



Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas desde los servicios de Atención Primaria



Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas desde los servicios de Atención Primaria

Coordinación y elaboración

Fundación CeiMigra

Luisa Melero Valdés

Luis Díe Olmos

www.ceimigra.net

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento y reconocimiento a todas las personas expertas y colaboradoras en este trabajo:
Manuela Alcaraz Quevedo, Zahera Dahmane Briki,
Kontin Marie Thérèse Dansoko, Pilar Domínguez Castillo,
Felipe Hurtado Murillo, Anda Iuliana Ilie, Yang Liu Liu,
María Clara Ruiz Martínez, Ingrid Sanca Vega,
Elena Soler Herreros y Clara Yuste Miguel.

Diseño y maquetación

Pau Usach

www.cocreativos.cc

Índice

Introducción.....	4
1. Las mujeres inmigradas en España.....	8
2. Implicaciones de los procesos migratorios en las mujeres, sus familias y su salud	13
2.1 Migración como proyecto y como proceso	14
2.2 El carácter forzado de la migración	14
2.3 Un proceso vital estresante en tres fases que se superponen	15
2.4 Factores estresores y manifestaciones en la salud	20
3. La violencia de género como hecho transcultural	26
3.1 Manifestaciones de la violencia de género	27
3.2 El ciclo de la violencia de género	29
3.3 Consecuencias de la violencia de género en la salud bio-psico-social de las mujeres	31
3.4 Factores de riesgo y factores protectores en la violencia de género	32
4. Prioridades en la Atención Primaria para la detección precoz de la violencia de género en mujeres inmigradas.....	35
4.1 Establecimiento de la relación de confianza y derivación/seguimiento en caso de sospecha	36
5. Factores implicados en la relación sanitaria con mujeres inmigradas	38
5.1 Dificultades a las que se enfrentan profesionales y mujeres inmigradas en la relación sanitaria para la detección de la violencia de género	39
5.2. Factores implicados en el proceso de detección de la violencia de género en mujeres inmigradas	42
6. Claves para la comunicación intercultural en la relación sanitaria con mujeres inmigradas: hacia un modelo de salud intercultural	47
6.1 Modelos y prácticas de salud como construcciones culturales	48
6.2 El límite de nuestra perspectiva cultural	50
6.3 Algunas variables culturales implicadas en la relación sanitaria con mujeres inmigradas	53
6.4 Variables que moldean la identificación con los diversos marcos existentes en una misma cultura	61

**7. Claves comunicativas interculturales para avanzar en el establecimiento de la alianza
terapéutica o relación de confianza62**

7.1 Competencia intercultural 63

7.2 Conocimiento del/a profesional sobre sí mismo/a como base de la competencia intercultural y profesional 65

7.3 Fases comunicativas para establecer la relación de confianza en Atención Primaria 67

8. A modo de conclusión72

Bibliografía de interés74



Introducción



La Fundación CeiMigra edita, con la colaboración de la Conselleria de Sanidad, una colección de cuadernos cuyo objetivo principal es ayudar a profesionales sanitarios de Atención Primaria a la detección precoz de la violencia de género en mujeres inmigradas. *Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas* pretende ser, así, una herramienta de formación, consulta y apoyo en la práctica cotidiana profesional.

Ser competente para la detección precoz de la violencia de género en mujeres inmigradas es una tarea compleja. No pueden utilizarse exactamente los mismos patrones de funcionamiento que para la detección de la violencia de género en población local. Existen factores comunes, ciertamente, pero, del mismo modo, han de contemplarse otros muy específicos.

Este tipo de detección implica la conjunción de diversos saberes: conocer el problema de la violencia de género como hecho transcultural, su funcionamiento y manifestaciones principales; conocer mínimamente la realidad cultural de las mujeres a quienes se atiende, el significado de la salud y la enfermedad, o los roles de género en sus contextos de origen; disponer de claves comunicacionales específicas (verbales y no verbales) que permitan establecer una relación de confianza para que esta se

convierta en la principal vía de indagación. Son algunas de las herramientas imprescindibles para que esta labor llegue a término con éxito. Con ello comprobamos que la detección no es posible sin comunicación; son realidades inseparablemente unidas en este cometido.

Los sucesivos cuadernos tratarán de aportar algunas de estas claves de comprensión y comunicación en la atención a mujeres procedentes de diversas áreas geográficas: América Latina, Magreb, África Subsahariana, Europa del Este, China y –por último- India y Pakistán.

Este primer cuaderno comienza con unos apuntes preliminares sobre las mujeres inmigradas en España, haciéndose eco de un debate sobre la inmigración en la sociedad que necesitan clarificación, puesto que abundan los tópicos, las afirmaciones sesgadas ideológicamente o las valoraciones poco argumentadas. Prosigue desarrollando el modo en que el proceso migratorio puede ser un factor de riesgo para la salud, en general, y para la violencia de género, en particular, y se apunta a cuestiones relevantes a la hora de precisar en los diagnósticos. A continuación se presenta la violencia de género como un hecho transcultural, manifestado en todos los países, en personas de toda clase social, condición económica, nivel educativo, marco cultural o religioso.

Insta a establecer y cuidar una relación de confianza entre el personal sanitario y las mujeres inmigradas como piedra angular de todo el proceso

Después de los tres primeros puntos, que sitúan a las mujeres inmigradas en la opinión pública, los procesos migratorios y la violencia de género, el cuaderno enfoca la mirada en los servicios de Atención Primaria. Insta a establecer y cuidar una relación de confianza entre el personal sanitario y las mujeres inmigradas como piedra angular de todo el proceso. Se detiene en las dificultades de las mujeres para manifestar la violencia sufrida y del personal sanitario para detectarla. En todo momento trata de proporcionar pistas y claves que ayuden a una comunicación que no siempre resulta fácil, especialmente lo que se refiere a claves que ayuden a la comunicación intercultural. Finalmente, se invita a tomar consciencia del modo en que se percibe nuestro modelo de salud de parte de personas que proceden de otros contextos, sugiriendo incluso los primeros peldaños para la construcción de un modelo de salud intercultural.

Los siguientes cuadernos contextualizan las pistas para la comunicación intercultural en la relación entre el personal sanitario y las mujeres inmigradas procedentes de diferentes regiones. Todos ellos presentan el mismo esquema. Comienzan con unos apuntes sobre la población procedente de cada área geográfica que reside en España y en la Comunitat; así como sobre la diversidad (étnica, cultural, religiosa...) presente en la región de origen. Prosiguen con una breve reseña del lugar de las mujeres en los sistemas de relación predominantes en cada área geográfica. Y continúan explicando brevemente el funcionamiento de los sistemas de salud en cada país o región, así como las concepciones y hábitos generales en torno a la salud. Los cuadernos finalizan con una exposición de las concepciones sobre violencia de género y las recomendaciones que realizan las propias mujeres para hablar sobre este asunto en la relación sanitaria.

Este último punto es, quizás, uno de los más interesantes de cada cuaderno, por lo que ayuda al personal sanitario a discernir su modo de proceder. Estas voces pueden ayudar al personal sanitario a situarse en otra perspectiva para pensar de nuevo lo que hace y cómo lo hace; pueden ayudar a preparar una mejor comunicación intercultural dentro de la relación sanitaria con mujeres inmigradas, cualquiera

que sea su origen, su situación administrativa, sus circunstancias socioeconómicas y sus marcos culturales y religiosos.

Las diversas claves contextuales que se ofrecen no pretenden ser exhaustivas ni representativas de toda la población. Sería un objetivo inabarcable. Más bien lo que persiguen es dar pistas sobre elementos que pueden ser relevantes en el establecimiento de una relación de confianza exitosa. Por ello se insistirá a lo largo del trabajo en la importancia tanto de conocer las claves culturales de referencia como de saber atender a las particularidades de cada persona de manera individualizada.

El presente trabajo nace de un primer impulso de la Conselleria de Sanidad, quien ya había elaborado en 2009 un *Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género*. En su puesta en marcha percibió que la detección en mujeres inmigradas requería un tratamiento específico y apostó por abrir una línea de trabajo en esta dirección. Así fue como la Conselleria de

Sanidad pidió colaboración a CeiMigra para contextualizar el proceso de detección en mujeres inmigradas. Se comenzó con una primera fase de revisión documental a nivel internacional sobre el tratamiento de la violencia de género, en general, y en mujeres inmigradas, en particular. En una segunda fase se llevó a cabo un doble proceso de investigación cualitativa: se entrevistó, por una parte, a profesionales sanitarios y a expertos en materia de violencia de género; por la otra, se desarrollaron once grupos de discusión con mujeres españolas y extranjeras por áreas de procedencia. Asimismo, en el proceso de elaboración de este material se convocó a un grupo de expertas y expertos en la materia con el fin de contrastar y confirmar las líneas principales de desarrollo. Todo ello hace que la colección de cuadernos que se presenta tenga una importante base anclada en la realidad de las y los actores a quienes va dirigido este trabajo. El grado de utilidad será el mejor indicador de que este largo proceso ha llegado a buen fin.



1 Las mujeres inmigradas en España



La inmigración ha sido una de las cuestiones sobre las que más desinformación se ha vertido en el último tiempo. Durante años, en España, se ha tratado esta cuestión de una forma muy poco rigurosa tanto técnica como éticamente. Pero estas “desinformaciones” se han tolerado política y socialmente.

La imagen negativa inicial de la inmigración ha convivido con la imagen positiva y el reconocimiento personal a las personas inmigrantes que nos han ido siendo familiares en la vida cotidiana (tiendas en el barrio, servicios en los hogares, etc.). Más aún: la imagen social negativa se ha dado **al mismo tiempo que una mayoría de personas españolas afirmaban la igualdad de todos los seres humanos, la universalidad de los derechos y la inclusión de todas las personas** sin excepción en las condiciones de vida que hacen posible una vida digna.

Lo que es cierto es que España o, mejor dicho, **la imagen que los españoles teníamos de España como país de emigrantes, ha cambiado en pocos años**. En la década de 2000, España se convirtió en país de inmigración. Y es cierto que España ha alcanzado **la misma proporción de personas extranjeras residentes en otros países europeos, pero en mucho menos tiempo. No obstante, las entradas han sido constantes y sin “saltos” que permitan hablar de una “llegada masiva” de inmigrantes.**

Desde lo que se ha planteado en el primer apartado, puede discutirse cuanto se quiera sobre si los llegados son “muchos” o no. Pero han de tenerse en cuenta dos hechos.

- Primero, que **“demasiados inmigrantes” supone, no una descripción de la realidad, sino una toma de posición personal, institucional, social y política respecto a los recién llegados.** Una toma de posición que no ayuda, precisamente, a la integración y a la convivencia.
- Segundo, que, **al margen de las valoraciones, demográficamente, técnicamente, no son suficientes** para equilibrar la ausencia de jóvenes en la población residente en España.

Desde enero de 2009, aunque las entradas totales han superado las posibles salidas, en realidad podemos hablar de un **estancamiento en dichas entradas, que se ha mantenido hasta 2013, disminuyendo progresivamente y acercándose a cero. Esto demuestra que el efecto llamada** no era debido a una legislación técnicamente incorrecta o socialmente inadecuada, sino al **crecimiento económico y a la existencia de una economía sumergida** cuya magnitud se acerca al 25% del PIB.

Finalmente, ha de tenerse mucha **cautela con las afirmaciones rápidas acerca de una salida “masiva” de inmigrantes.**



- **Primero**, porque solo se observa una reducción importante en algunas nacionalidades concretas.
- **Segundo**, porque esta disminución de personas extranjeras puede deberse también a la obtención de la nacionalidad española (lo que disminuye la cifra de la categoría 'extranjeros', aumentando la de 'españoles/as' por adquisición de nacionalidad).
- **Tercero**, porque, en algunos casos, su número disminuye a la vez que aumenta significativamente el número de personas de otras nacionalidades de la Unión Europea (italiana, en el caso de Argentina).
- **Cuarto**, porque los matrimonios con personas de cualquier nacionalidad de la Unión Europea disminuyen el número de extranjeros, aumentando el de estas personas en régimen comunitario.
- **Finalmente**, porque el 94% de estas salidas corresponden a personas, de nacionalidad española, nacidas en el país al que han vuelto (personas nacionalizadas, por tanto).

Por todo ello, **la diversidad en nuestra sociedad no ha disminuido significativamente en estos últimos años, aunque hayan cambiado los números** relativos a las personas extranjeras que residen en España.



Importancia de las mujeres inmigradas en España

El 50,7% de las personas residentes en España en 2012 son mujeres. En la población española, las mujeres son el 51,06%. **En la población extranjera, las mujeres son el 48,10%.** Hay que descender a la observación de las diversas nacionalidades, por separado, para ver grandes diferencias de masculinización o feminización de las migraciones.

Tabla 1. Proporción de mujeres y hombres extranjeros residentes en España por nacionalidad

	Ambos sexos	Hombres (Abs.)	Mujeres (Abs.)	Hombres (%)	Mujeres (%)
NICARAGUA	12.095	3.224	8.871	26,7%	73,3%
HONDURAS	27.171	8.416	18.755	31,0%	69,0%
PARAGUAY	84.846	28.001	56.845	33,0%	67,0%
BRASIL	116.551	43.790	72.761	37,6%	62,4%
DOMINICANA	732	283	449	38,7%	61,3%
EL SALVADOR	5.991	2.416	3.575	40,3%	59,7%
VENEZUELA	59.786	24.883	34.903	41,6%	58,4%
GUATEMALA	4.007	1.669	2.338	41,7%	58,3%
MÉXICO	25.184	10.588	14.596	42,0%	58,0%
REPÚBLICA DOMINICANA	90.195	38.429	51.766	42,6%	57,4%
BOLIVIA	210.624	89.833	120.791	42,7%	57,3%
PANAMÁ	2.310	993	1.317	43,0%	57,0%
COLOMBIA	289.296	129.306	159.990	44,7%	55,3%
CUBA	54.537	24.563	29.974	45,0%	55,0%
COSTA RICA	1.891	852	1.039	45,1%	54,9%

Fuente: Elaboración de CeiMigra a partir del Padrón de enero 2012



Como podemos ver (tabla 1), puede decirse que **solo cinco países presentan una feminización clara (más de un 60% de mujeres)** entre sus residentes en España, en 2012: Nicaragua, Honduras, Paraguay, Brasil y Dominica. **Y en diez países más, puede verse una feminización relativa** con los datos disponibles en ese mismo año: El Salvador, Venezuela, Guatemala, México, República Dominicana, Bolivia, Panamá, Colombia, Cuba y Costa Rica.

Sin embargo, **ha de tenerse en cuenta el número de personas de cada grupo**. Porque, en realidad, **las nacionalidades con mayor peso relativo** son, por este orden: Colombia (con 159.990 mujeres en toda España); Bolivia (con 120.791 mujeres); República Dominicana, (con 51.766 mujeres); Brasil (con 72.761 mujeres); Paraguay (con 56.845 mujeres); y Cuba (con 29.974 mujeres en toda España).

Por tanto, una cosa es reconocer la feminización de ciertos grupos y otra, muy distinta, afirmar la feminización “de las migraciones”, que no tendría una base real, al menos con los datos disponibles en este momento. Lo cual no quita un ápice la importancia que siempre ha tenido la mujer emigrada en el sostenimiento de la familia y en la vertebración de las relaciones familiares lo que se ha visto acrecentado desde el comienzo de la crisis económica (en España, a partir del segundo semestre de 2008).

Finalmente, habría otra consideración, de nuevo demográfica, que tiene que ver con la presencia de mujeres inmigradas en España. **Hay 7,08 millones de mujeres entre los 20 y los 40 años de edad a 1 de enero de 2012. Estas mujeres han tenido 9,26 millones de hijos, de los cuales sólo 4,49 millones son mujeres.** Si cada vez hay menos mujeres que, a su vez, tienen una tasa menor de natalidad, y con ello, nacen menos mujeres en España, **es clara la necesidad de mujeres venidas de otros países para garantizar unos nacimientos que permitan sustituir a la población que envejece y muere.**

Además, las mujeres extranjeras tienen por lo general un **índice de natalidad muy superior al de las mujeres autóctonas** (en 2012 los nacimientos de mujeres extranjeras supusieron el **40% del total de nacimientos en España**). De este modo, además de potenciar la llegada de otras mujeres y hombres, **cuidar su calidad de vida** se convierte en requisito no solo ético, sino también social.





