M.H.M. Métodos cuantitativos e cualitativos. En: Richardson RJ, Peres JAS, Wanderley JCV, Correia LM, Peres MHM (Org). Pesquisa Social: métodos e técnicas. Atlas (São Paulo). 2009; 79-80.
 11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ediciones 70; 2009.
 12. Adam Muñoz MD. La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba; 2003.
 13. González De Chávez Fernández MA. *Los ritos iniciáticos. Las mutilaciones sexuales, en Feminidad y masculinidad; subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998, páginas 81-88.
 14. Bayo A, González I, Román A, Rodríguez AB, Grau S, Marina J, Tarancón I. La mutilación genital en la mujer del siglo XXI. *Progresos de Obstetricia y Ginecología [revista en internet]* 2003 [consultado 14 de mayo de 2014]; 46(6). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/la-mutilacion-genital-mujer-siglo-xxi-13048277-revision-2003>
 15. Departamento de Acción Social y Ciudadanía (Generalitat de Catalunya). Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina [monografía en internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007 [consultado 10 de abril de 2011]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf
 16. ONU, Declaración Universal de los derechos humanos, Resolución 217, París: Organización de Naciones Unidas; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
 17. Utz-Billing I, Kentenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *J Psychosom Obstet Gynaecol [revista en Internet]* 2008 [Acceso 14 de marzo de 2011]; 29(4):225-229. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820802547087?prevSearch=all-field%253A%2528Female%2Bgenital%2Bmutilation%255C%253A%2Ban%2>

Binjury%252C%2Bphysical%2Band%2Bmental%2Bharm%2529&search-HistoryKey=

18. Mutilación genital femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales. [monografía en Internet]. Barcelona, 2010. [acceso 20 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/guia_mutilacion_genital.pdf
19. Kaplan Marcusan A, Torán Monserrat P, Bermúdez Anderson K, Castany Fábregas MJ. Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales [monografía en Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006 [acceso 20 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
20. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* [revista en Internet] 2000 [acceso 15 de marzo de 2011]; 70(1):99-104.
21. UNICEF. Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting [monografía en Internet]. Florencia: Innocenti Digest; 2005 [acceso 5 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/396/>
22. Medicusmundi andalucia. Mutilación genital femenina. Abordaje y Prevención. [monografía en internet] Granada, 2008. [acceso 15 de marzo de 2011]; Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1237830271_Guia2.pdf

ANEXO 1

Entrevista a mujeres mutiladas

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad.
2. País de origen.
3. Estado civil.
4. En el caso de estar casada. ¿A qué edad se casó?
5. Estudios.
6. Religión.
7. Profesión.
8. Trabajo Actual.
9. N° de hijos. Sexo de los hijos. Edades.
10. ¿Cuántos años lleva en España?
11. ¿Conoce lo que es la mutilación genital femenina (MGF)?
12. ¿Cómo la llama usted?
13. ¿A qué edad se le practicó?
14. ¿Quién?
15. ¿Recuerda cómo fue? ¿Me lo puede describir? ¿Qué siente al recordarlo?
Sintió miedo, dolor, etc.
16. Recuerda haber tenido problemas después. Problemas físicos, miedo, angustia, tristeza...etc.
17. Las mujeres de su entorno hablan de la MGF? En caso afirmativo ¿qué opinan?
18. ¿Las mujeres de su familia están todas mutiladas?
19. ¿Por qué se practica la MGF? ¿Cree que es una obligación religiosa?

ANTECEDENTES MEDICOS

1. ¿Padece alguna enfermedad?
2. ¿Ha sufrido alguna vez infecciones urinarias?
3. ¿... y del aparato genital?
4. ¿Ha sufrido dolor al orinar, incapacidad para hacerlo, pérdida de orina?
5. ¿Padece alguna infección?
6. ¿Sufre depresión, estados de tristeza?

RELACIONES DE PAREJA

1. ¿Ha tenido miedo al iniciar las relaciones sexuales?
2. ¿A qué edad inició las relaciones sexuales?
3. ¿Ha sufrido dolor en las relaciones sexuales?
4. ¿Siente placer en las relaciones sexuales?
5. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? En caso afirmativo ¿Cuál?
6. ¿Cree que la MGF es buena para la mujer? En caso afirmativo ¿por qué?
7. ¿Y para el hombre? En caso afirmativo ¿por qué?

EMBARAZO Y PARTO

1. ¿Cómo recibió la noticia de su embarazo?
2. ¿Ha seguido todos los controles médicos del embarazo?
3. ¿Qué sintió cuando tenían que realizarle las exploraciones vaginales?
Miedo, dolor, vergüenza, angustia, nada.
4. Ha tenido problemas durante el embarazo. En caso afirmativo: ¿Cuáles?
5. ¿Cómo fue el parto? En caso de parto: ¿Tenía miedo o ansiedad?
6. ¿Le han practicado la episiotomía? / ¿Le dieron puntos, le cortaron?
7. En caso de cesárea: ¿Cuál fue el motivo de la cesárea?
8. ¿El recién nacido tuvo algún problema?
9. ¿cómo ha sido el trato profesional recibido?
10. ¿Se ha sentido apoyada durante el embarazo y parto?

REPERCUSION SOCIAL

1. ¿Quién decidió que debía practicársele la MGF?
2. ¿Está mal visto el no estar cortada? ¿Conoce alguna mujer que no tenga el Duare?, ¿qué piensan las demás?
3. En su familia ¿Quién toma las decisiones importantes respecto a los hijos en casa?
4. ¿Tiene pensado hacérselo a sus hijas?
5. ¿Sabe que en España esta práctica es ilegal? ¿Qué le parece que en España esta práctica no sea legal?

ANEXO 2

Instrucciones y consentimiento informado

INSTRUCCIONES GENERALES

Con el siguiente estudio se pretende identificar los conocimientos, las actitudes y las experiencias de mujeres mutiladas genitualmente que viven en la Región de Murcia, para, en un proyecto posterior, proporcionarles información en las necesidades identificadas en la etapa de recogida de información mediante entrevistas.

Para ello necesito de su colaboración, mediante una entrevista de aproximadamente una hora de duración. La entrevista se realizará en el lugar y a la hora que le resulte conveniente.

La conversación que mantengamos será grabada en audio para su posterior transcripción. Le garantizamos que toda información que facilite será tratada de forma confidencial, es decir, la conversación sólo podrá ser consultada por las personas implicadas en el estudio. Además la información será totalmente anónima, no teniendo que facilitar ningún dato personal, como nombre, dirección o teléfono.

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar en él y está en su derecho de retirarse en cualquier momento del estudio, sin justificación ni ningún tipo de perjuicio hacia usted.

Por último agradecerle su atención y darle las gracias por adelantado ya que sus experiencias nos serán de gran ayuda para llevar a cabo nuestro estudio

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña. _____, de _____ años de edad y con DNI nº _____, manifiesta que ha sido informado/a sobre el objetivo del estudio así como de que todos los datos aportados por mi serán tratados con anonimato y confidencialidad.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para la manipulación de los datos aportados por mí a través del protocolo del estudio.

Murcia, a _____ de _____ de 201 ____ .
Fdo. D/Dña. _____

19

Los hombres ante la Ablación/Mutilación Genital Femenina: factores culturales que fundamentan ésta tradición

Ismael Jiménez Ruiz
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

Dentro del misceláneo grupo de las tradicionales perjudiciales para la salud, la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF), definida por la OMS¹ como, *“todas aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica”*; es de las más extendidas y practicadas en el mundo actual.

