

Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género

Sara Velasco Arias



Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género

Sara Velasco Arias

Madrid, 2009

Autora:

© Sara Velasco Arias, 2009

Diseño y maquetación:

Jorge Ortega

Para:

Observatorio de Salud de la Mujer

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad y Política Social

Depósito legal:

M-44231-2009

Impresión:

Digital Solutions Networks S.A.

El presente trabajo está basado en el libro de la autora titulado
Sexos, Género y Salud. Teoría y Métodos para la Práctica Clínica y Programas de Salud,
Madrid, Ediciones Minerva, editado con el patrocinio
del Observatorio de Salud de la Mujer en 2009.

Es una adaptación reducida de un capítulo metodológico de este libro,
sobre el enfoque de género en la práctica clínica.

ÍNDICE

Introducción	5
1. Principios y valores	7
1.1 Igualdad y equidad de género	7
1.2 Salud integral y atención biopsicosocial	7
2. Síntesis del enfoque de género en la práctica clínica	8
3. Objetivos	9
3.1 Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género	9
3.2 Transformar los procesos psicosociales de género determinantes de salud	9
4. Estrategias	10
5. Modelo biopsicosocial con enfoque de género. Marco teórico	13
5.1 Sistema sujeto/sexo/género	13
5.2 Determinantes biopsicosociales para la salud	14
5.3 Determinantes psicosociales de género	16
5.4 Factores protectores de género	21
6. Intervención clínica biopsicosocial	22
6.1 Atención centrada en el/la paciente	23
6.2 Relación integral sanitario/a-paciente	24
Atención a los determinantes biológicos y equidad	27
6.3 Atención biomédica	27
6.4 Visibilizar necesidades y morbilidad diferencial por sexos	27
6.5 Intervención no sesgada. Reflexión sobre los sesgos en la clínica	28
Atención a los determinantes psicosociales y transformación	35
6.6 Escucha psicosocial	35
6.7 Escucha de los determinantes psicosociales de género	35
6.8 Mensajes para la transformación de género	37
Atención a los determinantes subjetivos y transformación	39
6.9 Método para cambios subjetivos	39
6.10 Sesiones clínicas de análisis biopsicosocial de casos	44
7. Capacitación sobre género y salud	46
7.1 Marcos teóricos	46
7.2 Conocimientos sobre patologías prevalentes y sensibles al género	46
7.3 Capacitación y actitudes	47
8. Bibliografía	49
9. Índice onomástico	55

PÁGINA EN BLANCO

INTRODUCCIÓN

El enfoque de género es un valor emergente recogido en la *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. El Artículo 27 estipula la integración del principio de igualdad en la política de salud y el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones. A su vez, el género es considerado un determinante de salud y es una aspiración actual trabajar para cambiar los factores determinantes de género que vulneran la salud de las mujeres, y también de los hombres (Organización Mundial de la Salud, Glosario; Gita Sen y cols., 2005 y 2007).

La práctica clínica es una oportunidad privilegiada para influir en estos determinantes a nivel individual. Al mismo tiempo, la clínica es altamente sensible a actuaciones sesgadas por estereotipos de género, en los que, aún hoy, todos podemos estar inmersos. Estos sesgos dan lugar a inequidades en la atención.

En este documento tratamos de orientar una clínica con enfoque de género, que responda a estas dos líneas de principios y valores.

Por un lado, **igualdad y equidad mediante una clínica no sesgada**. Que no aborde a los y las pacientes de forma diferente por ser de uno u otro sexo. Existe cada vez más evidencia de que involuntariamente, y no conscientemente, los y las profesionales realizan en muy diversas patologías, menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres. Es un **sesgo de género** en la atención motivado por estereotipos sociales de género. Al mismo tiempo, es una aspiración una clínica que sea capaz de evidenciar y atender necesidades distintas y diferentes manifestaciones de las mismas enfermedades, es decir, que sea sensible a la **morbilidad diferencial** por sexos. No hacerlo es otra modalidad de sesgo de género. Para ello hace falta que el sanitario o sanitaria mantenga auto-observación y mirada analítica sobre su práctica para detectar cuándo el sexo, o las condiciones sociales de la o el paciente, pueden provocar actitudes estereotipadas que sean el motor imperceptible de las actuaciones clínicas sesgadas que llevan a la inequidad.