2 Implicaciones de los **procesos** **migratorios** en las **mujeres, sus familias y** **su salud**



2.1 Migración como proyecto y como proceso

Migrar implica **emprender un nuevo proyecto de vida** cuyos cambios repercutirán tanto en la **persona** que decide emigrar como en el **sistema familiar** y de **relaciones** del que forma parte.

Se entiende por **proyecto migratorio** todo el proceso, desde que la persona aún reside en su país de origen y toma la decisión de **emigrar**, realiza el viaje, **llega** al lugar de destino, y se **incorpora** a la nueva sociedad a lo largo de una serie de etapas que evolucionarán de un modo u otro según los casos, las circunstancias y las oportunidades.

Una vez emprendido, es un **proceso que no acaba con rapidez**: está en **continuo dinamismo y construcción**, necesitando ser constantemente **actualizado**.

Las personas inmigradas cambian personalmente, al igual que lo hacen sus proyectos, objetivos y expectativas de migración, tanto de permanencia en el país como de regreso al lugar de origen.

Ello pone de manifiesto la imposibilidad de formarnos una idea cerrada de las mujeres de determinadas procedencias así como de una mujer concreta, dado que los procesos de cambio son permanentes y, del mismo modo, deben ser constantes los procesos de actualización por parte de las/os profesionales sanitarios sobre la realidad de las mujeres inmigradas, en general, y de cada mujer en particular.

2.2 El carácter forzado de la migración

En contextos como el nuestro la mayor parte de las experiencias de migración tienen un **carácter más o menos forzado**. Aunque la persona “haya decidido” migrar, lo hace debido a una situación de **necesidad de salir** del lugar del que se siente parte para “buscar una vida mejor” o, simplemente, **buscar una vida digna**. En su mayoría la motivación es “económica”, aunque sabemos que no son todos los casos.

La falta de oportunidades, la ausencia de condiciones mínimas para vivir con dignidad, la inexistencia de un contexto que promueva el

desarrollo humano integral (ya sea por razones políticas, económicas, familiares, climatológicas...), son también imposiciones a migrar y exilios institucionalizados.

- Migrar con esas **condiciones forzosas** va a tener indiscutiblemente un **impacto** en la persona y su sistema, como **consecuencia de las causas por las que se emigra y de las condiciones en las que se vive como “inmigrante”, no siempre bien recibida en la sociedad receptora**.



2.3 Un proceso vital estresante en tres fases que se superponen

A. Emigrar: Experiencias de duelos múltiples y desarraigo

La persona que emigra, en la distancia, se ve envuelta en un proceso de **reorganización de su identidad** que tiene lugar cuando se pierde algo significativo: se ve inmersa en un **duelo**. Más aún, los duelos a los que se enfrenta la persona migrante son **múltiples** y acontecen **al mismo tiempo**:

- La familia y los seres queridos;
- La lengua o el idioma;
- La tierra (paisaje, colores, luminosidad, olores, temperatura...);
- El contacto con el grupo de pertenencia
- La cultura, entendida como cosmovisión, costumbres, valores, etc. ;
- El estatus social (situación administrativa, acceso a oportunidades, vivienda, trabajo, sanidad...);
- Los riesgos para la integridad física, cuando los hay (en el viaje, en la salida, en la llegada, situaciones de indefensión o persecución...).

En esta etapa de duelos múltiples, la persona ya no se siente perteneciendo al mundo que deja, pero tampoco se siente parte de aquel al que llega. En estas ocasiones puede llegar a vivirse una amarga sensación de **desarraigo**, entendiendo por ello la **falta de raíces y de referencias**, la falta de un “suelo” en el que sostener lo que la persona siente que es, la sensación de estar perdido/a, la falta de sentido...

Esta experiencia aparece especialmente en las mencionadas **migraciones forzadas**, en los que la persona se siente obligada a dejar el lugar del que se siente parte.

La elaboración de los diversos duelos y la superación de la experiencia de desarraigo dependerán, en gran medida, del tipo de **apoyos** que la persona tenga **previamente**, de los que **encuentre alrededor** –en la familia, amigos- y de los que **el nuevo contexto** le ofrezca.

Los duelos y los desarraigos **se reactivan en situaciones de inestabilidad** como puede ser la crisis actual. Por ello no se puede presuponer que estas situaciones las viven solo quienes han llegado recientemente.



- Una familia asentada desde hace 10 años en España puede ver **reactivados sus duelos no resueltos**, de un lado, así como puede volver a sentirse **desarraigada** como consecuencia de los cambios bruscos que pueden generarse ante la **falta de alternativas** para mantener una vida normalizada en la actual situación de **crisis** (desempleos prolongados, desahucios, retorno al país de origen de algún miembro de la familia, incertidumbre del proyecto migratorio que se había realizado hasta el momento..., etc.).
- Las **preguntas vitales se reabren** –dónde vivir, hasta cuándo esperar, cómo apoyar económica y afectivamente en el lugar de origen- y, aunque en la mayoría de las ocasiones han supuesto mucho tiempo para poder dar respuesta, se ven abiertas de manera repentina por las condiciones del contexto.

B. Inmigrar: Procesos de estrés aculturativo e incorporación a la nueva sociedad

Un modo de expresar las personas el **desequilibrio** consecuente al acontecimiento vital que implica migrar es **la ansiedad y el estrés**. A ambos hemos de verlos, no como síntomas patológicos, sino como una **alerta “sana”** que traduce ese mismo cambio que está teniendo lugar y al que se necesita prestar atención para que pueda ser elaborado.

En este sentido, **cuanto mayor y más importante sea el cambio, mayor será también la experiencia de desajuste o desequilibrio**, al menos en una primera etapa antes de elaborar el reajuste, porque mayores serán las necesidades de generar nuevas estrategias y, por tanto, mayor será la probabilidad de experimentar estrés y ansiedad, entre otros síntomas.

B.1. Reajustes en la dinámica e identidad familiar

El proceso de aculturación de la familia incluye el **reajuste del sistema de significados compartidos** por todos sus miembros, lo que implica las dimensiones observables (comportamientos, formas de hacer...) como las no observables (valores, creencias, procesos de identificación y des-identificación...). Ello implica una **reconfiguración de la vida familiar**.

La vida familiar en la distancia y la forma de vivir en un país concreto puede hacer que las personas –y en especial, las mujeres- se **cuestionen la manera en que han funcionado como familia hasta el momento**; a veces para reafirmarse en lo propio, otras para modificarlo: los cuestionamientos referidos a los modos de funcionar como pareja, el modelo educativo de las hijas e hijos y la persona que ejerce la autoridad sobre ellas/os cuando están lejos, el rol del hombre y de la mujer como cabeza familiar..., son preguntas que **afectan a la dinámica e identidad de una familia** y, generalmente, van acompañados de



tensión hasta que se produce el modo de **reajustar** y vivir acorde a los cambios producidos.

A la vez que se dan cambios, hay otra multitud de normas, costumbres, creencias y formas de relacionarse dentro de la familia que **se mantienen** intactas, y que pueden **contribuir a mantener unido** el propio sistema familiar y la identidad cultural de origen.

- Lo común es que con, el paso del tiempo, **ambos procesos** vayan teniendo lugar: el de mantenimiento de unas facetas y el de cambio en otras, en un **equilibrio** que cada familia habrá de ir diseñando y eligiendo.
- Al estrés aculturativo de la incorporación inicial, se le suma en estas condiciones económicas la **gran dificultad para insertarse –o mantenerse**, en el caso de quienes ya estaban- en la sociedad **a través de un empleo**, requisito fundamental de los procesos de incorporación, permanencia e integración.

C. Permanencia en el país de residencia

C.1. Condiciones jurídico-administrativas, económico-laborales y condiciones de vida

Para una persona inmigrada, residir, permanecer e integrarse en la sociedad está íntimamente ligado a tres grupos de factores, que ejercen la

función de condiciones de posibilidad: Condiciones jurídico-administrativas, económico-laborales y condiciones de vida.

La dificultad para mantener las condiciones jurídico-administrativas así como para tener unas condiciones de vida dignas viene especialmente marcada, en el momento actual de crisis, por **la falta de oportunidades económico-laborales** y el **alto desempleo de la población inmigrada** –que duplica en algunos casos el de la población autóctona-.

- Un elevado número de personas inmigradas están pasando en la actualidad a **situaciones de irregularidad por no poder renovar su permiso de residencia y trabajo**, dado el nivel de desempleo y las elevadas exigencias de la nueva situación legislativa.
- Se dan condiciones de **precariedad material y riesgo de pobreza, marginación y exclusión** en muchas de las personas inmigradas que tienen una **situación regular o aún algún tipo de subsidio**.
- En resumen, la vida de la población inmigrada **se precariza progresivamente y a un ritmo muy superior al que lo hace la población no-inmigrada**. Ello agrava, con mucho, el nivel de estrés asociado a los procesos migratorios en sí mismos.



Figura 1. Dimensiones condicionantes de la vida de la persona inmigrada en el país de residencia



Fuente: CeiMigra, 2010.



Las mujeres inmigradas, insertas en el mercado laboral mayoritariamente informal, se ven abocadas, cada vez más, a unas **condiciones laborales de explotación, impagos, desprotección e imposibilidad de mantener a la familia** aquí, y mucho menos, de seguir apoyando a la que les espera allá.

Además, los **nichos laborales ocupados** hasta el momento por mujeres inmigradas –cuidado de personas y atención del hogar- están siendo sustituidos por familiares y/o **mujeres nacionales**, con lo que las posibilidades de trabajo para ellas disminuyen a medida que la crisis económica no revierte en crecimiento.

- En muchas ocasiones se encuentran en un **callejón sin salida**, habiendo salido de su país de origen para buscar mejores oportunidades y encontrándose en el lugar de residencia en

condiciones incluso peores de las que tenían antes de emigrar.

- El **retorno** deviene una posibilidad para muchas personas, pero la inestabilidad y falta de oportunidades en sus países de origen, junto con lo conseguido durante la migración y la sensación de fracaso que sentirían al volver, hacen que los costes de regresar sean muy altos y postpongan la decisión tanto como puedan.
- La **responsabilidad** adquirida -como *mujeres, madres y referentes*- con el resto de la familia, aquí y allá, hace que vivan mucha **culpabilidad**.
- Todo ello sumado a los procesos de estrés y ansiedad que se derivan de la búsqueda de esas condiciones mínimas de vida, y al mantenimiento de las relaciones en la distancia, aumentan el riesgo de **conflictividad familiar y de problemas de salud**.



C.2. Vulnerabilidad, resiliencia y riesgos para la salud

Con el impacto diferenciado de la crisis actual en los diferentes grupos de población en España estamos volviendo a hablar sobre “la vulnerabilidad de las personas inmigradas”. No obstante, atribuir estos sentimientos y experiencias como propias de la vulnerabilidad de las personas puede ser un gran error, dado que lo que se vive es **consecuencia de la vulnerabilidad que generan sus circunstancias y condiciones de vida**, tanto las que empujan a salir, como las que se encuentran en el momento actual, en el contexto en que residen y se han arraigado. En este sentido, más que de personas vulnerables, lo más preciso sería hablar de **sistemas vulnerabilizadores** y de **experiencias de vulnerabilización**.

De hecho, **se encuentra todo lo contrario** en las personas inmigradas: unos modos de ser y de afrontar la vida especialmente resistentes a las dificultades y a los cambios, una fortaleza y flexibilidad muy superiores a la media de la población y una capacidad de afrontar condiciones adversas desde capacidad mentales, comportamentales y de adaptación muy por encima de la de personas que no se han visto implicadas en experiencias de migración. Este modo de afrontar y vivir la vida se conoce como **resiliencia**.

Aun así, **la capacidad humana de adaptación al cambio tiene sus límites**, y ante la acumulación de dificultades, la persona no puede quedar indiferente. Pueden llegar a ser graves las **consecuencias para la salud** bio-psico-social de la mujer.

2.4 Factores estresores y manifestaciones en la salud

“Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos”

(Achotegui, 2005).

Es bien conocida la estrecha relación que existe entre la **precarización de las condiciones de vida y el incremento de factores de riesgo en torno a la salud**.

Desde una **comprensión bio-psico-social de la salud** como salud global, tal y como apunta la Organización Mundial de la Salud, ello implica, al menos tres dimensiones: la salud **física**, a la que atiende principalmente el sistema sanitario actual; la **salud psicológica**, o la experiencia de bienestar y equilibrio afectivo-emocional y; la **salud social**, en relación a los mínimos de calidad del contexto y las relaciones con las que la persona se encuentra en la vida cotidiana.



En general puede afirmarse que **la precarización de las condiciones de vida** suele afectar, como consecuencia, **al deterioro de las tres dimensiones de la salud**.

En la medida en que no se intervenga para frenar este proceso, **el círculo de la precarización puede ir afectando progresivamente a todas ellas**: mala alimentación, insalubridad de la vivienda, desahucios, incertidumbre prolongada, estrés derivado de la falta de salidas ante la situación de desempleo, conflictos familiares como consecuencia de la acumulación de tensiones y dificultades, aislamiento y deterioro de las relaciones sociales...

- Todas ellas pueden ir formando parte de un círculo vicioso e interconectado, generando un **efecto dominó hacia una dificultad cada vez más compleja** de abordar, y con un **impacto más global en la salud** de las personas afectadas.

En muchos de los casos, la **salud emocional** es la que **regula** las demás dimensiones de la salud. En la medida en que el estado de bienestar psicoafectivo de una persona es cada vez menos frecuente, o en la medida en que los problemas crecen y el modo de vivirlos se complica, se manifestarán mayores problemas físicos a modo de **somatizaciones** de lo que se está viviendo a ese otro primer nivel. En los casos más graves pueden darse **afectaciones a nivel orgánico**. Por último, en

la medida en que su **estado psicoafectivo se va deteriorando y cronificando un sentido de malestar emocional, se deterioran, también, las relaciones**, principalmente, familiares y sociales –y laborales, cuando aún no se han perdido–.

“El miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales se ha detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza orbitofrontal. Sabemos que a través de un circuito están interconectados la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror”

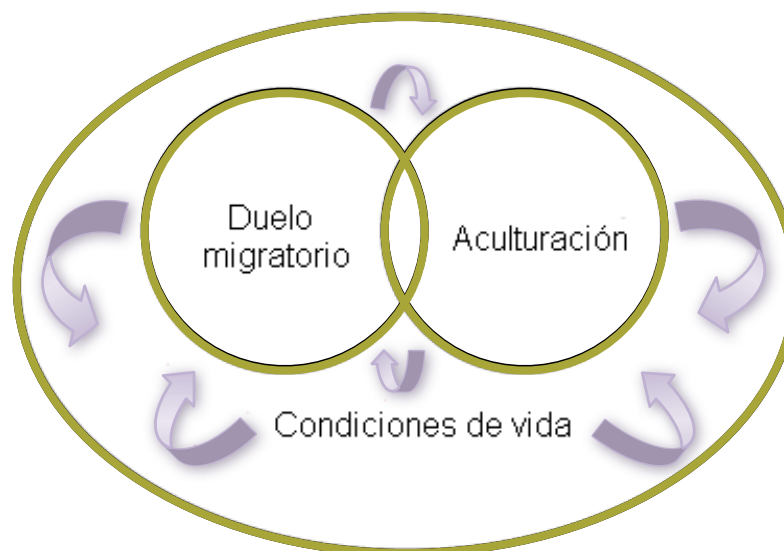
(Achotegui, 2005).

A. Origen de los principales factores estresores

La **persona inmigrada con estrés crónico y múltiple** se encuentra con diferentes fuentes de factores estresores: unos que están relacionados con los **duelos múltiples** a los que se expone la persona en su proceso migratorio, otros relacionados con el proceso de **aculturación** e incorporación a la nueva sociedad y, en tercer lugar, los relacionados con las **condiciones de vida** en las que se encuentra en el país de residencia.



Figura 2. Origen de los principales factores estresores en las personas inmigradas



Fuente: Elaboración propia CeiMigra.