La gran mayoría de mujeres y niñas mutiladas pertenecen a la región del África subsahariana, aunque también es conocida en algunas zonas de Oriente Medio y Asia².

Los movimientos migratorios y los procesos de globalización actuales, han permitido que la A/MGF, sea cada vez más conocida y practicada en las regiones occidentales más industrializadas. Esto ha creado, en algunos sectores sociales y profesionales, la necesidad de aprender a abordar esta problemática desde una perspectiva de protección de la salud, la dignidad y los derechos humanos. Nuestro punto de partida es el respeto a la identidad y libertad cultural pero sin sobrepasar los valores de los derechos y la dignidad humana. La A/MGF es considerada una forma de violencia contra las mujeres que je-

rarquiza y perpetúa las relaciones desiguales y que niega el derecho a la integridad física, por lo que ningún tipo de relativismo cultural y respeto cultural puede justificar dicha práctica.

Entendemos también que el abordaje de la prevención de la A/MGF desde los servicios públicos de salud, en general, y la Enfermería en particular, supone un importante y difícil reto, debido a las connotaciones culturales tan arraigadas en los países donde se realiza.

Objetivo

Identificar las perspectivas masculinas sobre la A/MGF con el fin de aumentar la comprensión cultural de los factores que sustentan esta práctica.

Material y método

Se ha utilizado un diseño descriptivo para obtener la información necesaria para identificar los factores favorecedores de la A/MGF desde una perspectiva masculina.

La metodología seleccionada es cualitativa y etnográfica, ya que se trata de una investigación que busca obtener la singularidad de los fenómenos, estudiándolos desde su naturaleza holística y cultural. Se ha optado por la etnografía dada su pertinencia a la hora de documentar conocimientos y pensamientos acerca de valores y creencias que interfieren o pueden interferir en los cuidados culturales y en la salud. Se trata pues de comprender la perspectiva de los participantes desde un punto de vista émic, básica para entender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos relativos a la práctica³.

Población

La población base está formada por hombres procedentes de países subsaharianos donde se practica de forma habitual la A/MGF. Según datos del padrón municipal, actualizado a fecha del 1 de enero de 2011, la población definida por las características anteriores, en la Región de Murcia, asciende a 6.326 hombres (Datos extraídos del Padrón poblacional).

Fases de la investigación

Las diferentes fases de la investigación se han realizado durante los meses de noviembre de 2011 a junio de 2012.

Ámbito de estudio

En cuanto al ámbito geográfico, se ha limitado a la Región de Murcia, existiendo una doble motivación; por un lado, la posibilidad de contar con la ayuda de 3 informadores claves. Por otro, el aumento de población femenina originaria de países donde se realiza la A/MGF, de un 11, 56%, en la Región de Murcia, durante el período de tiempo comprendido entre 2008 y 2011.

Criterios de inclusión

Los participantes cumplen los siguientes *criterios de inclusión*: pertenecer al sexo masculino, ser originarios de países donde se realice actualmente la A/MGF; haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen con el fin de que hayan convivido con esta problemática; haber estado en contacto personal con mujeres a las que se le haya realizado esta práctica; comprensión del español, o presencia de un traductor durante la entrevista.

Criterios de exclusión

Como criterios de *exclusión* se consideran todos aquellos que pudieran anular alguno de los criterios de inclusión, citados.

Población diana y tipo de muestreo

La población muestral está formada por 9 hombres de procedencia senegalesa y malinesa. Con esta muestra se ha conseguido la redundancia de información en las diferentes categorías establecidas. Esta población incluye únicamente a los hombres que han participado en las entrevistas semiestructuradas y que cumplen todos los criterios de inclusión, estipulados anteriormente.

Debido al carácter de la investigación y a las dificultades a la hora de entrar en el campo de estudio, la muestra fue seleccionada mediante muestreo selectivo o intencionado. Posteriormente se fueron incorporando una serie de participantes por muestreo en bola de nieve, dado que esta técnica nos permite localizar de forma sencilla al resto de participantes mediante la utilización de las redes sociales de los primeros.

Recogida de datos

La información fue recopilada mediante las siguientes técnicas:

- a) *Conversaciones informales*: estas conversaciones incluyen llamadas te-

lefónicas, correos electrónicos, charlas coloquiales y citas informales con los informantes clave. También se han utilizado estos encuentros para realizar corroboraciones directas y repetidas de la interpretación de la información recibida a modo de criterio de evaluación.

- b) *Cuestionario de información socio-demográfica*: el diseño del cuestionario fue concebido de forma que nos permitiera obtener información útil a la hora de obtener el perfil de los participantes con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y de conseguir información valiosa que nos guiara en las entrevistas. El cuestionario consta de información referente a: código de identificación asignado al participante, fecha de la entrevista, lugar de la entrevista, sexo, país de origen, edad, religión, estado civil, número de hijos/as, tiempo de residencia en España, situación laboral y nivel de estudios.
- c) *Entrevista semiestructurada*: la elaboración de la misma se llevó a cabo a través del estudio minucioso de las fundamentaciones favorables a la práctica encontradas durante la revisión bibliográfica. Las diferentes preguntas, que forman parte de la entrevista, fueron contrastadas con los informantes clave. La mayor parte de las preguntas pautadas son de respuesta amplia y abierta, con el fin de conseguir un mejor intercambio de información.

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal, en lengua castellana aunque en tres de los participantes, fue necesaria la ayuda de uno de los informantes clave, como traductor simultáneo de la conversación. La duración media de las entrevistas semiestructuradas fue de 32,4 minutos. Fueron grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis.

Aspectos éticos

La información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa y la entrega de una "*Carta de presentación del estudio*" respectivamente. Se solicitó permiso para grabar la entrevista en audio. De igual forma, se les comunicó que estaban en su derecho de abandonar el estudio en cualquier momento sin perjuicios hacia su persona y se les garantizó el anonimato y la completa confidencialidad de los datos obtenidos en la entrevista.

Posteriormente se les facilitó dos copias de la “*Declaración de Consentimiento Informado*”, una para el participante, con el fin de que tenga referencia del escrito, y otra debidamente cumplimentada por el entrevistado. Otra de las consideraciones que se tuvo para proteger la confidencialidad de los participantes fue la asignación de un código para cada entrevista, comenzando por PMGF.1 para los participantes e IMGF.1 para los informantes clave.

Análisis de los datos

El análisis de los datos comenzó con la ordenación y codificación de los mismos. Para ello seguimos el método sugerido por Miles y Huberman, consistente en crear una lista inicial de códigos a modo de guía orientativa⁴. Los códigos preseleccionados inicialmente fueron utilizados como principios organizadores modificables. De este modo, durante el proceso de análisis e interpretación fueron ampliadas, reducidas y anuladas, algunas de las categorías, hasta llegar a las que conforman los resultados.

Una vez finalizado el proceso de codificación, fue iniciado el proceso de interpretación.

La exploración sistémica de los datos nos ayudó a crear el significado y las relaciones que se establecen para cada código.