Por otro, el concepto de **salud integral**, que permita contemplar la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas de enfermar y, por tanto, no sólo lo biológico, sino también los factores psicosociales y los de género que determinan la vulnerabilidad de las personas. Este es el segundo principio: la **transformación social y personal**. Para que sea posible este abordaje hay que contar con el **modelo biopsicosocial** de atención a la salud y que, además, entre los factores psicosociales, incluya los factores determinantes de género, planteándose métodos que cambien las actitudes de vulnerabilidad. El modelo biopsicosocial, ha de enriquecerse para ello, con un cierto grado de inclusión de la **subjetividad** y un alto grado de comprensión de **género**.

Con seguridad, el contenido de este documento no es suficiente para una formación que permita aplicar el **modelo biopsicosocial, con inclusión de la subjetividad y el género y una clínica sin sesgos**. Se aportan aquí sólo los planteamientos esquemáticos que después han de ser objeto de una formación específica.

1 Principios y valores

Los principios y valores que orientan el enfoque de género en la práctica clínica se enmarcan en las aspiraciones de igualdad, equidad y atención integral a la salud.

1.1 Igualdad y equidad de género

La Declaración de Madrid de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), para avanzar hacia la equidad de género, que ha impregnado las sucesivas recomendaciones de OMS (2002, 2007 y 2008) dice:

Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades.

Hace hincapié en que para disminuir las desigualdades en el estado de salud y promover la equidad en la atención, hay que proporcionar con equidad los recursos diagnósticos y terapéuticos y que estos sean adecuados a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

1.2 Salud integral y atención biopsicosocial

Alcanzar una visión integral de la salud, que tenga en cuenta, tanto los factores determinantes de la biología, como los determinantes sociales, como los de la esfera subjetiva o psicológica para comprometerse en transformar los determinantes de salud.

Declinado para el género, el sexo biológico conlleva determinantes diferenciales que es necesario visibilizar y atender. Los roles de género son determinante sociales, son modos de vida socialmente perpetuados que imprimen vulnerabilidad de género a hombres y mujeres. Y en tercer lugar, los ideales de feminidad y masculinidad y sus vivencias subjetivas son determinantes psíquicos de género.

Para atender a los aspectos biopsicosociales del sexo y el género, el modelo de atención biopsicosocial (George Engel, 1977; Jorge Luis Tizón, 1995; Ronald Epstein, 2001) es el que puede responder a estas necesidades.

2 Síntesis del enfoque de género en la práctica clínica

TABLA 1. ENFOQUE DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
OBJETIVOS	
1. Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género . 2. Transformar los procesos psicosociales determinantes de género .	
ESTRATEGIAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN	
■ Relación profesional-paciente como instrumento de la atención. ■ De sujeto a sujeto. ■ Redistribución del poder en la relación profesional-paciente. ■ Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema. ■ Evitar la patologización y medicalización. ■ Visibilizar el sexo y las condiciones de género de las personas atendidas. ■ Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad. ■ Empoderamiento de las mujeres. Sensibilización de género de los hombres. ■ Búsqueda de autonomía y autorresponsabilidad. Promover la sociabilidad. ■ Introducir en la práctica la interacción de factores de estratificación social. ■ Transformación personal y transformación sociocultural de género.	
MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL Y DE GÉNERO	
■ Atención centrada en el o la paciente. ■ Relación sanitario/a-paciente significativa: de sujeto a sujeto. ■ Atención BIOMÉDICA no sesgada y diferencial por sexos. ■ Morbilidad diferencial y necesidades. ■ Reflexión sobre sesgos teórico, tecnológico-biomédico, subjetivos y sesgos de género. ■ Atención a determinantes PSICOSOCIALES y transformación. ■ Identificar los determinantes sociales y psicosociales de género e influir en el cambio. ■ Método para cambios SUBJETIVOS ■ Escucha del sujeto. ■ Localizar hechos biográficos y/o acontecimientos vitales significativos. ■ Descifrar las posiciones subjetivas. ■ Señalar la localización y reflejar la posición subjetiva. ■ Causar efectos de sujeto: cambio de posición subjetiva y actitudes.	
MÉTODO DE REFLEXIÓN Y APOYO	
■ Sesiones clínicas de análisis biopsicosocial de casos.	
CAPACITACIÓN SOBRE GÉNERO Y SALUD	
■ Marcos teóricos compatibles con el enfoque de género: ■ Salud integral y modelo biopsicosocial. ■ Teoría de la subjetividad. ■ Enfoque de género y salud. ■ Conocimientos en patologías prevalentes y más sensibles al género: ■ Porque están condicionadas por determinantes de género: actuar mejora la eficiencia. ■ Proclives a sesgos de género: corregirlos obtiene mayor gradiente de equidad: Salud mental. Dolor crónico. Enfermedades cardiovasculares, endocrinas y autoinmunes. Embarazo, parto, postparto, anticoncepción, aborto, reproducción asistida. Infecciones de transmisión sexual y sida. Menopausia, adolescencia. ■ Capacitación: sensibilización, formación teórico-práctica y aprehensión del enfoque.	