Algunos factores estresores destacados son los que siguen:

- La **soledad forzada y la separación de los seres queridos**. El dolor y la dificultad siempre es proporcional a la intensidad y significatividad de los vínculos creados. Y ello ha de tenerse en cuenta sabiendo que, en los contextos de los que provienen la mayor parte de las personas inmigradas, el sistema familiar se vive con mucha mayor intensidad y sentido de pertenencia que en los patrones de sociedades como la española o la europea. El yo individual no tiene tanta fuerza como el yo colectivo, más aún en el caso de las mujeres.
- El **fracaso por el proyecto migratorio**, entendiendo por ello las expectativas no cumplidas respecto a las ideas generadas antes de la partida, las dificultades en la vida cotidiana en el país de destino, la situación de vulnerabilización generada por el sistema de irregularidad administrativa –en los casos en que se da– y la desprotección consiguiente... La persona se siente encerrada entre el fracaso vivido y la necesidad de tener que responder a quienes esperan todo de ella. En ocasiones este fracaso se atribuye al “mal de ojo” o a estar en posesión de algún maleficio, lo que lleva a reforzar, más aún, la culpabilidad y el aislamiento.



- **La pérdida de estatus alcanzada a lo largo de los años en el nuevo contexto**, como consecuencia de haber vuelto al comienzo y haber perdido todo tras tanto esfuerzo y sacrificio.
- **La lucha por la supervivencia** (alimentación, vivienda, salud...). Tanto los problemas de alimentación equilibrada como la falta de un lugar adecuado para vivir y tener un espacio propio dificultan, de manera muy básica, otros niveles de equilibrio personal y de posibilidad social.
- **El miedo por los peligros físicos y el sentimiento de indefensión:** miedo a no salir de la situación vitalmente límite, miedo a perder todo lo conseguido, miedo a morir, experiencia de haber visto morir a familiares y amigos/as, miedo a ser perseguido/a, maltratado/a, miedo a las mafias, a las redes de prostitución, a los abusos de diferente tipo, a ser detenido/a, expulsado/a... El miedo también **lo manifiestan los hijos e hijas** ante la posibilidad real de que sus padres no vuelvan a casa por haber sido internados y/o expulsados del país, en el caso de encontrarse en situaciones de irregularidad administrativa (“sin papeles”).

B. Sintomatología principal de los procesos de estrés intenso, crónico y múltiple

La sintomatología principal puede resumirse en cuatro grandes grupos:

- **Manifestaciones relacionadas con el área depresiva:** tristeza, culpa, llanto, son sentimientos y manifestaciones frecuentes, intensas y recurrentes. Ideas de muerte se dan en algunos casos, según la gravedad, aunque no es lo habitual, dado que lo que caracteriza a la mayoría de las personas que sufren estos síntomas son las ganas de seguir adelante para cumplir sus objetivos, los que, generalmente, se corresponden con el futuro de ellas mismas y de sus familias.
- **Manifestaciones relacionadas con la ansiedad:** tensión, nerviosismo, preocupaciones constantes y recurrentes, irritabilidad, insomnio.
- **Manifestaciones relacionadas con la somatización:** cefaleas; fatiga y cansancio excesivo; dolores osteomusculares -derivados de las contracturas musculares por estrés mantenido-.
- **Manifestaciones relacionadas con la confusión:** problemas de memoria y atención, sentimiento de estar perdido/a, llegar a perderse físicamente; desorientación a nivel temporal... La confusión, en muchos casos, está ligada a las personas en situación irregular, al tener que hacerse invisibles, al tener que esconderse para evitar los controles policiales y ante el miedo a ser llevadas a un Centro de Internamiento para Extranjeros (CIEs) y ser expulsadas.

Aunque este conjunto de síntomas fue inicialmente descrito por Joseba Achotegui a principios de la década del 2000 y se refería principalmente a personas extranjeras en situación irregular, **la realidad de crisis que acontece y sus consecuencias aumentan, con mucho, los niveles de estrés vital crónico, intenso y múltiple del conjunto de la población inmigrada** y, por ende, la **probabilidad de que estas manifestaciones propias de unas condiciones de vida límite estén aumentando**, tanto en cantidad (número de personas, también en condiciones de regularidad administrativa) como en intensidad (gravedad de las situaciones).

La sintomatología descrita **no responde ya a la condición de inmigrante, sino a la condición de persona expuesta a una situación humanamente extrema**. Y dichos síntomas corporales son alarmas que deben dirigir la atención hacia la dificultad de la situación.

En muchos casos, cuando las personas muestran una sintomatología evidente, estas son atendidas por servicios de salud mental sin una formación específica en experiencias vitales de migración. Ello conduce a **confusiones en el**

diagnóstico y tratamiento de las mismas. En muchos casos esta sintomatología se confunde con algunos trastornos propios del área de la psicopatología, por su intensidad y similitud. No obstante, **estos síntomas no están dentro del área de la psicopatología, aunque sí tienen el riesgo de llegar a estarlo**.

Lo que diferencia estos síntomas de los propiamente psicopatológicos es que estos últimos son una respuesta desproporcionada ante una situación proporcionada. Bien al contrario, lo que se da en estas personas inmigradas con esta sintomatología es una **respuesta proporcionada o ajustada ante la situación: una situación humanamente extrema**.

A menudo, se realizan diagnósticos y se dispensan tratamientos como respuesta a estos síntomas que, generalmente, no solo no funcionan, sino **que pueden hacer empeorar su salud psicoafectiva, su situación vital y su estigma social**.

La **competencia intercultural del/a profesional**, así como el conocimiento de los factores relacionados con la vivencia límite, con las variables culturales, con la lengua y el conocimiento de lo que supone la experiencia de un proceso migratorio –y sus consecuencias– devienen **fundamentales para un diagnóstico apropiado y una intervención de calidad**.



Debe **evitarse, por tanto, la patologización** de las situaciones que viven las personas inmigradas con esta sintomatología, catalogando como trastornos lo que aún no ha llegado a serlo. A su vez, **también debe evitarse la minimización del riesgo, puesto que es el momento crítico para intervenir y evitar, precisamente, que la situación derive en otras más graves.**

- La vivencia del proceso migratorio, con las pérdidas y duelos que ya implica en sí mismo, junto a condiciones de vida muy precarias y procesos de estrés intenso, crónico y múltiple, hace que las personas inmigradas manifiesten **una sintomatología propia de cualquier ser humano expuesto a condiciones límite.**
- Esta situación se muestra como un signo de **alerta del propio sistema biopsicosocial**, y aún sitúa a la persona a un **momento psíquico equilibrado**, pero **se encuentra al borde de dejar de estarlo.** Si la situación permanece y avanza sin que se intervenga para revertirla y/o frenarla, estas **personas pueden llegar a desarrollar otros problemas de salud más graves, tanto física como mental o relacional, incluso irreversibles.**



Petra Mafalda



3 La **violencia** de **género como hecho** **transcultural**



3.1 Manifestaciones de la violencia de género

La OMS define la **violencia** como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad y que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La Asamblea General de las Naciones Unidas definió la **violencia de género** como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”.

Finalmente, la “Guía para profesionales sanitarios para gestionar el cuidado de los pacientes de violencia de género en contextos de diversidad cultural”, de la Ciudad de Nueva York, establece que “la **violencia doméstica** se refiere al abuso entre miembros de una familia nuclear o de una relación de intimidad. Implica el uso repetido de un comportamiento coercitivo y controlador para limitar y dirigir los pensamientos, las emociones y el comportamiento de la víctima. El abusador utiliza tácticas físicas, psicológicas, económicas y

sexuales que aumentan en frecuencia y gravedad con el tiempo. La violencia doméstica es un fenómeno que traspasa los límites raciales, religiosos, de género, culturales, sociales, educativos y económicos”.

En realidad, la **violencia doméstica o violencia contra la mujer se da en todos los países, en todas las clases sociales, en todas las religiones y culturas, en todos los niveles educativos o económicos...** constatándose como un **problema universal** cuyas raíces se hunden en las diferentes **manifestaciones de un mismo sistema de dominación patriarcal.**

Esta universalidad puede quedar oculta tras la diversidad de las manifestaciones de violencia y tras la gradación de la evidencia de su gravedad relativa: que el daño físico sea más evidente que el psicológico, por ejemplo, no quiere decir que este último sea menos grave o



menos destructivo para la víctima. De la misma forma, que sea más visible en determinados grupos no quiere decir que en otros no se esté dando, incluso de forma similar. Precisamente, por su propia naturaleza “doméstica” o “privada”, esta violencia puede permanecer oculta incluso toda la vida.

Las **manifestaciones** de esta violencia y sus consecuencias tienen que ver con los tipos de violencia ejercidos: física –personal o ambiental–, sexual, psicológica, económica, social, estructural, simbólica, etc.

- ▶ La **violencia física** tiene que ver con el **uso de la fuerza contra las personas** (golpes, empujones, heridas, fracturas, quemaduras, uso de armas u objetos para infligir un daño, intento de homicidio o asesinato, omisión de ayuda ante las enfermedades o lesiones causadas por las agresiones); **o contra los objetos** (amenaza rompiendo, golpeando o tirando objetos del hogar o pertenecientes a la mujer).
- ▶ La **violencia sexual** tiene que ver con el **no consentimiento por parte de la víctima de cualquier actividad sexual o relacionada con la sexualidad**. Puede consistir **en agresiones con contacto físico o sin contacto físico**; abusos sexuales; acoso sexual; cualquier

forma de violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; así como las mutilaciones genitales, el tráfico de niñas o mujeres, o el turismo sexual, entre otras.

- ▶ La **violencia psicológica** tiene que ver con todo aquello que atenta contra la **integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad** como persona. Generalmente, se manifiesta a través de amenazas, insultos, humillaciones, exigencia de obediencia, aislamiento social, culpabilización, privación de libertad, chantaje emocional o afectivo, rechazo o abandono...
- ▶ La **violencia económica** tiene que ver con cualquier **privación intencionada de los recursos necesarios para el bienestar de la mujer y sus hijos e hijas**; con la imposibilidad para disponer de los bienes compartidos en el ámbito familiar; o con el control exclusivo, por parte del hombre, del dinero y de las cuentas bancarias.
- ▶ La **violencia social** tiene que ver con cualquier conducta, por parte del hombre, que implique **humillación, ridiculización, descalificación y burla en público hacia la mujer**; o con la agresión de cualquier tipo a las **amistades o a la familia** de la mujer.



- ▶ La **violencia estructural** hace referencia al patrón masculino predominante en todas las sociedades y a los obstáculos que viven las mujeres para avanzar en igualdad de condiciones reales (laborales, familiares, sociales, etc.).
- ▶ La **violencia simbólica**, muy relacionada con la anterior, se refiere a la capacidad del grupo dominante de imponer significados y valoraciones, incluso bajo la apariencia de

“objetividad”. En este caso, se refiere a los múltiples signos implícitos que ejercen un modo de violencia indirecta hacia las mujeres, siendo normalmente poco conscientes las víctimas de la violencia ejercida contra ellas: el amor romántico, la explotación de la mujer objeto y la sobrevaloración física, la dependencia económica o la inducción a la maternidad múltiple como forma de control por parte del hombre pueden ser buenos ejemplos.

3.2 El ciclo de la violencia de género

Es muy importante **comprender el ciclo de la violencia y que este no es uniforme en el tiempo**. Hay momentos en que la situación parece mantenerse o incluso mejorar y momentos en que la situación empeora y se agrava. Pero la violencia siempre se mantiene y, a la larga, va en aumento, pasando de lo que podrían denominarse “micromachismos” o “microviolencias”, a través de la violencia simbólica, psicológica, económica y social, hasta la violencia sexual o física, incluso con el resultado de la muerte de la víctima.

En este proceso, el ciclo de la violencia presenta tres fases que se repiten en el tiempo.

- La primera fase es la de **acumulación de la tensión**, con un aumento progresivo de la irritabilidad del maltratador. En esta fase, la mujer intenta no hacer aquello que pueda molestar, con la pretensión errónea de que podrá evitar la agresión o el estallido de agresividad.
- La segunda fase es la de la **explosión de la violencia**. Suele ser breve, pero es de **máximo peligro para la víctima**. Suele ser el momento en que la mujer denuncia o busca ayuda.



- La tercera fase es la de **arrepentimiento o “luna de miel”** y, en ella, el agresor:

- ▶ **Se disculpa o justifica** la violencia por una pérdida de control que, asegura, no se volverá a repetir.
- ▶ Puede **llamar a familiares para que medien** ante la mujer, se muestra dispuesto a hacer algún tipo de terapia y se vuelve afectuoso para evitar la ruptura.

Esta actitud hace posible que la mujer mantenga la esperanza de que la relación puede cambiar; vea el “lado bueno” de su pareja y le dé otra oportunidad (retirando la denuncia, por ejemplo, o pensando, una vez más, que puede ir bien en esta ocasión). Pero, en realidad, esto refuerza la sensación de impunidad y de dominio del maltratador y **alimenta, en definitiva, la propia espiral de la violencia.**

Figura 3. El ciclo de la violencia de género



Fuente. Materiales del Protocolo de Atención sanitaria de la violencia de género de la Comunitat Valenciana.

3.3 Consecuencias de la violencia de género en la salud bio-psico-social de las mujeres

La violencia de género trasciende el mero ámbito personal de la mujer atendida para convertirse en un problema de salud pública. Desde el punto de vista de la salud bio-psico-social de las mujeres víctimas de esta violencia, pueden observarse los siguientes cuadros:

Figura 4. Consecuencias de la violencia de género en la salud bio-psico-social de la mujer

Repercusiones sobre la salud física Dolores crónicos: lumbares, abdominales y pélvicos; cansancio; colon irritable; fibromialgia; problemas gastrointestinales; fracturas traumáticas; contusiones y hematomas; quemaduras; rotura de tímpano; cefaleas; dispepsias; quejas somáticas; deterioro funcional...	Repercusiones sobre la salud sexual y ginecológica Disminución de la libido; anorgasmia; falta de autonomía sexual; embarazo no deseado; parto prematuro; bajo peso al nacer; embarazos de alto riesgo; abortos en condiciones inseguras; amenaza de aborto; muerte fetal; enfermedades de transmisión sexual; infecciones de orina de repetición; dolores pélvicos crónicos; dispareunia; sangrado vaginal; trastornos menstruales; fibrosis vaginal...
Repercusiones sobre la salud mental Depresión; ansiedad; trastornos psicósomáticos; sentimiento de culpa y de vergüenza; crisis de pánico y fobias; conductas sexuales inseguras; trastornos de la alimentación; trastorno de estrés postraumático; abuso de psicofármacos, alcohol y otras drogas; deficiente cuidado personal; intento de suicidio; dependencia emocional; trastornos del sueño...	Repercusiones sobre la salud social Aislamiento social; pérdida del empleo; absentismo laboral; disminución del número de días de vida saludable...
Repercusiones sobre la salud y bienestar de los hijos/as Riesgo de alteración de su desarrollo integral; sentimientos de amenaza; dificultades de aprendizaje y socialización; adopción de comportamientos violentos con sus compañeros/as; mayor frecuencia de enfermedades psicósomáticas; con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del agresor; violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia...	

Fuente: Elaboración propia CeiMigra.

Se da, asimismo, en muchos casos, una **sobreutilización de los recursos sanitarios** en forma de productos farmacéuticos y consultas erráticas en los distintos servicios de salud (fundamentalmente traumatología, ginecología, psiquiatría, atención primaria y urgencias con frecuentes o recurrentes hospitalizaciones). Además del costo económico, **el retraso en la detección de la violencia aumenta el riesgo de su cronificación y de las consecuencias para la salud de las mujeres** que están siendo víctimas.

- Se ha llegado a plantear el denominado “**Síndrome de la mujer maltratada**”, como el conjunto de síntomas que se manifiestan de forma simultánea o combinada, de manera más o menos intensa, en función de la situación vivida por cada mujer, la duración, el tipo de violencia sufrido y sus diferentes manifestaciones y consecuencias.

3.4 Factores de riesgo y factores protectores en la violencia de género

A. Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden agruparse en lo concerniente al agresor, a la víctima, a las relaciones familiares y al contexto socio-económico. Ninguno de estos factores explica, por sí solo, la aparición de la violencia en cada situación concreta. Y ninguno de ellos, evidentemente, justifica su aparición ni su mantenimiento.

Sin embargo, desconocer “las causas de la violencia”, es decir, los factores de riesgo que pueden hacer que esta se desencadene o se mantenga, solo puede conducir al fracaso de las

medidas que se establezcan para la protección de las víctimas y la prevención y eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres.