Resultados

Perfil de los participantes en el estudio

Los participantes, de origen senegalés y malinés, incluidos en el estudio, tienen una media de edad de 35,11 años. Estos hombres presentan una media de 26,44 años de residencia en su país de origen, por lo que partiendo de estos datos, podemos presuponer que los participantes ofrecen un bagaje cultural arraigado en su cultura, por lo que son una fuente primaria de información lo suficientemente fiable como para poder generar una gran riqueza de valiosas percepciones que nos ayuden a profundizar en el conocimiento de la práctica. De este modo también podemos concebir el grado de aculturación de los participantes, valorando si están orientados o no, tradicionalmente en sus valores, creencias y formas de vida en general.

La inclinación religiosa de los participantes es mayoritariamente musulmana. Este dato es de gran relevancia puesto que entre la población musulmana que practica la A/MGF, la religión es un argumento recurrente y potencialmente revocable.

Solamente dos de los participantes afirman abiertamente estar en contra de la A/MGF (Tabla 1), los mismos que manifiestan explícitamente que no se la realizarían a sus hijas. Pero el hecho más llamativo relacionado con estos datos es que los mismos argumentos que unos utilizan para defender la A/MGF, otros los emplean para discrepar sobre ella. La siguiente tabla presenta la relación entre los códigos de los participantes y su inclinación sobre la A/MGF.

Tabla 1. Inclinación de los participantes sobre la A/MGF

<i>Código</i>	<i>Inclinación</i>
IMGF1	En contra
IMGF2	A favor
PMGF1	A favor
PMGF2	A favor
PMGF3	A favor
PMGF4	En contra
PMGF5	A favor
PMGF6	A favor
PMGF7	A favor

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas.

La A/MGF entendida como cuidado cultural

Entender la A/MGF como un cuidado cultural supone la dificultad de abstraerse de nuestra carga de valores para mirar a través desde los ojos de los participantes. En muchas culturas partidarias de esta práctica, el momento de realizarla supone un punto de inflexión, como una marca en la vida de una niña, que a partir de ella será vista como una mujer. Así es entendido también por los hombres que pertenecen a estas sociedades:

— *“Para saltar de lo pequeño a lo adulto, tiene que pasarlo” (IMGF.1).*

Pero además de percibir esta práctica como prueba de identidad cultural también es entendida como una condición de salud física, sexual, y reproductiva; y de limpieza:

— *“Por salud, ellas están más limpias.” (PMGF.5);*

— *“También hay gente que dice que es bueno para parir.” (PMGF.7).*

En definitiva, la A/MGF es comprendida como una anticipación a las supuestas necesidades de las mujeres, y por tanto como un cuidado relativo a tradiciones y costumbres propias de la cultura:

— *“Si en nuestra familia decimos hacerlo es por el bien de ellas” (PMGF.7).*

Por lo tanto, entendemos que la A/MGF es interpretada como un requisito necesario para cuidar la salud social, física, sexual y reproductiva de las mujeres, dado que es tratada como un acto de facilitación y apoyo a la salud sexual, espiritual y física de las mismas. La A/MGF para estas sociedades es un cuidado cultural enfocado al enfrentamiento de diversas condiciones humanas que analizaremos en las siguientes subcategorías:

A) Factores sexuales

Entre los participantes que defienden la realización de la práctica, y entre las opiniones de quienes la refutan, relativas a la fundamentación de por qué otros la defienden; existe una fuerte convicción de que las mujeres tienen una sexualidad más acentuada que los hombres lo que les impide autocontrolarse ante la tentación de la relación sexual. Por lo tanto, uno de los argumentos para justificar la práctica reside en los “beneficios” de reducir ese “descontrolado” deseo sexual que radica en el clítoris:

- *“[...] la mujer si no está hecha esta práctica el hombre se puede quedar satisfecho pero la mujer no se puede quedar satisfecha [...]” (IMGF.2);*
- *“[...]y con esto aunque no haya llegado su noche ella puede controlarse [...] porque no se pone muy nerviosa” (PMGF.1);*
- *“Cuando se hace se sabe [...] es más difícil que tengan ganas que no aguante para hacerlo.” (PMGF.5).*

De este modo, mediante la disminución del “descontrolado” deseo sexual de las mujeres se reduce, al parecer, la obsesión de estos hombres con las posibilidades de una infidelidad por parte de las mismas:

- *“Si, si lo cortas bien, ella va a tener ganas cuando tu estés y no va a ser infiel.” (PMGF.5);*
- *“Claro, si no las mujeres no serían fieles. Saldrían a buscar a otros hombres” (PMG.7).*

La defensa de la A/MGF por parte de los hombres, en este aspecto, se tiñe con tonos pseudo-parterneralistas, mediante los que se intenta mantener un control de la sexualidad de las mujeres a fin de protegerlas y preservar la fidelidad en el matrimonio. Aunque este matrimonio no es único para el hombre, ya que para estos participantes, la A/MGF, al mitigar el deseo sexual femenino y garantizar la fidelidad de las mujeres, repercute directamente la preservación y favorecimiento de los matrimonios polígamos:

- *“Sería imposible que un hombre se casara con cuatro mujeres, porque las mujeres siempre buscarían hombres diferentes” (PMGE.1);*
- *“¿Cómo puede hacer un hombre muchas veces con sus mujeres? Nosotros podemos tener en Senegal hasta cuatro mujeres, pero no podemos pasar la noche con todas la misma. Ellas no pueden aguantar ese tiempo.” (PMGE.7).*

Esta faceta de los factores sexuales favorecedores de la práctica, no hace más que ejemplificar un interés marcadamente masculino por la conservación de esta tradición, oculto tras el velo de una sociedad imperantemente androcentrista.

Por otro lado, se admite también que la práctica puede favorecer la vida sexual de los matrimonios, ya que gracias al estrechamiento del introito vaginal, el placer sexual del hombre fundamentalmente, pero también el de la mujer se ve maximizado según sus creencias:

- *“[...] es bueno para los dos, porque si está bien cortada está más estrecho y los dos lo sentimos mejor.” (PMGE.5);*
- *“Porque los dos se quedan satisfechos, después de la relación los dos se quedan satisfechos. Pero una, la mujer, si no está hecha esta práctica el hombre se puede quedar satisfecho pero la mujer no se puede quedar satisfecha.” (IMGE.2).*

El último aspecto relativo a este factor está relacionado con la comparación entre el comportamiento de las mujeres que no han sido mutiladas, con las mujeres a las que sí se les ha practicado. Como podemos ver en los siguientes ejemplos, los participantes partidarios de la A/MGF, defienden su realización aludiendo a comportamientos “indecentes” de las mujeres

españolas, y de nuevo, al aumento de las infidelidades de las que son agente las mujeres a las que no han sido cortadas:

- *“Las chicas más jóvenes aquí yo veo que se comportan muy ligeras, son más fáciles que las de mi país” (PMGF.6);*
- *“Aquí las mujeres andan con más hombres y si tienes mujer, aquí se ve como engañan más a sus maridos y no los respetan como hombres. Antes han dicho que tienen más ganas y no pueden controlarse, yo creo que es verdad.” (PMGF.6).*

B) Factores religiosos

Dentro del grupo de participantes que apoyan la A/MGF, la dimensión religiosa de la práctica, es fundamental para conocer el posicionamiento de los mismos:

- *“Nuestra religión dice que tenemos que hacerlo” (IMGF.2);*
- *“Una mujer que no hace esa práctica, no puede practicar al cien por cien la religión” (IMGF.2).*

En este aspecto, su interpretación del Corán es tajante en cuanto a la circuncisión tanto femenina como masculina:

- *“Si eso no se hace los musulmanes no podemos rezar” (PMGF.4).*

También se hace hincapié en la necesidad de realizar la práctica para ser aceptada socialmente como mujer musulmana:

- *“Una mujer que no hace la práctica, pues con nosotros no puede rezar, porque... no eres musulmán” (IMGF.2).*

Por último cabe destacar la estrecha relación que existe entre el factor religioso y los factores higiénicos. Tal y como revelan los siguientes ejemplos, la limpieza y la pureza son requisitos necesarios para poder rezar y, como veremos en la siguiente categoría, la realización de la A/MGF es entendida como una condición indispensable de limpieza:

- *“Nosotros rezamos cinco veces al día, y si una mujer no se le ha realizado esto, está todo el día sucia y mojada no se puede limpiar bien después de mear” (IMGF.2);*
- *“Nosotros, los musulmanes creemos una mujer que no ha hecho abla-*

- ción no está lo bien limpia para rezar y ser musulmana.” (PMGF.5);*
— *“[...] no es sano, ni limpio, ni puede ser con la religión [...]” (IMGF.2).*

C) Factores higiénicos

La argumentación higiénica, se presenta con igual recurrencia que las dos anteriores. La limpieza y la higiene son dos factores que se muestran de forma sistemática como motivos para la realización de la A/MGF:

- *“[...] es una mujer sucia.”; “Cuando se va al servicio, se ducha, o al mear, ahí siempre algo se queda [...]” (IMGF.1).*

Los participantes establecen, en este sentido, una relación entre la presencia del clítoris y labios vaginales, y la dificultad que su existencia genera en el aseo íntimo de las mujeres:

- *“Si no te cortas eso siempre va a estar al mojado porque es más difícil limpiarlo todo.” (PMGF.5);*
— *“Para lavar es más sencillo que no esté eso.” (IMGF.2).*

En la misma línea de estos razonamientos tradicionales, podemos hallar diversos ejemplos de un convencimiento sobre la imposibilidad de realizar una correcta higiene personal sin efectuar la remoción de estas partes del cuerpo de las mujeres:

- *“[...] porque si no se hace esa práctica no puede estar limpia.” (IMGF.2);*
— *“Está siempre lleno de mierda, no se puede limpiar bien” (PMGF.1);*
— *“[...] no se puede limpiar bien” (IMGF.2);*

D) Factores sociales-culturales

La A/MGF es comprendida socialmente como el paso a la primera etapa de la adultez. Por lo tanto supone el reconocimiento público de las niñas como adultas, al mismo tiempo que se les asigna un rol en la sociedad. De esta forma, el corte de los genitales femeninos se convierte en un ritual necesario para que las niñas sean consideradas mujeres en todas sus facetas vitales:

- *“Si no lo hacen no están completas” (IMGF.1);*
— *“Ya ha pasado de niña a mujer” (IMGF.1);*

La estigmatización de la diferencia se hace patente cuando la A/MGF, entendida como rasgo de identidad cultural normalizado, repercute en la vida social de las niñas que no han sido mutiladas:

- *“Yo lo ve en mi país, lo ve normal. Porque es culturalmente” (PMGF.2);*
- *“Por ejemplo mi hija que no la ha hecho, no puede entrar en la selva cuando la están haciendo, porque no la ha hecho” (IMGF.1);*
- *“Las mujeres que no hace eso no se casa bien porque no es buena como musulmana y no es buena porque no puedes confiar.” (PMGF.7).*

Otro elemento beneficioso, empleado para comprender y apoyar la normalización de la práctica en estas sociedades, es el hecho de que se realiza en ambos sexos, extrapolando de este modo las consecuencias y significados de la práctica en los hombres y las mujeres.

- *“Es que allí es costumbre, ahí las mujeres como los hombres, sabe que si se nace lo vamos a hacer” (IMGF.2).*

Discusión

El análisis de las perspectivas masculinas sobre esta tradición, a través de los métodos de investigación propios de la Enfermería Transcultural, muestran una serie de posicionamientos que se adhieren a los poco estudiados razonamientos favorables a la práctica desde el punto de vista cultural y femenino.

Respecto a los factores que conforman el sistema de cuidados genéricos relativos a la A/MGF, los resultados expuestos anteriormente concuerdan con las argumentaciones descritas en las guías y artículos consultados.

En cuanto a los factores sexuales asociados a la práctica, los participantes del estudio utilizaron razonamientos coincidentes con autoras como Anika Rahman⁵. De este modo, podemos ratificar el marcado carácter androcentrista de la práctica en cuanto a la defensa de la poligamia, mediante la reducción del deseo sexual de las mujeres. Y cuya finalidad primera es garantizar el mantenimiento de la fidelidad en los matrimonios polígamos.

Del mismo modo, la fundamentación de la práctica también se nutre generalmente de factores religiosos, higiénico-estéticos y socio-culturales, los cuales, asimismo se corresponden con las principales argumentaciones utilizadas de forma común para interpretar la A/MGF.

Con relación a las motivaciones religiosas, los hombres le otorgan una gran importancia esta dimensión de la tradición como condición necesaria para practicar el Islam, creencia que es potencialmente cuestionable desde un punto de vista teológico musulmán, ya que la relación existente entre la A/MGF y el islamismo se basa en unos hadices de validez cuestionable⁶.

Entre los participantes del grupo estudiado, y los artículos que conforman el marco teórico de la A/MGF, el mantenimiento íntegro de los genitales femeninos supone una complicación a la hora de realizar un aseo minucioso de los mismos. Además, también se establece una íntima correlación entre la imposibilidad de realizar una correcta práctica musulmana y la impureza que supone esa presunta suciedad provocada por la imposibilidad de realizar una correcta higiene íntima.

Al igual que los factores sexuales y religiosos, el factor higiénico del sistema de cuidados relativo a la A/MGF, tiene una refutación científica y por lo tanto, existe la posibilidad de crear intervenciones enfermeras de educación para la salud en grupos de riesgo que repercutan en las tendencias sobre la realización de la A/MGF.

Los últimos factores empleados por los participantes y que, según autoras como Adriana Kaplan y María Bedoya⁷, contribuyen en gran medida al mantenimiento de la práctica, son los factores socio-culturales.

La asignación del rol de mujeres y el reconocimiento del contenido simbólico que se le atribuye, como rito de paso hacia la edad adulta, son algunos de los puntos más conflictivos a la hora de abordar una mediación cultural que modifique el punto de vista de quien defiende la A/MGF.

Como afirma Kaplan⁸ para llevar a cabo un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante; es necesario conocer los significados culturales y sociales asociados en las familias africanas que la realizan, porque el desconocimiento de estos significados genera incertidumbre e inseguridad ante la necesidad de iniciar intervenciones y diálogos basados en el respeto.

Por lo tanto, en relación con los resultados obtenidos, cabe destacar que la mayor parte de los argumentos que amparan esta práctica, denotan un carácter de segregación sexual y un entendimiento de la vivencia sexual de las mujeres, basado en el miedo irracional a la infidelidad. Todo esto nos hace pensar en

los probables efectos positivos de la creación de programas específicamente enfocados en la prevención de la A/MGF, a través de la formación en equidad de género. Lo que nos permitiría romper las barreras sexistas que marcan la perpetuación de la práctica y por tanto contribuir así en su abolición.