1. Factores de riesgo asociados al agresor. Los celos y la inseguridad personal; el consumo de drogas; el abuso del alcohol; ciertas características de la personalidad; la dureza vital y el estrés asociado a las dificultades económicas y laborales o a los problemas cotidianos en general; y el aprendizaje, es decir, la socialización en entornos familiares, escolares y/o sociales que naturalizaron el uso de la violencia como forma de resolver conflictos.





2. Factores de riesgo asociados a la víctima. Una concepción muy equivocada del “amor”, de los roles de la mujer y de la relación de pareja; todas las formas de dependencia personal (material y económica, psicoafectiva...); la presión social (de la familia, del grupo de referencia o de la sociedad como tal); porque creen que es lo mejor para sus hijos/as o para las personas que dependen de ellas; los obstáculos y dificultades para acudir o utilizar eficazmente los recursos especializados existentes; los obstáculos para la autonomía económica...

- Además de los anteriores, en el caso de las mujeres inmigradas, influyen la nacionalidad de la víctima o, más concretamente, la subcultura de origen dentro de cada nacionalidad; la falta de redes de apoyo; la situación administrativa de la mujer; los obstáculos específicos, como mujeres inmigradas, para la utilización de los recursos especializados (no adaptados a las necesidades que plantea la diversidad cultural); los obstáculos para el acceso a los sistemas judiciales y de protección...

3. Factores de riesgo asociados a las relaciones familiares. Tienen que ver con los cambios de roles relacionados, a su vez, con los cambios, las exigencias y las condiciones laborales, que facilitan o dificultan, que hacen o no posible la estabilidad de los distintos modelos familiares y los distintos tipos de relación que se dan en el interior del hogar. También se dan cambios en la relación debido a problemas no resueltos, que habían permanecido larvados, pero que, ante determinadas situaciones, en la propia evolución de la vida o en los cambios de etapa en la relación de pareja, surgen y generan conflictos entre sus miembros.

4. Factores de riesgo asociados al contexto socio-económico y laboral. La crisis económica, mucho más allá de las sucesivas precarizaciones establecidas por cada una de las reformas laborales aprobadas desde los años 80 hasta la última, ha destruido puestos de trabajo y precarizado condiciones laborales como nunca antes. En los últimos años, además de los procesos de empobrecimiento que se han originado con la pérdida de los puestos de trabajo y el cierre de empresas, a la vez que ha aumentado la desprotección social, ha ido aumentando, también, el riesgo de perder la vivienda por impago. Y en el caso de personas y familias inmigradas con todos sus papeles en regla, ha aumentado el riesgo de perder la regularidad si, en el momento de la renovación del permiso de residencia, no tenían un trabajo con contrato.



B. Factores protectores

Finalmente, hemos de abordar los **factores protectores** o que facilitan la resiliencia de las personas, incluso a pesar de las diversas crisis. Estos factores tienen que ver, por tanto, con **capacidades de la persona, con la acción que esta desarrolla y con las relaciones que establece con su entorno personal y social**. Ser resiliente no consiste en atravesar una crisis sin ser “tocado” afectivamente. La resiliencia es una capacidad que emerge a través las interacciones sociales. Esta capacidad es, sobre todo, el **resultado de nutrientes afectivos, cognitivos, relacionales y éticos que las personas reciben de su entorno**. La resiliencia, por tanto, es también el resultado de una dinámica social y no solo de unos atributos individuales, porque no es resiliente uno solo ni frente a todo, ni en cualquier situación.

Desde aquí, **las/os profesionales sanitarios pueden contribuir o no a desarrollar las capacidades para que las mujeres víctimas de la violencia logren esa resiliencia**. Y la calidad de la relación personal de todos los profesionales implicados adquiere, por esta razón, la máxima importancia. Porque, como hemos visto en los factores de riesgo, el **entorno personal y social de estas mujeres es, en sí mismo, el principal factor de riesgo y no permite el desarrollo de las capacidades que conducen a la resiliencia**. De donde habrá que proporcionar esa posibilidad “desde fuera” de su entorno inmediato y eso incluye, de manera muy especial, a las personas de todos los servicios socio-sanitarios.

Los **factores de protección** son, por tanto, aquellas **variables que operan para mitigar el riesgo**. Se consideran variables **internas y externas** que contribuyen a que la persona resista o aminore los riesgos. En este sentido, se pueden enumerar los siguientes factores:

1. La **satisfacción de las necesidades afectivas**, mediante el establecimiento de unos vínculos afectivos de buena calidad y estables con el personal sanitario.
2. La **satisfacción de la necesidad de vincularse**, mediante el buen trato y la vinculación positiva, que se encuentra en el origen del desarrollo personal de todo ser humano.
3. La **aceptación, la consideración y el reconocimiento**, proporciona a estas mujeres un espacio suyo, donde se sienten aceptadas e importantes. Ser reconocidas como personas con dignidad, méritos y habilidades, por parte del personal sanitario, les permite experimentarse como ser social y valioso, por ellas mismas, para la sociedad.
4. La **comunicación y la necesidad de comprender**, que proporcione a las mujeres elementos para entender qué están viviendo y qué es tolerable o no. Asimismo el acceso a todos los contenidos indispensables para situarse en su propia historia y en el contexto social y cultural que le son propios.
5. La **participación activa** de estas mujeres en todo lo que les concierne, en la dirección de su propio proceso personal, en las decisiones que han de tomarse en cada momento, en la vida de la sociedad a la que pertenecen.





4 Prioridades en la Atención Primaria para la detección precoz de la violencia de género en mujeres inmigradas



4.1 Establecimiento de la relación de confianza y derivación/seguimiento en caso de sospecha



La **detección precoz de la violencia de género** es un objetivo constituido por diferentes fases. A su vez, el objetivo de la detección desencadena todo un procedimiento posterior que implica una gran labor de **coordinación intra e interinstitucional**.

Dentro de la detección precoz en Atención Primaria, resulta fundamental priorizar en la labor de las/os profesionales en:

- El establecimiento de la **alianza terapéutica**: a través de la creación de la **relación de confianza**.
- La **derivación, en caso de sospecha**:
 - **A otro momento** más pausado y tranquilo, cuando hay una mínima relación de confianza ya establecida, y en caso de que el momento actual no pueda ofrecer ese ambiente donde pueda tratarse con calma. En este caso el objetivo sería asegurar el **seguimiento** ofreciendo la **continuidad** del diálogo en un momento posterior.
 - **A otro/a profesional** (enfermera/o, auxiliar, mediador/a) que tenga unas competencias adecuadas para desarrollar esta labor.
 - **A otro servicio** que pueda continuar el proceso de seguimiento y confirmación del posible caso de violencia.



En todos los estudios cualitativos realizados en fases anteriores de este proyecto se confirma y se insiste en el **establecimiento de la relación de confianza con las mujeres inmigradas** como clave fundamental en el proceso de detección precoz de casos de violencia de género. Es **un paso previo a cualquier confidencia del mundo privado** y, por tanto, a la posibilidad de que la mujer se sienta confiada y acogida por el/la profesional para revelar una situación tan costosa y, en muchos casos, tan traumática.

Si a cualquier mujer le cuesta años desvelar este hecho en su ámbito más íntimo, hacerlo delante de un/a profesional requiere haber establecido previamente un nivel mínimo de confianza y de complicidad con la persona; un espacio donde pueda sentirse protegida.

- Ha de tenerse muy presente que, en la mayoría de las sociedades de las que proceden las mujeres inmigradas, **las relaciones de pareja están delimitadas al ámbito de lo privado**. Por tanto, **hablar de las relaciones íntimas (sean estas positivas o negativas) con un/a profesional de la salud generalmente no se corresponde con sus marcos culturales de origen**. Incluso puede llegar a interpretarse como falta de respeto o lealtad hacia su marido/pareja.

- La **creación de la relación de confianza** requiere un **margen temporal** que variará en función de cada mujer, sus marcos culturales, su situación y la calidad de la relación interpersonal establecida (el conjunto de factores anteriormente desarrollado).
- Generalmente las mujeres inmigradas **necesitan un margen de tiempo superior al marco temporal al que el/la profesional están sometidos en una consulta ordinaria**, lo que puede llevar a tener que buscar otros espacios –a través de citas previas, por ejemplo– en los que continuar este proceso o, en su defecto, prolongar el número de consultas ordinarias hasta percibir que la relación de confianza se ha establecido suficientemente. **Si ninguna de estas posibilidades es factible, lo mejor que puede hacerse es derivar**, de manera muy cuidadosa, **a otro/a profesional o servicio** que pueda asegurar con mayor garantía este proceso de detección.
- Ello conlleva que la prioridad, más que conseguir el diagnóstico a toda costa, sea **generar un proceso de seguimiento cercano y atento**. Será esto último lo que **lleve a las/os profesionales** a los indicios necesarios para el diagnóstico y la detección, así como para el desarrollo del procedimiento pertinente que asegure su tratamiento¹.

¹ Para profundizar en el establecimiento de la relación de alianza terapéutica o de confianza, consultar el apartado 7.





5 Factores implicados en la relación sanitaria con mujeres inmigradas



5.1 Dificultades a las que se enfrentan profesionales y mujeres inmigradas en la relación sanitaria para la detección de la violencia de género

Dificultades de las mujeres inmigradas

- En su **horizonte conceptual** el personal sanitario **no es el que puede ayudarle** en su situación. Consideran que no es un asunto que se hable en al ámbito público, sino en el **privado**.
- **Ausencia de una relación de confianza:**
 - No existe una relación de confianza que haga posible la comunicación de las cuestiones más delicadas.
 - Algunas actitudes de los profesionales causan directamente el retraimiento de la confianza e impiden la posibilidad de que las mujeres hablen de asuntos delicados.
- La **naturalización de la violencia** contra las mujeres **en las sociedades de origen** y de un determinado rol social de la mujer (sumisión, mantenimiento del equilibrio familiar..., etc.).
- **Desconocimiento**, por parte de las mujeres, de sus **derechos** como mujeres, de su **propio cuerpo y de los modelos** (de comportamientos adquiridos como mujeres) **que han interiorizado**.
- Como consecuencia de una relación violenta, **interiorización de una imagen negativa de sí mismas** como mujeres, esposas, madres y/o migrantes..., en la que ellas no son prioridad para cambiar su situación.
- El hecho de que el/la **profesional sea hombre o mujer** influye mucho respecto de lo que es posible o no comunicar y confesar. En muchos marcos culturales las confidencias de las mujeres se realizan solo entre mujeres.
- **Miedo a las consecuencias legales y los riesgos para su vida** que pueda tener reconocerse como mujer maltratada ante los profesionales sanitarios.



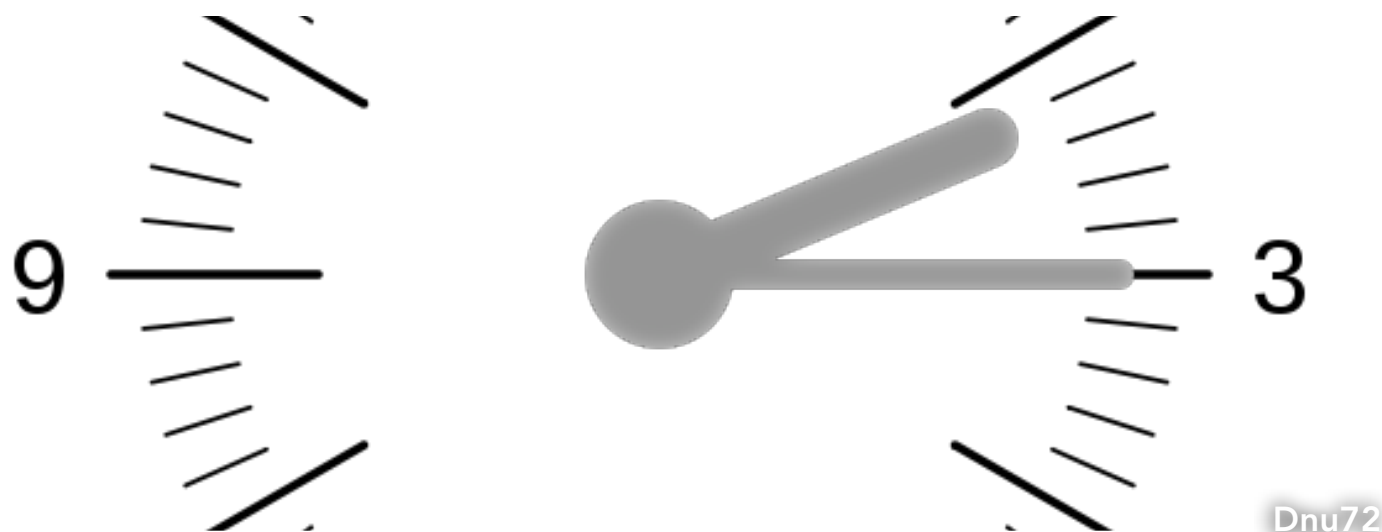
- Desconfianza en el uso de la información compartida: qué uso legal y hacia la pareja va a hacer el/la profesional.
- Puesto que los mismos profesionales atienden al hombre y a la mujer, ella puede temer lo que pueda decirle el/la profesional a su pareja y las consecuencias de ello. Incluso pueden temer que el/la profesional se ponga de parte del hombre contra la mujer.
- **Percepción de haber sido presionada** en el proceso de verbalización:
 - Los **modos de preguntar**, el uso del **tiempo** y la **actitud** del/a profesional pueden ser percibidos como abruptos, invasivos, agresivos e irrespetuosos aunque el/la profesional no lo pretenda.
 - Con el objetivo de la detección precoz, en ocasiones, se aceleran procesos para los que la mujer no está preparada y esta se siente **forzada, violentada**, pudiendo romper, de este modo, la relación establecida y no volver a aparecer.
- Sentimiento de estar **traicionando** a su pareja, de estar traicionando los modelos recibidos, de estar traicionándose incluso a sí misma.

- Cuando vienen **derivadas de otro servicio o se hace explícita la situación de violencia**:
 - **Confusión** y **estrés** causados por la **repetición** de la primera entrevista.
 - **Vergüenza** de preguntar por lo que puedan pensar de ella, porque puede parecer ignorante, etc.

Dificultades de las/os profesionales

- **Falta de formación continua e integral**:
 - Sobre la **complejidad de la violencia** de género y del modo en que puede manifestarse la misma en la comunicación, verbal y no verbal, de las mujeres inmigradas, con la diversidad que ello implica.
 - Sobre los **procesos migratorios** y la situación de las personas inmigradas en España.
 - Sobre cómo hay que hacer una **entrevista personal**, cómo dar una información delicada, cómo generar un clima de confidencialidad y confianza.
 - Sobre el **carácter cultural** de las construcciones relativas a la mujer, a su vivencia del cuerpo y de la salud, al rol que se espera que desempeñe...





- ▶ Ausencia de un trabajo personal para profesionales: no pueden ofrecer las competencias y habilidades (culturales, relacionales, de equidad de género...) que no poseen ni han trabajado desde una formación integral.
- ▶ Sobre-atribución, a veces, de las dificultades comunicativas al factor cultural, cuando pueden ser debidas a otros múltiples factores.
- ▶ Inquietud, por parte de las/os profesionales, por lo que ha de hacerse cuando se detecta una situación de violencia de género.
- ▶ Trabajo desde modelos médicos unívocos que no son sensibles a la atención en contextos de diversidad cultural.
- Los **tiempos de atención** son inadecuados, en general, y mucho más si se introduce la cuestión de la diversidad cultural, lingüística, etc.
- No hay un **seguimiento adecuado** de las personas y de sus situaciones, aunque ese seguimiento se considera necesario.
 - ▶ Hay **dificultades institucionales** que hacen difícil que las mujeres puedan acudir a esos seguimientos: incompatibilidad de los horarios laborales con los de los Centros de Salud, dificultades para reconocer ante otra persona una situación de maltrato, miedo a las consecuencias.
 - ▶ **Victimización secundaria**: Sucede con frecuencia que las instituciones que deben apoyar a la víctima generan también perjuicio, debido a falta de personal especializado o capacitado, tratos inadecuados, petición de relatar o revivir la situación de violencia en muchas ocasiones, falta de reconocimiento al carácter de víctima o despreocupación por la persona y sus necesidades.

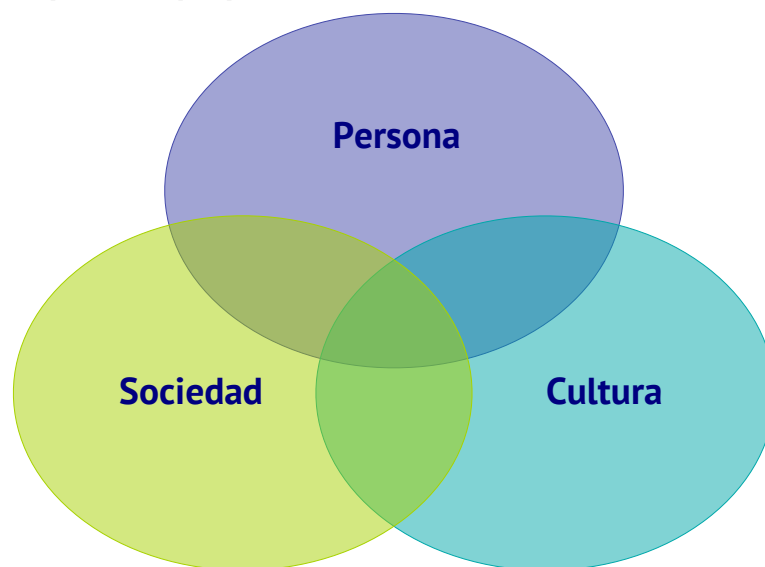


5.2. Factores implicados en el proceso de detección de la violencia de género en mujeres inmigradas

En la relación entre profesionales sanitarios y mujeres inmigradas, se superponen tres esferas: 1. La esfera de la **persona** como ser único, individual y distinto del resto de personas; 2. La esfera de la **sociedad** (de referencia, que en el caso de las mujeres inmigradas pueden ser al menos dos) y el modo en que esta condiciona las posibilidades

de las personas y moldea su evolución y procesos de aculturación; y 3. La **cultura**, entendida como cultura de origen, que establece los parámetros de socialización y los modos de relación en una etapa temprana de la vida, configurando valores y comportamientos socialmente adaptados a un contexto determinado.

Figura 5. Esferas que se superponen en la relación sanitaria con mujeres inmigradas



Fuente: Análisis de la comunicación intercultural de Margalit Cohen.

Si bien todo ello es cierto, no puede olvidarse el carácter dinámico y continuo de cambio de estas tres esferas, así como la **variabilidad interna** a las mismas. Tanto las **personas, como las sociedades, como las culturas cambian y se modifican a sí mismas constantemente**.

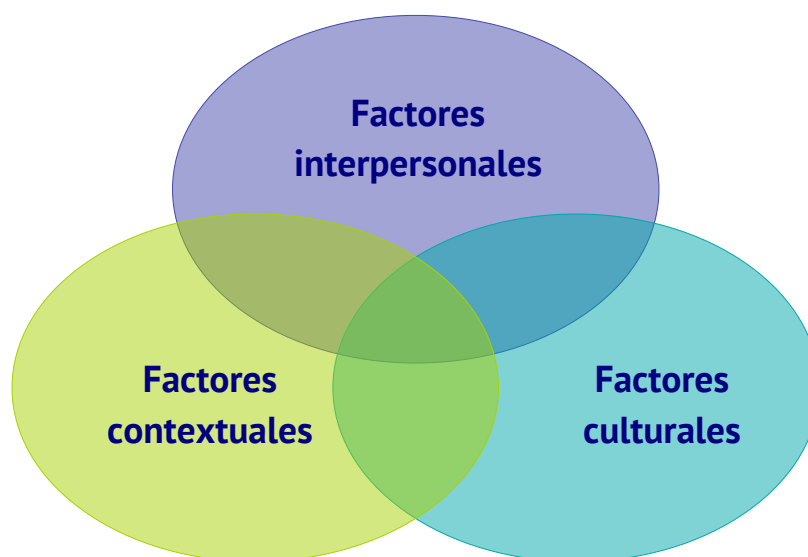
Las **diferencias culturales** entre pacientes y profesionales se observan también al **interior de los grupos de referencia**, lo cual refleja el carácter dinámico de la cultura. Así, por ejemplo, una mujer colombiana puede ser muy diferente de otra, del mismo modo que una valenciana puede serlo de otra valenciana, y de sí misma dependiendo de su momento vital: su individualidad y sus circunstancias son deter-

minantes en su proceso de configuración personal.

Como puede verse reflejado también en el apartado anterior al tratar las dificultades en la relación entre mujeres y profesionales sanitarios, **los factores culturales son solo una parte del conjunto de factores implicados** en el proceso de detección de la violencia de género y, en muchos casos, aseguran expertas/os en la materia, son los menos significativos.

Gráficamente podrían establecerse tres grupos de factores, que corresponderían paralelamente a las tres esferas enunciadas en la figura anterior: 1. Interpersonales; 2. Contextuales; 3. Culturales.

Figura 6. Factores implicados en la relación de las/os profesionales con mujeres inmigradas



Fuente: Elaboración propia CeiMigra.

Algunos ejemplos de los tres conjuntos de factores implicados son los que siguen:

Factores interpersonales

De las mujeres

- Actitud de acogida/distanciamiento por parte de la mujer hacia el/la profesional y hacia el sistema sanitario.
- Actitud de acogida/distanciamiento del/la profesional percibida por la mujer.
- Expectativas de la mujer sobre la relación médico-paciente.
- Grado de apertura a la cultura de destino/residencia.
- Recursos personales (estrategias de afrontamiento) y grado de salud psicoafectiva.
- Malentendidos en la relación comunicativa médico-paciente por motivos no culturales.

De las/los profesionales

- Actitud de acogida del/la profesional hacia la mujer versus actitud de recelo, distancia o rechazo.
- Expectativas del/la profesional sobre la relación médico-paciente.
- Clima emocional y relación de confianza establecida por el/la profesional hacia la mujer.



Grado de apertura e interés hacia la cultura de origen de la paciente.

- Grado de flexibilidad/inflexibilidad sobre la conveniencia de atender a otros modelos de salud.
- Habilidades comunicativas generales del/la profesional.
- Grado de consciencia de las limitaciones o facilidades que genera ser hombre o mujer (como profesionales) en el establecimiento de la relación de confianza.
- Recursos personales (autoconsciencia, trabajo sobre sí mismo/a) y nivel de habilidades interpersonales.
- Malentendidos en la relación comunicativa médico-paciente por motivos no culturales.



Factores contextuales

De las mujeres

- Situación socio-económica y laboral, grado de dependencia económica de terceros (por ejemplo, de su pareja).
- Situación jurídico-administrativa (de regularidad o irregularidad, o posibilidad de perder la regularidad).
- Nivel de formación: grado de consciencia de las relaciones de violencia de género, grado de conocimiento sobre la penalización de este hecho y los mecanismos que existen en el país de residencia para acabar con la situación de violencia.
- Redes a las que se tiene acceso en país de residencia y situación familiar en el país de origen.
- Conflictividad familiar, manifiesta o potencial, en el país de residencia y en origen.
- Duelos y procesos migratorios resueltos o no.
- Miedo a la expulsión del país de residencia, para ella o para su pareja o familiares.
- Miedo a las consecuencias personales de hablar de su vida privada.

De las/los profesionales

- Grado de motivación en el trabajo.
- Inestabilidad laboral.
- Tiempo de que dispone para cada paciente.

- Posibilidades de derivación y de seguimiento de los casos.
- Problemas personales extra-laborales.
- Posibles problemas de violencia de género (ejercida o sufrida por los/as propios/as profesionales).

Factores culturales

De las mujeres

- Marco cultural de origen y origen rural o urbano.
- Nivel de normalización de las relaciones de violencia contra la mujer en el país de origen.
- Rol social de la mujer en origen y grado de autonomía/dependencia.
- Grado de identificación con la cultura de origen y/o con otros marcos culturales (por ejemplo, el de residencia, el de otros lugares en que ha vivido, etc.).
- Grado de conocimiento del marco cultural del lugar de residencia.
- Modelos culturales de salud distintos (distancia cultural).
- Identificación –o no- del/a profesional sanitario como persona de referencia para tratar temas relacionados con la vida de pareja.
- Grado de conocimiento del modelo de salud de la sociedad de residencia y valoración positiva versus negativa del mismo.

- Modelos de jerarquía social distintos y grado de desconocimiento del modelo de jerarquía de la sociedad de residencia.
- Diferencias en los códigos de comunicación (verbal y no verbal) y desconocimiento de los del/la profesional.
- Dificultades idiomáticas para expresarse y/o comprender.

De las/os profesionales

- Desconocimiento de la cultura de origen de la mujer.
- Modelos culturales de salud distintos (distancia cultural).
- Desconocimiento del modelo de salud de la sociedad de origen de la mujer.
- Valoración positiva (parcial o total) del modelo de salud de origen de la mujer versus valoración negativa del mismo.
- Modelos de jerarquía social distintos y desconocimiento del modelo de jerarquía de la sociedad de origen de la mujer.
- Diferencias en los códigos de comunicación (verbal y no verbal) y desconocimiento de la mujer.
- Dificultades idiomáticas para comprender a la persona.

En cada caso la importancia de estos factores puede cambiar sustancialmente, de modo que, dependiendo de la **situación** sociolaboral y

emocional de la mujer y del/la profesional, de los conocimientos, habilidades y actitudes **interpersonales** de profesionales y de la mujer, y de la distancia **cultural** en la relación entre profesionales y mujeres atendidas, la importancia de cada uno de los factores variará sustancialmente y habrá que trabajar más unos u otros para conseguir la relación de **confianza**.

Los **factores culturales** son solo una parte del conjunto de factores implicados en la relación con las mujeres inmigradas y, en muchos de los casos, no son los más relevantes. Los **factores contextuales** y, sobre todo, los **personales e interpersonales** se tornan, en la mayoría de los casos, en los factores fundamentales.

Contemplar a la mujer en su unicidad y no como alguien perteneciente a un grupo cultural etiquetado puede evitarnos caer en estereotipos que no se cumplen en el caso individual.

Es fundamental contemplar no solo los factores relativos a las mujeres, sino a la interacción de los factores situacionales, interpersonales y culturales de las mujeres con los de las/os profesionales.



6 Claves para la **comunicación intercultural en la relación sanitaria con mujeres inmigradas: hacia un modelo de **salud intercultural****



6.1 Modelos y prácticas de salud como construcciones culturales

El modelo biomédico, predominante en las sociedades occidentales, se asienta sobre unos postulados culturales determinados, al igual que otros modelos de salud: parte de un modelo epistemológico de pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, y **del modo de concebir esta realidad se desprenden, también, los modos de dar respuesta**. De todos es conocido que, pese a su fuerte carácter empírico, este modelo también encuentra limitaciones en el abordaje de la salud y la enfermedad.

En un modelo que pretenda dar respuesta a la salud del conjunto de la ciudadanía, siendo sensibles a su diversidad cultural, no basta con aplicar “la medicina occidental” con su aproximación biológica-científica. Es importante **incluir las creencias culturales, vivencias personales y experiencias cotidianas de cada persona** en el análisis de cada caso para lograr un entendimiento completo de su bienestar.

En nuestra sociedad aún predomina la visión de la relación entre salud y enfermedad solamente desde el **punto de vista del bienestar físico-biológico**. Se confía en las tecnologías para

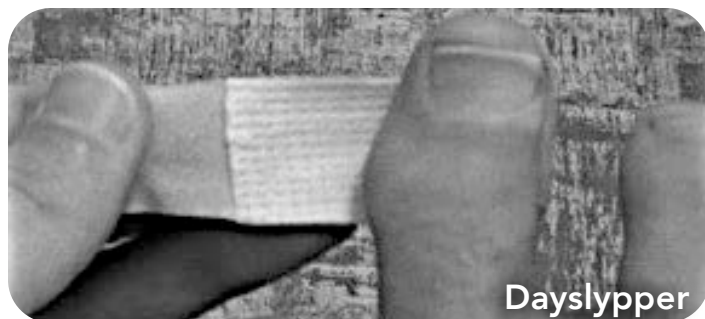
curar o prevenir enfermedades y se olvida o, incluso, se menosprecia a veces, una concepción más holista, a menudo propuesta por otras tradiciones culturales que integran la interrelación de lo emocional, lo físico y lo social (lo cual coincide, en muchos casos, con el concepto de salud de la OMS).

Es interesante la **triple diferenciación que hace el inglés del término castellano “enfermedad”**:

1. *Disease*, señala las anomalías funcionales o estructurales de base orgánica;
2. *Illness*, hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad; y
3. *Sickness*, alude a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad, sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas.

No debemos olvidar que **en muchos lugares del mundo siguen teniendo gran influencia los conceptos naturalistas, con un enfoque mucho más holístico y espiritual**. Hay un **mayor peso de la sickness**, es decir, la enfermedad en relación a las implicaciones sociales, comunitarias y familiares de la persona y grupo de referencia.





La medicina occidental más tradicional, por el contrario, se centra en curar la enfermedad física, no a la persona en conjunto. No obstante, de manera gradual, **nuestra sociedad se va abriendo a formas más integrales de entender la salud y sus implicaciones a todos los niveles del individuo, más allá de la sintomatología física.** Prácticas cada vez más extendidas en nuestro contexto como yoga, tai-chi, mindfullnes, o las diversas formas de relajación y meditación tan altamente demandadas, nos hacen ver la necesidad de completar la perspectiva reduccionista de la salud y el bienestar que durante siglos ha imperado en Occidente.

En este sentido, las **diferentes concepciones de la salud que traen consigo muchas personas migrantes contribuyen a enriquecer y completar** estas concepciones, a veces parciales e insatisfactorias, incluso para los propios usuarios y usuarias españolas.

Las concepciones sobre la salud dependen de la cultura, pero también, y de modo más concreto, tienen **relación con la clase social, las creencias**

populares, la educación, el empleo, la confesión religiosa, las experiencias previas con la enfermedad o el funcionamiento de los sistemas sanitarios de cada contexto.

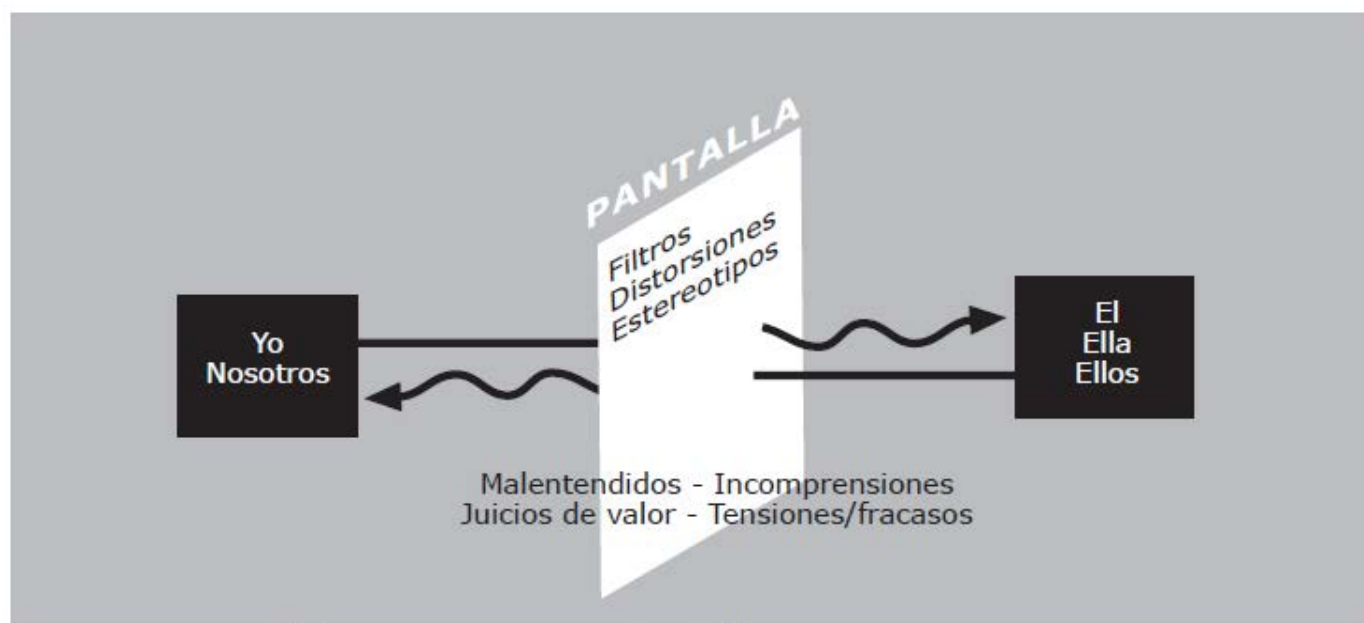
- En el escenario actual de la sociedad española, crecientemente diversa, parece claro que el modelo de salud se encuentra ante el **reto de diversificar sus modelos de referencia** –*en sus dimensiones biológica, social y cultural*–, **construyendo un modelo de salud que integre otras concepciones entorno a la salud en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre modelos médicos diversos, y en aras de dar una respuesta de calidad a la misma diversidad que encarnan las y los usuarios del actual sistema sanitario en España.**
- Aunque es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, sí que se pueden elaborar **estrategias y modos de actuación progresivamente inclusivos, que den cabida al diálogo con otras tradiciones** y ayude a las usuarias/os a crear una **relación de confianza**, desde la aceptación mutua (al menos, parcial) de sus respectivos postulados en torno a la salud y la enfermedad.