Conclusiones

La inclusión de las perspectivas masculinas sobre la mutilación de os genitales femeninos proporciona un punto de vista diferente que recoge las argumentaciones más utilizadas para defender la práctica, pero además aporta un nivel más de reflexión sobre la compleja trama cultural que engloba a la A/MGF. Asimismo, a través del análisis de estas perspectivas podemos concluir que:

- Los hombres que defienden la práctica entienden la A/MGF como un cuidado genérico, en cuanto a que anticipa ciertas “necesidades” de las mujeres.
- Los factores sexuales, y religiosos son los más recurridos a la hora de defender esta tradición.
- La A/MGF juega un papel importante en el mantenimiento de la poligamia. Lo que denota un carácter marcadamente androcentrista en las motivaciones para la perpetuación de la práctica.
- La mayor parte de los argumentos utilizados por los hombres para defender la A/MGF son potencialmente refutables.

Referencias bibliográficas

1. WHO. (2012). Mutilación Genital Femenina, Nota Descriptiva N°: 241. *World Health Organization*. Recuperada el 28 de noviembre de 2011 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
2. WHO. (2001). *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A student's Manual*. Geneva: World Health organization. Retrieved November 28, 2011, from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_17/en/index.html
3. M. Morse, J. (2003). Estilos de Etnografía. En M. Morse, J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (1ª ed., pp. 211-237). Alicante: Editorial Universidad de Antioquia.
4. Coffey, A., & Atkinson, P. (2003) Los conceptos y la codificación. En Coffey, A., & Atkinson, P. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. (1ª ed., pp. 52). Alicante: Editorial Universidad de Antioquia.
5. Rahman, A., & Toubia, N. (2000) *Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide*. London: Zedbook.
6. Muslim Women's Shura Council. (2010). Female Genital Cutting: Harmful and Un-Islamic. WISE, in July 2010. Retrieved January 12, 2012, from <http://www.wisemuslimwomen.org/images/uploads/WISE-Digest.pdf>
7. Kaplan, A., & Bedoya, M. H. (2004) Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica en LUCAS, J. y GARCIA AÑÓN, J. (Ed.) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report*, Universitat de Valencia. Retrieved January 10, 2012, from http://www.uv.es/CEFD/17/Daphne_SpanishReport_February_04.pdf
8. Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., & Castany, M.J. (2006) Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*, 19, pp. 189-217. Recuperado el 26 de noviembre de 2011, desde <http://www.mgf.uab.es/docs/9c.pdf>
9. WHO. (2006) Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367, pp. 1835-1841. Retrieved December 8, from [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68782-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68782-5/fulltext)

20

Protocolos de actuación para profesionales de Atención Primaria sobre la Mutilación Genital Femenina

M^a Dolores Hernández Campillo
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

La práctica de la Ablación o Mutilación Genital Femenina (A/MGF), constituye una de las violaciones más flagrantes de los derechos humanos y es el reflejo de un orden social jerárquico que establece el poder de los hombres sobre las mujeres desde su edad más temprana. Siendo unos de los problemas de salud que más difícil resulta de trabajar, en tanto que se enfrenta a “tradiciones culturales” arraigadas profundamente en las sociedades donde la A/MGF se practica.

Desde hace 20 años, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países del África subsahariana. Para los profesionales de la salud, en el ámbito de Atención Primaria, esto ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales, en el marco de complejos procesos de aculturación e integración social de estos colectivos¹.

En muchos países del África subsahariana la realización de la A/MGF es una práctica habitual, en el contexto cultural de los ritos de paso de la infancia a la edad adulta y como elemento de socialización de las niñas. Existe todo un entramado de creencias culturales, tradiciones y gerontocracias que per-

petúan estas intervenciones contra la integridad física de las mujeres. A la práctica de la A/MGF se asocian complicaciones físicas y psicológicas con un fuerte impacto sobre la salud y el bienestar de las mujeres.

El creciente peso demográfico de estos colectivos va a hacer que en los próximos años no sea excepcional la presencia en nuestro entorno de niñas en riesgo de ser sometidas a una A/MGF¹.

Se trata, por tanto, de un problema de salud que trasciende el marco puramente asistencial en el que confluyen la vulneración de derechos humanos de las mujeres y las niñas (derecho a la integridad física, a la salud y a la igualdad de oportunidades), la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas, y el compromiso moral de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso hacia las mujeres y niñas, llegando incluso, en ocasiones, a poner en peligro sus vidas.

La A/MGF vulnera los derechos de las mujeres y de las niñas a la salud reproductiva y a la integridad corporal y les somete a prácticas de tortura y degradación. Es una manifestación de las violaciones de los derechos humanos basados en el género y que tiene por objeto controlar la sexualidad y la autonomía de la mujer. Los derechos a la integridad física y mental, a la libertad de toda discriminación, y al más elevado nivel de salud son derechos universales y para justificar su violación no pueden aducirse reivindicaciones ni reclamaciones culturales.

Aun cuando se percibe como un ritual que realza el valor de la castidad y mejora las perspectivas de matrimonio de las niñas, la A/MGF viola los derechos humanos de éstas y de las mujeres porque conlleva la supresión de órganos sexuales sanos sin motivos médicos para ello, y tiene a largo plazo efectos físicos perjudiciales, a veces mortales, y graves consecuencias psicológicas.

Definición de conceptos

En 1990, con ocasión de la III conferencia del Comité Inter-Africano sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños (IAC)², se adoptó la expresión "*mutilación genital femenina*", y se invitó a los Estados a abandonar los términos "*circuncisión femenina*" y "*excision*" (muy empleado en África), por ser confusos y no describir toda la variedad de

prácticas existentes. Igualmente, la Organización Mundial de la Salud recomendó a la Organización de las Naciones Unidas que adoptara esa terminología, y desde entonces es la que suele ser utilizada en el ámbito internacional.

Según las definiciones del diccionario Maria Moliner³, "circuncisión" remite a la acción de circuncidar, que significa cortar circularmente una porción del prepucio [del clítoris o del pene] a alguien, lo que, solo corresponde a un tipo de A/MGF, a saber el tipo I o circuncisión *sunna*, y "escisión" remite a la acción de escindir que significa "dividirse o abrirse" y, en la práctica, *excision* se refiere al tipo I y sobre todo al tipo II de A/MGF, la *clitoridectomía*, por lo tanto tampoco abarca todos los tipos de A/MGF.

Tipología

Para la OMS⁴ la Ablación/ Mutilación Genital Femenina comprende "todos aquellos procedimientos que implican la escisión total o parcial de los genitales femeninos externos y cualquier otra lesión en los órganos genitales femeninos, sea por razones culturales o por cualquier otro motivo no terapéutico". La técnica de la escisión genital y la posterior sutura varía considerablemente según el país o según la comunidad en la que se lleve a cabo.

La OMS⁴, establece cuatro tipos de A/MGF, basándose en la severidad de la zona genital afectada por la intervención practicada.

- **Tipo I o Clitoridectomia**

Consiste en la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total de éste. En el mundo islámico es lo que se conoce como *sunna*.



Fig.1. MGF Tipo I o Clitoridectomia.

- **Tipo II o Escisión**

Ablación del clítoris y, total o parcialmente, de los labios menores, dejando los labios mayores intactos. La mayoría de las mutilaciones que se realizan en África son las del tipo I y II, el 85%.

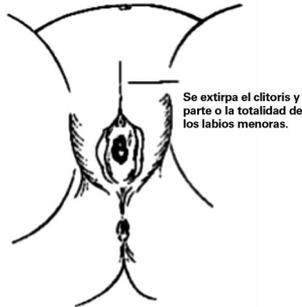


Fig.2. MGF Tipo II o Escisión.