6.2 El límite de nuestra perspectiva cultural

Es imprescindible conocer que, cuando nos acercamos a comprender un marco cultural diferente al propio, lo hacemos siempre desde un **marco referencial determinado (la cultura propia)**, con un **filtro** que determina la valoración de la cultura que se quiere conocer desde **un inevitable juicio comparativo**. Los parámetros lingüísticos y simbólicos (los “filtros” contruidos para comprender la realidad y relacionarnos con ella) no son los mismos, por lo que siempre hay un límite y un margen de error al acercarnos a comprender desde el “yo”-o el “nosotros”- otros marcos culturales.

Figura 7. Obstáculos presentes en la comunicación intercultural



Fuente: Interacción intercultural de ITECO²

² En: *Dossier para una Educación Intercultural Teoría: El proceso intercultural*. Artículo extraído del dossier pedagógico *Vivre ensemble autrement* (octubre 2002), perteneciente a la campaña de Educación para el Desarrollo *Annoncer la Colour*, iniciativa de la Secretaría de Estado para la Cooperación al Desarrollo de Bélgica. Traducción para CIPFUHEM: Leandro Nagore.



El filtro de nuestra mirada sobre la realidad de la otra persona genera inevitables distorsiones comunicativas, fruto de los estereotipos, prejuicios, y juicios de valor que tengamos. **Todos/as tenemos ideas preconcebidas** sobre la otra persona, y especialmente si no conocemos demasiado su procedencia cultural, **los factores individuales y sociales quedan minimizados y se exacerban las pocas y, en muchos casos, erradas referencias culturales.**

A modo de ejemplo: Si yo tengo la idea de que las mujeres magrebíes son distantes con los hombres y ponen obstáculos en la comunicación, puede que venga una mujer de esta procedencia a la consulta con un estado de ánimo depresivo y triste, esperando una respuesta de cercanía.

Desde el filtro de “mujer difícil” que puedo tener como profesional masculino y ajeno a su marco referencial, voy a interpretar sus signos comunicacionales no verbales (evitación de la mirada, postura encogida, tono de voz bajo) de manera distorsionada, reforzando mi prejuicio (“todo lo que veo me está dando la razón”). Ello llevará al profesional a sentirse incómodo, concluyendo que si es hombre no tiene posibilidades de cercanía con ella, y ante esta interpretación automática puede que decida no hacer ningún esfuerzo de acercamiento hacia ella, más allá de la consulta mínima y ordinaria, ante el miedo – encubierto- a fracasar.

Al modo de acercarnos a la realidad cultural de otros desde fuera, desde el propio filtro cultural, se le denomina “**perspectiva etic**”, mientras que un acercamiento a la cultura

propia desde dentro, desde los filtros perceptivos y los marcos de comprensión construidos en dicha cultura, lo denominan “**perspectiva emic**”.

- Asumir que en el intento de **comprender la cultura de la otra persona adoptamos una perspectiva limitada y filtrada** –*etic*– es un criterio de profesionalidad y un modo de evitar caer en el etnocentrismo.
- Ser **conscientes de los propios estereotipos y prejuicios** que tenemos acerca de la cultura de la otra persona ayudará a **no exacerbar la importancia de lo cultural** y a no olvidar la importancia de **los factores individuales y contextuales de la persona.**

Baste un ejemplo que le sucedió a la antropóloga Margaret Mead para comprender lo fácil que es malinterpretar cuando no se cuestiona el propio punto de vista al acercarse al mundo cultural del otro:

“En el curso de una de sus investigaciones sobre el lenguaje de una población aborígen, trató de aprender este lenguaje a través de un procedimiento denotativo. Señalaba un objeto y pedía que le pronunciaran el nombre; luego otro objeto, y así sucesivamente; pero en todos los casos recibió la misma respuesta: ‘Chemombo’. Todo era ‘Chemombo’. Pensó para sí: ‘¡Por Dios, qué lenguaje terriblemente aburrido! ¡Todo lo designan con la misma palabra!’ Finalmente, después de un tiempo, logró averiguar el significado de ‘Chemombo’, que quería decir... ¡señalar con el dedo!”



Por otra parte, en todo marco cultural existen **elementos observables y explícitos**, al alcance de quienes pertenecen a él y de quienes se acercan desde fuera. Pero también existen, en todo marco cultural, elementos **no observables, implícitos** y muchas veces solo *accesibles a*

través de un conocimiento más profundo, del lenguaje oral o de las conversaciones informales. Esta realidad viene a manifestarse gráficamente como un iceberg, del que solo podemos observar la parte menos significativa en relación a la que no podemos ver.

Figura 8. El iceberg cultural: dimensiones implicadas en la comunicación intercultural



Fuente: Elaboración de CeiMigra a partir del modelo de G. Hofstede.

Los malentendidos y problemas de comunicación generalmente surgen del desconocimiento de los niveles menos observables de la cultura de la otra persona. Al no observarlos ni conocerlos, presupongo que el otro pensará lo mismo que yo, dado que, precisamente porque suelen ser principios incuestionables, no generan necesidad

de cuestionarlos hasta que no se presenta una situación que lo confronte.

Generalmente, **cuanto más profundos son esos elementos de la cultura mayor resistencia al cambio muestran** en un primer momento, dado que representan las raíces sobre las que se generan los procesos de identificación grupal y personal.

6.3 Algunas variables culturales implicadas en la relación sanitaria con mujeres inmigradas

Dentro de los factores culturales, existen dimensiones que varían sensiblemente en función del marco cultural de referencia y que se tornan especialmente relevantes en la relación sanitaria con mujeres inmigradas.

1. Grado de preocupación por el conflicto

Esta dimensión se entiende como gradiente (alta preocupación/baja preocupación). En ella podrían establecerse los dos extremos *entre los cuales* se podrían situar la mayoría de los marcos culturales. Ambos polos conformarían así un **modelo próximo**, caracterizado por poca preocupación por el conflicto, y un **modelo distante** o con mucha preocupación por el conflicto.

Así, un modelo más próximo y uno más distante diferirán en:

- ▶ Los **contenidos** de la comunicación (1), siendo el patrón general del modelo próximo una comunicación abundante, mientras que en el distante el contenido que se intercambia es escaso y comedido.

Del mismo modo, la *información personal o comprometida* en el modelo próximo es muy habitual y signo de confianza, mientras que en el modelo distante ese tipo de información es poco habitual y puede ser malinterpretada como excesiva o maleducada.

- ▶ La **veracidad** (2) es otra de las variables de diferenciación cultural: las mentiras sociales son muy habituales en el modelo *distante*, ya que el objetivo principal es *mantener la armonía y evitar el conflicto*. Se usan de manera normalizada y *no hay interpretación de ofensa cuando alguien las utiliza*, ya que se entiende que la causa de su uso es la *prevalencia del bienestar colectivo*. Por el contrario, en el modelo *próximo* son *poco habituales*, dado que la preocupación por el conflicto es baja y con frecuencia prevalece la razón individual sobre el bienestar colectivo.
- ▶ Las **formas lingüísticas** utilizadas (3) en el modelo próximo son muy directas, mientras que en el modelo distante son muy indirectas.



- ▶ Y en relación a las formas lingüísticas, el **paralenguaje** (4) y el énfasis utilizado en el primer modelo es generalmente elevado, a la vez que en el modelo distante el uso del énfasis tiende a ser bajo.
- ▶ El **tiempo** (5) es una variable fundamental en la comprensión de los modelos culturales con los que hemos de comunicarnos. Así, en el modelo próximo la secuencia de interacciones suelen estar poco diferenciadas unas de otras (es habitual que haya solapamientos y hablen a la vez), las interacciones son generalmente cortas, los silencios son muy breves y escasos, y se utilizan conectores para hacer entender que se desea continuar con el turno de palabra. En el modelo distante, las secuencias son muy diferenciadas, al igual que los turnos, los silencios son habituales y es signo de buena conversación, y los solapamientos o los continuadores no se valoran positivamente, por lo que son poco frecuentes.
- ▶ Por último, el **espacio** (6) determina, del mismo modo que los tiempos, una comunicación adecuada o inadecuada en los diferentes modelos. Así, para el modelo próximo las *distancias interpersonales* suelen ser cortas y el *contacto físico* es muy habitual, interpretándose como signo

de cercanía y tranquilidad, mientras que en el modelo distante las distancias son más pronunciadas como signo de respeto y es muy poco habitual el contacto corporal, pudiendo entenderse como excesivo o maleducado. El contacto visual es una herramienta comunicativa más en el modelo próximo, valorándose como signo de veracidad y claridad comunicativa. No obstante, en el modelo distante no es habitual, y puede interpretarse como falta de respeto o mal de ojo, según los casos. La expresividad de manos y rostro o la coordinación de movimientos en el modelo próximo son muy habituales, mientras que en el distante son muy poco habituales y no se valoran positivamente.

Si pensamos en la cultura *china* o en la *mediterránea* resulta fácil situar a ambas en los modelos descritos, siendo la china más afín a un modelo distante, y la mediterránea más cercana al modelo próximo. En muchos de los casos, puede observarse cómo lo preestablecido para una cultura como “lo adecuado” es completamente inadecuado para la otra. Si nos situamos desde una perspectiva *emic* en cada uno de los modelos podemos acercarnos a comprender las razones socio-histórico-políticas por las cuales se establecen como adecuados o inadecuados determinados patrones de comportamiento. Sin



embargo, si no atendemos a esas posibles diferencias e interpretamos el comportamiento de quienes proceden de otro marco cultural desde las propias claves (adecuado/inadecuado) las confusiones y malentendidos serán múltiples, y el grado de comunicación y entendimiento mutuos se verán seriamente limitados.

2. Grado de simetría en las relaciones

Respecto a la segunda dimensión, *grado de simetría en las relaciones*, podrían establecerse dos modelos respondiendo a los extremos de la misma, sabiendo que el grado de simetría o asimetría es relativo y en ningún caso puede ser total o nulo.

- Así, el modelo denominado *simétrico* mantiene un **contenido** comunicativo (1) similar para todos los interlocutores, es decir, no hay grandes cambios en lo que se dice, independientemente de quién sea el interlocutor. En cambio, en el modelo asimétrico existe una diferencia clara en aquello que se comunica según sea la persona interlocutora más o menos próxima. La información explícitamente social es utilizada en el modelo asimétrico como un modo de “entablar” la relación, de modo que en ocasiones esta puede ocupar gran parte de la interacción. En el modelo simétrico no es habitual, y cuando se da es

mucho más breve, dado que se pasa más directamente al tema central de la conversación.

- El uso de **mentiras sociales** (2), el **estilo del lenguaje** (3) y el **paralenguaje** (4) son utilizados diferencialmente en el modelo asimétrico, dependiendo del estatus de la persona con la que se habla se utiliza un tipo de lenguaje u otro, una intensidad, una entonación... En el modelo simétrico se utilizan del mismo modo para cualquier interlocutor y si existen diferencias, no son muy pronunciadas. La *sonrisa*, fuertemente utilizada en el modelo simétrico para establecer empatía y cordialidad, puede ser interpretada como signo de ligereza y falta de control en modelos más asimétricos como pueden ser el japonés o el chino.
- El **tiempo** (5) y el **espacio** (6) son igualmente importantes en el modelo asimétrico, estableciendo claras diferenciaciones en los turnos de palabra y siendo muy desiguales los tiempos de intervención según el estatus. El espacio es muy relevante, así como las distancias interpersonales en función del estatus de cada uno de los interlocutores. En cambio, en el modelo simétrico el espacio no es muy significativo, la proximidad suele interpretarse como signo de cercanía y buena relación, y los tiempos pueden ser muy equitativos aunque existan diferencias de estatus.



Siguiendo con los ejemplos anteriores, la cultura *china* sería un ejemplo de modelo asimétrico, mientras que la *mediterránea* se acercaría más al modelo simétrico, pero no en todos los casos. Por ejemplo, muchos antropólogos clasifican a la cultura *árabe* dentro de un modelo más asimétrico. Y habría que cuestionar qué grado de simetría existente en sociedades como la *española, italiana o griega*. Las sociedades *nórdicas* podrían responder, del mismo modo, a modelos más simétricos, mientras que sociedades con altos índices de clasismo o xenofobia responderían al modelo asimétrico. **Ello no quiere decir que no existan asimetrías en un modelo de tendencia simétrica, y viceversa, que no existan simetrías en un modelo de tendencia asimétrica.** Pero existen generalidades que, como hemos podido observar, determinan patrones comunicativos diferenciados.

La confidencia y el compartir sobre la vida personal con el personal sanitario depende mucho de estas variables, ya que si una mujer considera que la información personal no se comparte con personas del ámbito extra-familiar, difícilmente lo hará, a no ser que progresivamente se genere una relación de confianza, trabajada a lo largo del tiempo.

- En este sentido, para mujeres que proceden de modelos culturales más distantes, será **más difícil confesar una posible situación de violencia** cuando para ella prevalece, ante todo, la prevalencia del bienestar colectivo sobre el individual, y la prevención del conflicto.
- **Conocer y saber interpretar bien las diferencias en las formas lingüísticas y el paralenguaje de la persona que viene a una consulta** resulta fundamental para que no se den malentendidos. En un segundo momento, tratar de adecuar en lo posible el lenguaje del/la profesional a los parámetros de la persona que está ante nosotros puede ser una de las claves del éxito de la relación terapéutica: saber cómo y cuando mirar, qué tono emplear, cómo saludar y despedirse, cómo preguntar...
- Del mismo modo, **respetar el tiempo de la persona** dentro de las posibilidades que tengamos, sin presionar el turno de palabra resulta fundamental para que la persona no se sienta agredida ni cortada en su modo de establecer una relación espontánea y positiva.



Confluencia de dimensiones preocupación por el conflicto y grado de simetría³

Entre esos cuatro extremos se sitúan diferentes marcos culturales. Como ejemplos, la cultura caribeña se identificaría con el **patrón A** (una baja preocupación por el conflicto y una alta simetría). La cultura china y muchas culturas asiáticas como la filipina, la japonesa o la **hindú** responderían más a un **patrón tipo B** (alta preocupación por el conflicto y baja simetría). Los aborígenes australianos, y muchos pueblos indígenas se acercaría más al **patrón C** (alta preocupación por el conflicto y alta simetría). Por último, la cultura árabe se acercaría más al **modelo D** (baja preocupación por el conflicto y baja simetría). El resto de marcos culturales bien podrían situarse en un continuum a lo largo de esa matriz de cuatro extremos, como podría ser el merco cultural de la Europa mediterránea, que podría situarse cerca de la cultura caribeña, con una baja preocupación por el conflicto y una alta simetría.

Obviamente estos indicadores no son sino **claves interpretativas generales**, las cuales han de tomarse con cautela, dado que al interior de los grandes marcos culturales existe toda una **diversidad de subculturas, etnias, particularidades históricas, sociales, políticas, familiares e individuales que modifican y reinventan aquellas**

referencias generales en torno a las cuales se generan los diversos intentos de definir como cerrado lo que no es sino un proceso vivo e inacabado.

3. Evitación de la incertidumbre y orientación a largo plazo

La **evitación de la incertidumbre y la orientación a largo plazo** son dos variables altamente interrelacionadas. La evitación de la incertidumbre se traduce en el modo en que una cultura educa a sus miembros en manejar situaciones no estructuradas, novedosas, desconocidas. El diseño de leyes y normas es un medio de evitar dicha incertidumbre; cuanto más cerradas y definidas sean éstas, en mayor medida intentarán evitar la incertidumbre. Asimismo el concepto de grupo social o parentesco estará muy definido.

El modo en que se gestione la incertidumbre está relacionado también con una **orientación de la vida a corto o a largo plazo**. Así, pues, la capacidad de ahorrar o perseverar en un proyecto, el valor del esfuerzo para cambiar y conseguir los objetivos marcados, o el modo de educar y construir un proyecto familiar presuponen un cierto grado de confianza en el

³ La confluencia de estas dos variables, así como la descripción de los elementos incluidos en cada una de ellas, parten de un modelo elaborado por el grupo CRIT: www.crit.uji.es





futuro. Las culturas asiáticas, especialmente la china, la japonesa o la hindú, tienen una larga tradición en esta orientación a largo plazo. La adhesión a una confesión religiosa favorece, asimismo, una priorización de la perseverancia para conseguir los objetivos en la vida.

El grado de **vinculación de una mujer a su marido**, por ejemplo, o el concepto de **matrimonio para toda la vida** atribuido como horizonte de felicidad están relacionados con esta dimensión. En este sentido, no se plantea con la misma facilidad terminar una relación de pareja –o matrimonio– una mujer cuyo referente es un marco con una fuerte evitación de la incertidumbre (porque tenderá a proyectar relaciones a largo plazo y pese a que exista un alto coste personal) que aquella otra que ve que las relaciones pueden funcionar bien o mal, y que si no van bien lo mejor es dejarlo cuanto antes.

4. Religión y vinculación trascendente con la vida

“En la actualidad, sin embargo, los cuidadores de la salud tienen el poder del conocimiento adquirido a través de la ciencia; pero no deben olvidar que toda persona que solicita ayuda posee un sistema de creencias que mueve su conducta, entre las que se hallan las vinculadas con la salud y las religiosas, y que todas pueden facilitarles o entorpecerles el cumplimiento de sus funciones si no son capaces de tenerlas en cuenta durante la correcta relación profesional que establezcan con ellas, y que más valor tiene el conseguir el bienestar de las personas a nuestro cuidado que el imponer nuestras creencias por considerarlas más racionales o superiores”

(González Valdés, 2005).

Muy en relación con la variable anterior se encuentra, asimismo, la religión y la vinculación trascendente con la vida.

Aunque en un Estado aconfesional pueda parecer extraño, **la no-creencia religiosa es el estado menos común en nuestro planeta**. Dicho de otro modo: **la gran mayoría de las personas en el mundo se identifica con una visión trascendente de la vida, con un sistema de creencias, o se siente vinculada a una determinada confesión religiosa**. Ello debe plantearnos la necesidad de conocer cuáles son estos marcos de sentido y **cómo afectan a la calidad de vida, por tanto, a las concepciones y prácticas de salud, a los modos de enfermar y recuperarse**, etc.

La vinculación trascendente con la vida, esté más o menos vinculada a una institución religiosa concreta o no, **es un modo de dar sentido a la vida personal, familiar y comunitaria y, por tanto, de organizar la propia estructura psicológica y el modo de afrontar lo cotidiano.** En muchos casos ayuda a enfrentar situaciones estresantes, como pueden ser la enfermedad o el mismo proceso migratorio. Por todo ello, no se debe menospreciar la influencia positiva que puede tener esta variable en la salud de las personas.

- En esta misma medida, será fundamental **generar una relación respetuosa hacia el mundo de creencias y prácticas religiosas de las usuarias.** Lo contrario tiene el alto riesgo de ser percibido por la persona como falta de respeto, amenaza y, por tanto, puede impedir el establecimiento de la relación terapéutica.
- Muchas tradiciones religiosas tienen **mensajes claros de igualdad entre las personas y de búsqueda de la felicidad**, aunque se hagan interpretaciones patriarcales y machistas de las mismas. Utilizar los **mensajes de base religiosa que fomenten las relaciones de respeto e igualdad** puede ser una estrategia **eficaz** para generar un clima de confianza y aceptación.

5. Masculinidad-Feminidad como variable transcultural

El **grado de masculinidad** es una variable tan fundamental como compleja de establecer, dado que, salvo pocas excepciones, como ya ha sido comentado el patriarcado ha sido y sigue siendo la norma en el funcionamiento mayoritario de las diversas realidades culturales. Incluso en las llamadas sociedades “matriarcales” parece que las decisiones de poder eran tomadas a través de los hijos o hermanos.

La variable masculinidad, como herencia del patriarcado, no es una variable cultural sino **transcultural**, es decir, es común a todos los marcos culturales, aunque **sus manifestaciones y grados de aceptación/desaprobación varían sustancialmente.**

De todos es sabido cómo en muchas ocasiones se utiliza la cultura para perpetuar tradiciones que han permanecido como vestigio histórico y medida de control y que atentan contra los derechos de las mujeres (entre los múltiples ejemplos, pueden citarse la mutilación genital femenina, la normalización e invisibilización de la violencia física, psicológica y/o sexual hacia las mujeres, el analfabetismo femenino como ejercicios de control...).

- En todo caso, la variable que ahora llamamos **de género** ha de tenerse muy en cuenta para conocer en qué grado en el marco cultural de la persona atendida existe un **reconocimiento entre mujeres y hombres y en qué misma medida se han dado pasos –o no- de equidad o simetría** en las relaciones entre ambos en el referente cultural en que se sitúa la mujer atendida.
- El modo de **deconstruir** las creencias atribuidas a la dominación transcultural del patriarcado y a la normalización de la violencia contra la mujer pasa por comprender **en qué lugar se sitúa la mujer que se tiene delante**.
- Solo si se conoce este lugar es posible establecer el contacto necesario para hacer un proceso de **concienciación progresiva** -en los casos en que sea necesario- sin agredir ni invadir el tiempo y el espacio que necesite cada persona para integrarlo y sin causar una ruptura de la relación terapéutica por habernos precipitado en la consecución de nuestros objetivos.



6.4 Variables que moldean la identificación con los diversos marcos existentes en una misma cultura

Tras las variables descritas no puede olvidarse que **las culturas son internamente diversas y cambiantes**. Asimismo es necesario tener muy en cuenta que **las variables culturales descritas están, a su vez, mediadas por:**

- ▶ El nivel de oportunidades a través del nivel socioeconómico;
- ▶ El nivel de formación;
- ▶ Los modelos de educación familiar y los roles parentales;
- ▶ El contacto con experiencias y grupos más tradicionales y seguidores del patriarcado o buscadores de modelos de equidad;
- ▶ La independencia económica de la mujer a través del desempeño de un trabajo remunerado.

De este modo, mujeres que pertenecen a un mismo país de origen o a una misma cultura pueden identificarse con marcos de referencia microculturales muy distintos, pudiendo llegar a ser en ocasiones muy distantes los unos de los otros.





7 Claves **comunicativas** **interculturales para** **avanzar en el** **establecimiento de la** **alianza terapéutica o** **relación de confianza**



La alianza terapéutica o relación de confianza es un factor clave, no solo para el cometido de la detección precoz de la violencia de género, sino para cualquier adhesión terapéutica.

Las investigaciones sobre la adhesión terapéutica afirman que la única forma de lograr un seguimiento eficaz del tratamiento es a través del **compromiso entre la paciente y el/la profesional, el que se logra solo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural de la persona, y si existe una relación de confianza.**

7.1 Competencia intercultural

“¿Qué necesito saber para conectar con el usuario de X lugar? (...) Si somos capaces de conectar con el usuario seremos capaces de trabajar bien con él/ella. Esto no significa que las habilidades técnicas y los conocimientos no estén relacionados de forma directa con la relación asistencial o que no sean necesarios sino, más bien, afirma que todos los profesionales con unas competencias mínimas que sean capaces de conectar con el usuario serán capaces de trabajar con él/ella de forma efectiva”

(Qureshi y Revollo, 2010).

Para ser más eficaces en el establecimiento de la relación de confianza es necesario ser conscientes de que en **el campo de las relaciones** y, por ende, también de las relaciones interculturales, **no basta solo con saber la teoría** de lo que hay que hacer: el conocimiento conceptual, que ocupa tanto espacio en la tradición biomédica, se torna así en una sola parte del conjunto del saber requerido.

Para generar esta conexión que posibilite, a su vez, la relación de confianza, se requiere trabajar en tres dimensiones:

- ▶ **Conocimientos:** *Saber teórico.* Implica conocer el *qué*, el concepto de una realidad: en qué consiste otro marco cultural, cuáles son las claves para entenderlo, qué hay que hacer en casos determinados, etc. Es el primer peldaño de la competencia.
- ▶ **Habilidades:** *Saber hacer,* o el saber práctico. Implica desarrollar el *cómo* de una manera competente. En este paso ya no basta saberlo, sino hacerlo realidad: cómo acoger, cómo escuchar, cómo preguntar, cómo proponer, cómo recomendar, cómo negociar..., etc.
- ▶ **Actitudes:** *Saber estar y saber ser.* Las actitudes responden a *desde dónde* desempeño mi trabajo y al tono anímico con la que lo desempeño.





Ej.: En el día a día, ¿qué busco? ¿atiendo a las personas con la voluntad de hacerlo lo mejor posible, o hago lo mínimo para salir del paso y que otros resuelvan los problemas? Cuando alguien aparece ante la puerta de la consulta, ¿acojo la situación con ganas y como un reto, lo acojo con indiferencia y cansancio, o con desgana y mal ánimo?

De la **respuesta** que demos a estas preguntas dependerá en buena medida la posibilidad de conectar con la persona.

Tener una buena actitud implica tener contacto con uno/a mismo/a y conocerse mínimamente. Ser consciente de cómo afrontamos el trabajo cotidiano y cuál es nuestro objetivo cada día resulta fundamental para revisar y reencauzar, en su caso, las actitudes, que actúan como motores facilitando u obstaculizando la gestación de la relación de confianza.

7.2 Conocimiento del/a profesional sobre sí mismo/a como base de la competencia intercultural y profesional

“Una formación efectiva debe **centrarse en las actitudes y la autoexploración** más que en adquirir conocimientos y habilidades (...).

Encontramos un fenómeno común cuando impartimos formación en competencia cultural; independientemente de que ésta sea a: psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales o mediadores interculturales. **No es cuestión de lo que la gente sabe**, de hecho, muchas de las personas a las que impartimos la formación están a diario en la línea de fuego, así que han visto de todo y, por tanto, saben mucho. Es más bien una cuestión de **sentimientos y de actitudes** (...).

Si quiero acompañar a un usuario(a) en el proceso vital que experimenta desde una **implicación y una mirada abierta** necesito **experimentar primero lo que él o ella está pasando**. Esto no significa que tengo que compartir o vivir sus mismas experiencias. Significa

que tengo que **haber transitado por aquellas experiencias mías** que están relacionadas con mis patrones internos de funcionamiento para no poner en él o ella mis propias limitaciones. **Todo aquello que no puedo aceptar de mí mismo, difícilmente podré aceptarlo en el otro** y, por tanto, al observarlo en alguien me incomodará, dando lugar a reacciones conscientes e inconscientes que no entiendo o prefiero negar (...).

Cualquier profesional tiene fácilmente a su alcance los conocimientos y capacidades que puede necesitar, así que nuestra labor más bien consiste en **facilitar este proceso**, en tratar de posibilitar cambios en la perspectiva, para motivar la **descentración o salida de uno mismo y el autoconocimiento**”.

(Qureshi y Revollo, 2010)

Cada una de las dimensiones anteriormente citadas requiere, para avanzar en ellas, un enfoque que priorice la capacidad de autorreflexión y autoconocimiento del/a profesional sobre sí mismo/a.

Figura 9. Elementos esenciales en la competencia intercultural del/a profesional.

Fuente: Qureshi y Revollo, 2010.

Auto-conocimiento. Para avanzar en conocimientos sobre otros, es requisito fundamental **conocerse y ser consciente de sí mismo/a**: qué fortalezas y debilidades nos constituyen como personas, en qué facetas puedo apoyarme en el desempeño profesional, qué otras me generan problemas y, por tanto, tengo que trabajar...

- Respecto a las mujeres inmigradas, es imprescindible conocer **qué ideas preconcebidas** tengo de ellas, de sus orígenes culturales, qué **expectativas tengo sobre su modo de reaccionar**, qué **dudas me surgen para avanzar** en una mejor comunicación con ellas...
- Solo desde el **conocimiento concreto de uno mismo/a** y del lugar al que se ha llegado en la relación con otros se pueden **cuestionar los pasos para seguir avanzando en la relación médico-paciente** y abrirse al modo de conseguirlo.

Auto-observación. Una de las herramientas fundamentales para ese avance consiste en la capacidad de autoobservación y autocrítica: solo si somos capaces de **mirar nuestro desempeño real y las dificultades** en las que nos vemos envueltos/as podremos saber cuál es el siguiente paso a recorrer.

- La capacidad para dar la mayoría de los pasos generalmente reside en nosotros/as mismos/as: solo hemos de **ser conscientes** de que los necesitamos para poder **movilizar nuestros propios recursos hacia la consecución de ese avance**.

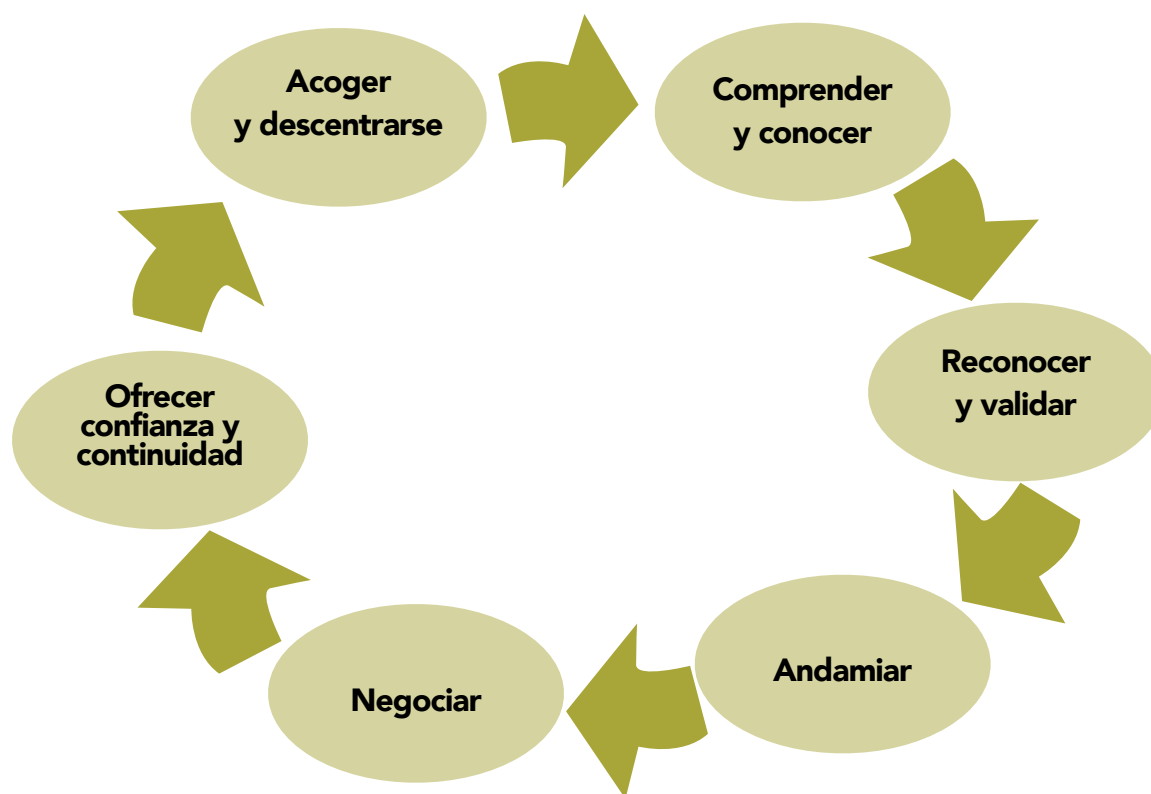
Apertura-Humildad. Confrontarse y encontrarse con los propios límites no es una tarea fácil, por ello avanzar en competencias requiere fundamentalmente una **actitud de apertura y humildad**.

- Reconocer que como profesionales y como personas siempre quedan cosas por aprender y estar abierto/a al aprendizaje continuo es una **garantía de profesionalidad y de mejora en la relación médico-paciente**.