- **Tipo III o Infibulación**

Es la forma más severa de mutilación en la que el clítoris, los labios menores y los labios mayores son extirpados, suturándose ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual. En algunas ocasiones, se deja el interior de los genitales intactos, suturando las paredes de la vulva.

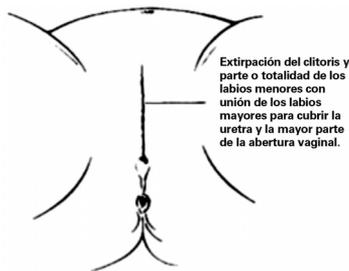


Fig.3. MGF Tipo III o Infibulación.

- **Tipo IV**

Incluye diversas prácticas, de severidad variable sobre el área genital sin finalidad terapéutica (*piercing, dry sex, stretching, cauterización del clítoris*, introducción de sustancias corrosivas en la vagina para provocar sangrado o para cerrarla).

Prevalencia

La distribución geográfica afecta a varios continentes, y es en África donde una mayor población se ve afectada por su práctica de forma generalizada. Se estima que más de 130 millones de mujeres, en 28 países del África subsahariana, han sufrido alguna forma de mutilación genital.

La *incidencia* es muy variable y oscila entre el 5% en Uganda y en el Congo hasta el 98% en Yibuti y en Somalia.

Alrededor de 18 países africanos tienen tasas de mutilación superiores al 50% de la población femenina, entre los que destacan Eritrea, Etiopía, Guinea, Malí, Sierra Leona y Sudán, con tasas del 75%. En Egipto las cifras oficiales son del 50%, pero en áreas rurales pueden llegar a ser del 80%. También se tiene constancia de mutilaciones en Oriente Medio, donde destacan países como Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Omán y Yemen, y en el extremo meridional de la península Arábiga, a lo largo del Golfo Pérsico.

Muchos grupos étnicos la practican no solo de oeste al este de África, sino también en algunas regiones del sur de la Península Arábiga, a lo largo del Golfo Pérsico y en comunidades de inmigrantes en Europa, Australia y el norte de América. Además, se han registrado entre algunos grupos minoritarios en la India, Malasia e Indonesia.

En España se da esta práctica entre las comunidades de inmigrantes procedentes de algunos países subsaharianos, como Gambia, Malí y Senegal, asentadas en la zona de Cataluña, Aragón, Baleares y Andalucía. El "*Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*"⁵, resulta un documento esencial ya que recoge numerosos datos como procedencia, edad y distribución por comunidades autónomas de la población originaria de los veintiocho países africanos pro-mutilación.

En la Región de Murcia residen 6.867 personas con nacionalidad del grupo de países en los que se practica la A/MGF, siendo la octava región española en número de residentes de este origen. Nigeria es la principal nacionalidad

con casi 2.000 residentes. La mayoría de la población femenina tiene entre 25 y 34 años, mientras que la relación entre la población femenina adulta y la infantil es de unas 4 mujeres por cada niña. La nacionalidad mayoritaria entre la población infantil femenina, es la nigeriana, con 111 niñas⁶.

En las culturas en las que la A/MGF es un rito aceptado, lo practican los seguidores de diferentes religiones, animistas y no creyentes. Para explicar los motivos de esta práctica se mencionan por lo general la costumbre y la tradición pero también se invocan otras razones como la necesidad de controlar la sexualidad femenina, la higiene, el honor de la familia, la pertenencia, etc. Aunque la práctica es anterior al Islam y en el Corán no aparece ningún llamamiento a favor de la mutilación, en los países

Importancia del problema

La práctica de la A/MGF es un acontecimiento vital profundamente arraigado en la cultura de las mujeres subsaharianas. Son ellas las que promueven la mutilación de sus hijas o nietas, en la creencia que la mujer a la que se practican estas alteraciones genitales es más femenina, más limpia, más bella y más honorable. En realidad, se trata de un rito de paso dentro del proceso de socialización infantil, arropado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos, que otorgan estatus, identidad étnica y de género así como un reconocimiento y una pertenencia social al grupo.

Las niñas son mutiladas entre los 4 a 12 años, aunque en algunas culturas se practica un par de días después del nacimiento, y en otros antes del matrimonio o después del primer embarazo.

Consecuencias para la salud

Tiene diferentes y graves efectos sobre la salud de las mujeres y las niñas, a corto y largo plazo.

1. *Complicaciones inmediatas/agudas (con posible riesgo vital)*
 - Hemorragia, dolor intolerable.
 - Infección, sepsis, gangrena, lesiones de los tejidos cercanos, tétanos.
 - Stress postraumático, retención urinaria.
2. *Complicaciones a medio plazo/sub-agudas*
 - Anemia, contagio Hepatitis B y C, contagio virus inmunodeficiencia humana (VIH).

- Retraso del crecimiento en niñas con un déficit nutricional de base, abscesos, úlceras.
 - Retraso en la cicatrización de la herida, miedo, angustia.
3. *Complicaciones a largo plazo (manifestaciones en edades adultas)*
- Genitourinarias, sexuales, reproductiva.
 - Obstétricas, salud mental, cicatrización anómala.

Enfermería ante la A/MGF

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁶ adopta la posición inequívoca de oponerse activamente a la A/MGF y a todo movimiento tendente a considerar la A/MGF como “práctica médica”, es decir, a realizar este procedimiento en condiciones clínicas seguras para reducir los riesgos contra la salud.

El CIE se compromete a trabajar para eliminar la práctica de la A/MGF, colaborando con los profesionales de salud en todos los contextos; aboga por alternativas como “*la circuncisión por la palabra*”⁶.

Todos los esfuerzos para eliminar la A/MGF deben incluir medidas de prevención, sensibilización, educación así como la adopción de normas y protocolos de actuación a nivel de los centros de salud, educativos y servicios sociales. Al desarrollar este trabajo pretendemos presentar uno de los recursos encaminados a la prevención y detección de esta práctica desde enfermería, e intentar destacar recomendaciones útiles para llevar a cabo acciones preventivas eficaces; se trata pues, de un protocolo de actuación de enfermería en atención primaria sobre la A/MGF.

Dado el alto índice de crecimiento de la población subsahariana en la Región de Murcia, el problema que planteamos en este trabajo es el grado de desconocimiento y por tanto de preparación del personal de Enfermería de Atención Primaria sobre el problema de la A/MGF en la Región, por la ausencia de manuales y/o protocolos de actuación de enfermería, impidiendo afrontarlo con eficacia; convirtiéndose en todo un reto para los profesionales de la salud cuando detectamos no solo la existencia de la A/MGF, sino la posibilidad de que se produzca en algunas de las niñas tratadas en la consultas diarias de Atención Primaria.

Por ello creemos de vital importancia la implantación de un protocolo (del que se podrán elaborar futuros protocolos de enfermería) que proporcione a través de sus estrategias al abordaje óptimo de esta práctica.

Consideramos necesario abordar el problema desde la siguiente perspectiva:

- Los profesionales sanitarios de atención primaria necesitan de una formación que les permita realizar un trabajo preventivo desde el conocimiento de las situaciones de riesgo.
- La formación y la sensibilización en este tema son indispensables para diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de estas prácticas tradicionales perjudiciales, así como un trabajo de evaluación que permita conocer los casos y las formas de resolución de los conflictos asociados, tanto en España como en África.
- La tarea preventiva es fundamental como defensa de los derechos a la integridad física de niñas y mujeres, y contribuye a evitar en los y las profesionales sanitarias dilemas éticos y legales vinculados tanto a la intervención como a la no intervención ante un caso de sospecha, de detección de riesgo o de mutilación ya practicada.

Los profesionales de Atención Primaria por su proximidad a las familias y por el abordaje longitudinal a lo largo del ciclo vital, es uno de los entornos mejor ubicados para el planteamiento inicial de la A/MGF desde una perspectiva preventiva.

Marco legal en España

En España la A/MGF, cualquiera que sea la clase de mutilación practicada, constituye un delito de lesiones tipificado en el Código Penal, en los artículos 147, 148, 149, 150. Así entre ellos cabe destacar:

Artículo 149 del Código Penal: Artículo 149 del Código Penal:

1. *El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años.*
2. *El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación*

especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

Artículo 151 del Código Penal:

Sobre la conspiración para cometer delito de lesiones

Por otro lado, existen Medidas Cautelares a favor del menor: como el prohibir la salida de España de la menor según el artículo 28.2 de la Ley de Derecho y Libertades de los Extranjeros en España.

Justificación

Consideramos que enfermería desde los servicios de atención primaria, es un punto esencial para sensibilizar, informar y desarrollar estrategias preventivas con las familias subsaharianas en riesgo, haciendo hincapié en los aspectos culturales, etnográficos, antropológicos y legales necesarios para una comprensión integral de la problemática que plantea la A/MGF.

El problema que planteamos en este trabajo es el grado de desconocimiento y por tanto de preparación del personal de Enfermería de Atención Primaria sobre la A/MGF en la Región de Murcia, por la ausencia de manuales y/o protocolos de actuación de enfermería, impidiendo afrontarlo con eficacia; convirtiéndose en todo un reto para los profesionales de la salud cuando detectamos no solo la existencia de la A/MGF, sino la posibilidad de que se produzca en algunas de las niñas tratadas en la consultas diarias de atención primaria. Por ello creemos de vital importancia la implantación de un manual del que se podrán elaborar futuros protocolos de enfermería que proporcione a través de sus estrategias al abordaje óptimo de esta práctica.

Pregunta de investigación

En el presente trabajo la pregunta de investigación pretende dar respuesta a la siguiente cuestión:

¿Es necesario un protocolo de actuación, prevención y detección para los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre la A/MGF en la Región de Murcia?

Objetivos

Objetivo general

Conocer los protocolos de actuación dirigidos a los profesionales de enfermería de atención primaria, sobre la A/MGF, sus implicaciones asistenciales, preventivas y legales desde un abordaje multidisciplinar como herramienta útil para el contacto con la población de riesgo.

Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica a través de las bases de datos biosanitarias con el fin de analizar los protocolos y demás publicaciones científicas relativas a la A/MGF.

Búsqueda bibliográfica

La metodología que hemos seguido para la elaboración del protocolo ha sido las revisiones exhaustivas de diversos manuales, protocolos y guías sobre la A/MGF, existentes en el ámbito nacional, junto con la lectura de documentos con numerosa bibliografía sobre esta práctica y sus consecuencias.

Las búsquedas bibliográficas se han realizado en español a que es nuestro objetivo conocer la realidad de la MGF en dicho ámbito de estudio.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica

I. BASES DE DATOS
- CUIDEN - PUBMED
II. BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD: PORTAL PRODUCIDO POR BIREME
- IB ECS - MEDLINE - SCIELO - LILACS
III. REVISTAS Y LIBROS ELECTRÓNICOS
- DIALNET - ELSEVIER
IV. COMO FUENTES WEB SE HAN UTILIZADO BUSCADORES GENERALES
- Yahoo (buscador temático) - Google (buscador mixto; automático e índices temáticos) - Altavista (buscador mixto; automático e índices temáticos)

Palabras clave

Ablación, Mutilación genital femenina, prevención, protocolos, enfermería

Entrevistas

Con el fin de obtener información de primera mano de la situación de las mujeres mutiladas en nuestra Región, contactamos telefónicamente con la Federación de Mujeres de la Región de Murcia, para concertar una visita y entrevistas con el personal del centro. De estas entrevistas obtuvimos la información sobre la existencia de mujeres sometidas a A/MGF en algún municipio, a las que el centro accede mediante la celebración de los talleres de orientados a mujeres inmigrantes que se imparten desde Radio ECCA (Fundación para inmigrantes dedicada a la formación e información de estos colectivos).

Tras esta primera aproximación al centro, en un futuro próximo es nuestra intención contar con su colaboración en un proyecto que pretendemos llevar a cabo próximamente y que será utilizado para una investigación de campo desde el estudio de las mujeres mutiladas.

También se realizaron consultas en distintos Centros de Salud de la Región para comprobar si disponían de manuales de actuación sobre esta práctica; los resultados obtenidos fueron la ausencia de cualquier tipo de documentos relacionados con dicho tema (Alcantarilla, Barrio del Carmen, Murcia Centro, El Palmar y Molina de Segura).

Resultados

Valoración crítica de artículos

Artículos revisados:

1. *Mutilación genital femenina: abordaje y prevención*. Caño Aguilar et al. 2008⁶.
2. *“Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales*. Kaplan, A. et al. 2006¹.
3. *“La mutilación genital en la mujer del siglo XXI”*. Bayo, A., et al, 2003⁷.
4. *“Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria”* Kaplan, A. et al, 2006⁸.

En los artículos estudiados los apartados que se tratan principalmente son los siguientes:

1. Descripción de la A/MGF

<i>Definición</i>	<i>Tipos</i>	<i>Complicaciones derivadas dicha práctica</i>	<i>Implicación de los profesionales de la salud desde los Centros de Atención Primaria</i>	<i>Legislación española</i>

Valoración crítica de los protocolos

Los protocolos del ámbito nacional analizados son los siguientes:

1. Protocolo de actuación para profesionales: Protocolo para la prevención de la mutilación genital femenina, Parlamento de Cataluña, 2003.
2. Protocolo de actuación para profesionales. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona, 2002.
3. Guía para profesionales: Guía de prevención de la mutilación genital femenina. Gobierno de Aragón, 2004.
4. Guía para profesionales Mutilación genital femenina: prevención y atención. Asociación catalana de matronas, 2004
5. Gobierno de Cantabria. <i>La Mutilación Genital Femenina</i> . Santander: Dirección General de la Mujer; 2006.
6. Folleto para la población de riesgo: <i>Acción contra la Mutilación Genital Femenina</i> . Instituto de la Mujer de la Región de Murcia.

De los documentos anteriormente citados hemos realizado un estudio de los contenidos principales y la difusión de los mismos.