7.3 Fases comunicativas para establecer la relación de confianza en Atención Primaria

El establecimiento de la relación de confianza requiere ir por pasos y establecer ciertas *fases o etapas*. En el contexto de la Atención Primaria estas podrían concretarse en seis pasos:

Figura 10. Pasos en el establecimiento de la relación de confianza en Atención Primaria



Fuente: Elaboración de CeiMigra a partir del análisis de los modelos de Margalit Cohen y Berlin y Fowkes.

1. Acoger y descentrarse

Para ser capaces de acoger activamente a la persona (y pasar, de la idea de acoger, a la experiencia) es fundamental el ya mencionado **contacto con una/o misma/o:**

- **Predisponerse a acoger conscientemente, antes de empezar la jornada** de trabajo, antes de que la usuaria entre por la puerta.
- **Cuidar el lenguaje no verbal:** mirar al saludar, acompañar con la mirada a que tome asiento, cuidar la postura que se dirija hacia la mujer (y no estar mirando ni dirigiéndose hacia el ordenador, p.ej.).
- Junto con ello, aprender a observarse a sí mismo/a, y ser capaces de **distanciarnos de nuestro propio sistema de valores**, que muchas veces funciona de forma inconsciente, y relativizarlo, asumiéndolo como una construcción cultural más (aunque nuestro nivel de adhesión a él sea, evidentemente, mayor que hacia otros).
- **Renunciar temporalmente a los prejuicios** que hemos construido y **abrirnos a la persona en sí misma**, con sus singularidades y su unicidad, con lo que tenga que aportarnos en nuestro aprendizaje.
- **Implicarnos** en su proceso, **poniéndola a ella en el centro** de las actuaciones (y renunciando a nuestros criterios, nuestras prisas, desmotivaciones y preocupaciones, al menos, durante este periodo de tiempo).

2. Comprender y conocer

- **Escuchar activamente**, dejando espacio vital a la persona para que se exprese, sin coartar, en lo posible, la espontaneidad en el modo de exponer el motivo de su visita.
- **Observar y adentrarse en la cultura médica de la persona:** lo que entiende por salud y enfermedad, las palabras que utiliza para referirse a ello, los hábitos de salud, la importancia de la dimensión corporal del sufrimiento emocional y el modo de expresarlo, la utilización de remedios naturales..., etc.
- **Preguntar**, de manera respetuosa, siempre que sea necesario y con el objetivo de comprender mejor a la persona su mundo cultural en torno a la salud –y a su situación emocional–.
- **Conocer las expectativas:** saber qué espera la persona de mí como profesional –una receta, una palabra de aliento, un espacio para desahogarse, permiso para poder sentirse enferma sin culpabilizarse– nos ayudará a empatizar con ella y a reencauzar, en su caso, lo que podemos ofrecerle –por ejemplo, confianza y espacio para hablar de cómo se siente–.
- **Conocer** los elementos más relevantes de la relación sanitaria o terapéutica del **modelo de salud de la persona:**



•**Quién:** médico/a, machi, curandera, santiguadora, gurú, chamán; si es mujer u hombre... Es importante saber que, en muchas ocasiones, en la medicina tradicional las personas de referencia son mujeres.

•**Qué hace:** Tratamiento farmacológico, emocional, ritual, purgas, oraciones...

•**Qué dimensiones de la enfermedad** trata: física, social, mental, espiritual; algunas de ellas; todas ellas.

•**A quién** va dirigida la actuación de sanación: individuo, familia, comunidad...

3. Reconocer y validar

- ▶ **Mostrar interés** por el mundo del otro/a al preguntar o escuchar su respuesta, **reconociendo los aspectos positivos** de su marco cultural que consideremos en torno a la salud y la enfermedad.
- ▶ **Validar** no consiste en aceptar la totalidad del marco cultural de la otra persona, ni consiste en no poner límites éticos; implica **aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad de la paciente considerando el contexto cultural** en que este modelo emerge.

4. Andamiar

- ▶ Andamiar viene metafóricamente de “poner andamios”. Dicho de otro modo, supone establecer **puntos de contacto entre el mundo del profesional y el mundo de la otra persona**. En la medida en que el conocimiento mutuo –y la relación- se va construyendo, los andamios se pueden ir retirando.
- ▶ Para comunicarnos **entre dos modelos de salud culturalmente distintos, y para que la persona que procede de otro modelo integre cuáles son las claves culturales desde las que se le habla** en temas de salud, andamiar puede ser una estrategia eficaz, sobre todo, al inicio y hasta que no se haya construido esa relación de confianza.
- ▶ Ello implica, por ejemplo, **utilizar conscientemente elementos del modelo de origen de la persona e integrarlos en el diálogo** sobre el tema a tratar (en este caso, sobre el estado emocional de la mujer, la relación de pareja y las posibles traducciones en su salud).
- ▶ Asimismo, andamiar implica **identificar cuál es el pequeño paso a seguir que permitirá avanzar en la relación**. Si el objetivo que nos marcamos es solo el nuestro –detección precoz- y no somos



sensibles a las posibilidades reales de la relación en ese momento, podemos castrar la relación de confianza por habernos precipitado y haber marcado un objetivo excesivamente alejado de la **zona de desarrollo posible**. El respeto al proceso en sí y la identificación del paso a conseguir en cada consulta o sesión se torna, así, en una habilidad clave.

- ▶ **Caminar desde lo más general a lo más específico**, en un proceso de espiral. Un paso clave antes de preguntar específicamente sobre la vida privada es explicitar que **el estado emocional de las mujeres también es un tema de salud en nuestro sistema sanitario** y que los/as **profesionales** son personas **a quienes pueden contar cómo están y cómo se sienten, también en su vida familiar y de pareja**.
- ▶ Cuando creamos que es el momento de **avanzar en el proceso de detección**, un modo de andamiar podría ser, preguntar:

“¿Cómo te has sentido en este último tiempo (meses, año)?”

E ir descendiendo por áreas:

“¿Tienes trabajo?” “¿Cómo te sientes en tu trabajo?”

“¿Tienes amigas/os?” “¿Cómo te sientes con ellas/os?”

“¿Cómo te sientes en casa?” “¿Con los hijos/as?”
“¿Y con tu pareja/esposo?”

“¿En general, te sientes bien tratada?” “¿Te sientes bien tratada por él?” “¿Hay algo que te hace sentir especialmente mal?”

Estas preguntas, no obstante, habrán de ser abordadas con mucha cautela y siempre que sintamos que **no forzamos a la persona**; de ahí que avancemos más o menos y que podamos **regular el modo de preguntar según sus propias respuestas**. Siempre sin presionar, y haciendo preguntas más abiertas al inicio.

5. Negociar

- ▶ Los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen solo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, ni de las expectativas distintas, sino también de la **dominación social de un modelo de salud sobre otro**. Así, el sistema médico occidental es percibido en ocasiones como el sistema de los dominadores (especialmente en personas de procedencia subsahariana o en una parte de la población indígena latinoamericana), y puede existir un rechazo implícito por este motivo, pese a las evidencias empíricas que podamos ofrecer a la paciente.



- ▶ El **proceso de negociación cultural** identifica las *áreas de conflicto* y las de *posible acuerdo*, localiza núcleos de entre ambas culturas que puedan implicar *puntos de encuentro* y culmina con un *acuerdo de cooperación* entre pacientes y profesionales.
- ▶ Es importante establecer **puntos de encuentro y andamios** en los elementos más importantes de la relación sanitaria o terapéutica: quién, qué hacer, con respecto a qué dimensión de la enfermedad, a quién se dirige la intervención...
- ▶ **Proponer** de manera concreta, un punto de encuentro y reforzar la importancia de tener puntos comunes de acuerdo.
- ▶ **Escuchar posibles propuestas de acuerdo**, que pueden no coincidir con la nuestra, y valorar su pertinencia –como paso intermedio, al menos-.
- ▶ **Respetar proceso y tiempos**, en caso de que no se produzca un acuerdo, y enfatizar la importancia de que, pese a las diferencias, hay una relación importante con la persona y siempre se puede seguir avanzando en terreno común.
- ▶ **La mínima negociación a conseguir**: Seguir dialogando en otro momento (a ser posible, con cita establecida), para seguir buscando puntos comunes y estableciendo la confianza que aún puede ser muy incipiente.

6. Ofrecer confianza y continuidad

- ▶ Para muchos/as profesionales no suele ser frecuente ofrecer confianza explícitamente; por otro lado, tampoco es frecuente que una mujer inmigrada espere establecer una relación de confianza con los profesionales sanitarios. De ahí nace la necesidad de **ofrecer confianza y confidencialidad como mensaje explícito**.
- ▶ La persona ha de **saber que puede confiar en nosotros**, y que somos personas con quienes pueden hablar asuntos que hasta el momento podrían haber sido considerados solo de su **mundo privado**.
- ▶ Además de la confianza, es importante **ofrecer continuidad**: “*siempre que quieras puedes venir y seguimos hablando*”. Sobre todo, cuando no hay tiempo suficiente o cuando percibimos que la persona aún no se atreve a hablar con suficiente claridad, ayudarle a percibir que ese momento no acaba ahí y que se le espera de nuevo, puede ser un factor clave para que el proceso continúe (tanto si es con nosotros/as como si hemos de hacer de puente con otro/a profesional en la siguiente sesión).
- ▶ Es muy importante que la persona **salga de la consulta o sesión reconfortada, con una sensación positiva**. En gran parte, la sensación que quede en ella después de ese tiempo compartido determinará su decisión en adelante –para apostar, o no, por esa relación de confianza-.





8 A modo de conclusión



La diversidad de mujeres inmigradas no puede restringirse a las etiquetas culturales que les asignemos desde nuestra limitada perspectiva cultural, y **su evolución tanto social como personal puede ser mucho más determinante que su marco referencial de origen.**

Por ello, **priorizar la singularidad de cada persona atendida, acoger a la persona y trabajar con ella fomentando una relación de confianza** puede ser la clave del resto de los pasos a seguir en el proceso de detección de la violencia de género.

- Más allá de cómo se concreten las fases en la comunicación, de qué avances y retrocesos existan, de qué nivel de competencia hemos adquirido, de cuáles sean las dificultades, lo más importante en la intervención del/a profesional en relación con mujeres inmigradas y el proceso de detección de la violencia de género podría resumirse del siguiente modo: **en este momento, y con esta persona, cuál es mi margen de actuación:**



Qué puedo hacer para avanzar un pequeño paso más en la relación de confianza, o

Qué puedo hacer para la derivación a algún/a profesional que pueda hacerse cargo de manera competente del proceso de esta mujer





Bibliografía de interés



AAVV (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario 2012. Intervención del trabajador social de Atención Primaria de Salud con mujeres víctimas de violencia de género*. Disponible on line en: www.san.gva.es

Aerny, Nicole; Ramasco, Milagros; Cruz, José Luis; Rodríguez, Cristina; Garabato, Sonsoles y Rodríguez, Ángel (2010). *La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid*. Disponible on line en: www.cielo.isciii.es

Alarcón, Ana M^a; Vidal, Aldo; Neira, Jaime (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile* 131, pp. 1061-1065. Disponible on line en: www.scielo.cl

Berry, John (2006). Contexts of acculturation. Sam, D.L. & Berry, J.W. (eds.): *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Casas, Miquel; Collazos, Francisco, y Qureshi, Adil (coords.) (2009). *Mediación Intercultural en el Ámbito sanitario. Programa de formación*. Barcelona: La Caixa. Disponible on line en: www.obrasocial.lacaixa.es

Chimienti, Milena; Cattacin Sandro; Efonayi, Denise; Niederberger, Martin; Losa Stefano (2001). *Migration et santé: priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Forum Suisse pour l'étude des migrations*. Suisse: Office fédéral de la santé publique.

Cohen-Emerique, Margalit (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social: théories et pratiques*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Desclaux, Alice y Lévy, Joseph-Josy (2003). Cultures et médicaments. *Anthropologie et Sociétés*. 2, vol 27, pp. 5-21 Disponible on line en: www.erudit.org

Die, Luis; Buades, Josep, y Melero, Luisa (2010). Determinantes de la salud y concepciones culturales en torno a la salud y a la enfermedad. *Informe Anual CeiMigra 2009*. Pp. 199-231. Valencia: CeiMigra. Disponible on line en: www.ceimigra.net

Die, Luis; Buades, Josep, y Melero, Luisa (2011). Salud, migración y condiciones de vida límite. *Informe Anual 2010-2011. Migraciones y procesos de empobrecimiento, marginación y exclusión*. Pp. 169-185. www.ceimigra.net

Die, Luis; Buades, Josep, y Melero, Luisa (2012). Restricción de los derechos de atención sanitaria y cuestiones de legitimidad que plantean algunas medidas de la reforma. *Informe Anual CeiMigra 2012. Nuevos retos para las políticas de inmigración e integración*. Pp. 122-147. Valencia: CeiMigra. Disponible on line en: www.ceimigra.net

Escribá, Vicenta; Royo, Manuela; Mas, Rosa ; Fullana, Ana y Moreno, María Piedad (2009). *Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA)*. Agencia Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Disponible on line en: www.sivio.san.gva.es

Fried, Dora (1996). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Barcelona: Paidós.

Fumero, Ascensión; Santamaría, Carlos; Johnson-Laird, Philip (2010). Formas de pensar: efecto de la personalidad en el razonamiento. *Psicothema* 1, vol. 22, pp. 57-62. Universidad de Oviedo. Disponible on line en : www.psicothema.com

Goetz, Aaron. (2010). The evolutionary psychology of violence. *Psicothema* 1, vol. 22, pp. 15-21. Universidad de Oviedo. Disponible on line en: www.psicothema.com

Grupo CRIT (2006) *Culturas cara a cara. Relatos y actividades para la comunicación intercultural*. Madrid: Edinumen.

Grupo CRIT (2009). *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona: Octaedro.

ITECO (1999, junio). Análisis de incidentes críticos: un modelo para la comunicación intercultural. *Antipodes* 145. CIP-FUHEM.

Kottak, Conrad (2006). *La cultura. Introducción a la antropología cultural*. (3ª ed.). Pp. 21-35. Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Mc Graw Hill interamericana de España.

Labrador, Francisco Javier; Fernández-Velasco, Mª Rocío; Rincón, Paulina (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema* 1, vol. 22, pp. 99-105. Universidad de Oviedo. Disponible on line en: www.psicothema.com

Lasheras, Mª Luisa; Pires, Marisa, y Rodríguez, Mª del Mar (2004). *Género y Salud*. Instituto Andaluz de la Mujer. Disponible on line en: www.juntadeandalucia.es

Melero, Luisa (coord.) (2010). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. CeiMigra: Valencia. Disponible on line en: www.ceimigra.net

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Protocolo común para la atención sanitaria ante la violencia de género 2012*. Disponible on line en: www.msssi.gob.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género*. Disponible on line en: www.msssi.gob.es

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Plan de atención y prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante 2009-2012*. Disponible on line en: www.msssi.gob.es

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2008). *Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género*. Disponible on line en: www.msssi.gob.es

Otero, Laura; Sanz, Belén y Blasco, Teresa (2010). *La salud de la población inmigrante desde el discurso científico-biomédico*. Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Salud. Instituto de Salud Carlos III. Disponible on line en: www.universidaddelasalud.es

Pérez, Pau (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Disponible el 20 de diciembre de 2012 en: www.pauperez.cat

Rodrigo, Miquel (1999). *La comunicación intercultural*. Barcelona: Anthropos.

Raga, Francisco (2009). Diferencias interculturales en el cuidado de la salud reproductiva. Conferencia presentada en el *Congrés de Comares*, 23-25 de abril. Palma de Mallorca.

United Nations Population Fund (2012). *Impacts of Population Dynamics Reproductive Health and Gender on Poverty*. Documento on line. Disponible en: www.unfpa.org

Uria Serrano, Jose Luis (2009). *La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria*. Osasunaz 10, pp. 16-182.

UNFPA (2012). *Gestión de programas contra la violencia de género en situaciones de emergencia*. Documento on line. Disponible en: www.unfpa.org

Vázquez, Fernando; Torres, Ángela; Otero, Patricia; Blanco, Vanessa; López, María (2010). Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema* 1, vol. 22, pp. 196-201. Universidad de Oviedo. Disponible on line en: www.psicothema.com

Wintz, Sue y Cooper, Earl (2001). *A quick guide to cultural and spiritual traditions*. Catholic Healthcare West Arizona and Yuma Regional Medical Center.