Recogen principalmente

<i>El papel de los profesionales de la salud ante la A/MGF: abordaje y estrategias;</i>	<i>El reconocimiento para la práctica asistencial</i>	<i>La atención ginecológica y planificación familiar;</i>	<i>La prevención</i>
---	---	---	----------------------

Contenidos

Se han estructurado en diferentes apartados

1. Descripción de la A/MGF

<i>Definición</i>	<i>Tipos</i>	<i>Distribución geográfica en África Subsahariana</i>	<i>Motivos por los que se practica</i>	<i>Consecuencias para la salud de las mujeres</i>
-------------------	--------------	---	--	---

2. **Marco legal:** incluidas medidas cautelares

3. **Indicadores de sospecha y de riesgo**

4. **Recomendaciones generales**

5. **Teléfonos de interés**

6. **Pautas de intervención dirigidas a diferentes profesionales**

<i>Profesionales sanitarios</i>	<i>Profesionales de los servicios sociales comunitarios o de atención primaria</i>	<i>Profesionales de centros docentes Profesionales de atención a menores con riesgo</i>	<i>Profesionales de los cuerpos de seguridad</i>
---------------------------------	--	---	--

Folleto informativo de la Región de Murcia

<i>Descripción de la A/MGF</i>	<i>Marco legal</i>	<i>Teléfonos de interés</i>
--------------------------------	--------------------	-----------------------------

Conclusiones

Las graves consecuencias para la salud y bienestar de las niñas y mujeres, derivadas de la práctica de la A/MGF y el mantenimiento por parte de la

población inmigrante procedente de países subsaharianos de esta práctica cultural cuando visitan sus países de origen, es posible deducir que puede haber un número significativo de niñas y mujeres en nuestro país, en riesgo de ser mutiladas, lo que supone una responsabilidad para todos los profesionales.

Las conclusiones del presente trabajo se pueden resumir en tres puntos:

1. Los estudios consultados concluyen en la importancia de elaborar protocolos para ayudar en la práctica enfermera respecto a la información, sensibilización, detección e intervención de la A/MGF haciendo hincapié en la respuesta positiva de los profesionales a la hora de optimizar su actuación.
2. Existen pocos protocolos de actuación de enfermería a nivel estatal sobre la A/MGF. Las únicas comunidades autónomas que cuentan con estos documentos son Cataluña, Andalucía y Aragón. En Murcia solo existe un folleto de divulgación general, sin contenidos específicos de Enfermería elaborado por el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (folleto trilingüe en castellano/inglés/francés).
3. Se pone de manifiesto, la necesidad de sensibilizar, informar y desarrollar estrategias preventivas dirigidas a los profesionales de enfermería de atención primaria por lo que resulta necesario la elaboración e implantación de guías, manuales y/o protocolos de actuación ya que estos profesionales se sitúan en un lugar privilegiado para el contacto con las familias subsaharianas.

Bibliografía referenciada

1. Kaplan Marcusán Adriana, Torán Monserrat Pere, Bermúdez K, Castany M J. "Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales" en Migraciones nº 19, (pp189-217).
2. IAC Inter-African Committee on Traditional Practices, Resoluciones específicas sobre la Mutilación genital. Dakar (1984).
3. Moliner, María. Diccionario de uso del español, 2000. Madrid: ed. Gredos.
4. OMS. Nota descriptiva N° 241: Mutilación Genital Femenina [sede Web]; febrero de 2010 [acceso en 21/06/2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
5. Kaplan Marcusan, Adriana y López Gay, Antonio. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009 [Monografía en Internet]. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, 2010 [Acceso en 13/06/2013]. Disponible en: http://publicacions.uab.es/pdf_llibres/AAP0001.pdf
6. Consejo Internacional de Enfermería (CIE): Eliminación de la mutilación genital femenina. Declaración de posición del CIE. 2010. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publicacions/position-statements/>
7. Caño Aguilar África, et al. *Mutilación genital femenina: abordaje y prevención*. Granada: Medicus Mundi Andalucía. Granada. 2008.
8. Bayo, A. GONZÁLEZ, I. ROMÁN, A. RODRÍGUEZ, A. B et al, (2003). *La mutilación genital en la mujer del siglo XXI / Female genital mutilation in the 21st century*. Prog. Obstet. Ginecol; (46(6), (pp.257-266). *Migraciones*, 2006; 19:189-217.
9. Kaplan Marcusán Adriana, Torán Monserrat Pere, Bedoya Muriel Helena, et al. "Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria". *Aten Primaria*. 2006; 38(2): 122-6. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13090438&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=46&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38n02a13090438pdf001.pdf

Protocolos

- Protocolo de actuación para profesionales: Protocolo para la prevención de la mutilación genital femenina, Parlamento de **Cataluña**, 2003. Disponible en: <http://www.hera2001.com/violenciasporhonor/upload/doc89 Protocolo MGF Cataluña.pdf>
- Protocolo de actuación para profesionales. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de **Girona**, 2002. Disponible en: <http://www.gencat.cat/temes/cas/index.htm>
- Guía para profesionales: Guía de prevención de la mutilación genital femenina. Gobierno de Aragón, 2004. Disponible en:
- <http://www.hera2001.com/violenciasporhonor/upload/ad/doc91Guía-MutilaciónAragón.pdf>
- Guía para profesionales Mutilación genital femenina: prevención y atención. Asociación catalana de **matronas**, 2004 (actualización 2007), Consulta: 20 de octubre de 2010). Disponible en:
- <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guialleva2007.pdf>
- Gobierno de **Cantabria**. *La Mutilación Genital Femenina*. Santander: Dirección General de la Mujer; 2006. (Consulta: 22 de octubre de 2010). Disponible en: <http://www.serviciossocialescantabria.org/pag/documentos.asp#infancia>
- Folleto para la población de riesgo: *Acción contra la Mutilación Genital Femenina*. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (Folleto trilingüe castellano/inglés/francés).

Bibliografía consultada

- Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos: infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación [Internet]. Madrid: Amnistía Internacional (EDAI); 1998. <http://amnistiainternacional.org/publicaciones/12-refugiados-los-derechos-humanos-no-tienen-fronteras.html>
- Asociación Médica Mundial, “Declaración de la AMM sobre la Mutilación Genital Femenina”, 45º Asamblea Médica Mundial, Budapest, 1993, *revisada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains (Francia)*, 2005.
- Bedoya Helena Muriel María, Bermúdez Anderson Kira, Goberna Tricas Josefina, Kaplan Marcusán Adriana, Martínez Bueno Cristina, Moreno

- Navarro Juana, *“Mutilación genital femenina: prevención y atención”*, 1ª edición,
- Centro Regional de Estadística de Murcia. *“Padrón Municipal de Habitantes de la Región de Murcia”*, 2009. Disponible en:
 - http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_padron/Indice7.html
 - Comisión Interdisciplinar para la prevención de la Mutilación Genital Femenina; *“Stop mutilación genital femenina guía de prevención”*. Gobierno de Aragón; 2006. <http://www.seeiuc.com/profesio/codigo.htm>
 - GIPE/PTP- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en <http://mgf.uab.es>
 - Guía informativa de Cantabria. Dirección General de la Mujer, Santander, 2006. Disponible en:
 - <http://www.serviciosocialescantabria.org/pag/documentos.aspx#infancia>
 - Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. (BOE nº 163, 9 de julio de 2005).
 - Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
 - Marchal Escalona N. Mutilación genital femenina y violencia de género. En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones; 2011. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049692>
 - Martín Espildora N. *“Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clítoris”*. *Aten Primaria*, 2005; 36(7): 397-400.
 - Medicus Mundi Andalucía. Mutilación Genital Femenina, abordaje y prevención. Vol. II. Granada: Grupo Editorial Universitario; 2008. Disponible en: http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/guias/lucha_contra_la_mutilacion_genital_femenina_vol_ii
 - Organización Mundial de la Salud. Mutilación Genital Femenina: un manual para los trabajadores de primera línea. [Internet]. Ginebra; 2000. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_WMH_00.5_eng.pdf