Fuente: Adaptado a partir de Sara Velasco, 2009.

3 Objetivos

A los objetivos habituales de la práctica clínica, cuando se trata de aplicar el enfoque de género se añaden los dos siguientes:

3.1 Realizar clínica de calidad y equidad evitando los sesgos de género

- **Visibilizar y atender las necesidades diferenciales por sexos.** Existe morbilidad diferencial femenina (Carme Valls, 2006) y masculina. Es común que se aplique el patrón masculino de enfermar, quedando el patrón femenino bajo el umbral visible en la intervención clínica.

- **Controlar los sesgos de género en la clínica.** Los estereotipos de género condicionan una atención que, en ocasiones, corre el riesgo de no responder a las necesidades de hombres y mujeres y que puede tener como resultado menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres en determinadas enfermedades (Louise Verbrugge, 1985; Fransje W. Van Der Waals, 1991; Bernardine Healy, 1991; M^a Teresa Ruiz, 2001; Carme Valls, 2006)

3.2 Transformar los procesos psicosociales de género determinantes de salud

Partiendo de la base de que los procesos psicosociales de género, **-roles de género** y actitudes y posiciones subjetivas por **ideales de feminidad y masculinidad**-, contribuyen a determinar la enfermedad, se plantea la necesidad de influir en la clínica en el cambio de estos determinantes sociales y subjetivos.

4 Estrategias

Para responder a los principios y objetivos, se plantean las siguientes líneas estratégicas transversales al método de intervención que se concretará en siguientes apartados:

A. Incluir la relación profesional-paciente como instrumento de atención

Las condiciones de la relación profesional-paciente que establece un determinado vínculo asistencial, dan la oportunidad de **transformar** las condiciones psicosociales en que está inmerso el o la paciente, o bien de perpetuarlas, si el propio vínculo se estableciera en serie con las condiciones enfermantas. Las condiciones básicas de la relación para que sea posible una intervención transformadora sobre lo biopsicosocial son:

■ Paciente como sujeto¹.

Considerar a la persona como sujeto activo en su proceso de salud/enfermedad y no como objeto del saber y actuaciones médicas. Para ello servirán tácticas de:

- **Reconocer al sujeto** paciente como el que tiene el conocimiento sobre sus padecimientos, reconociendo su experiencia y su saber.
- **Devolución de la palabra** a los y las pacientes, especialmente a las mujeres.
- **Escucha activa** de la o el paciente.
- **Potenciar** las posibilidades de expresión del/la paciente y su participación en las decisiones.
- **Potenciar y encaminar** a la/el paciente a enfrentarse con sus problemas de salud.
- **Redistribución del poder** en la relación profesional-paciente
- **Explorar las interacciones** entre **poder, saber y género**. En la relación entre médico o médica y paciente se pone en juego el poder médico que se apoya en la jerarquía del saber, jerarquía por la disposición de los recursos, jerarquía social del status médico y también, en nuestra sociedad contemporánea, la jerarquía masculina (Candance West, 1993; Kirsti Malterud, 2000; Joaquina Erviti y cols., 2006). Todo este conjunto subordina a la o el paciente y contribuye a cronificar, en el caso de las mujeres, las situaciones de subordinación y dependencia, y para los hombres la rivalidad por el poder, que se prolonga en el espacio asistencial. Una estrategia necesaria es redistribuir este poder médico y de género, no imponiendo el saber médico a la o el paciente, dejando lugar a su discurso y negociando la interpretación de los problemas.



Ejemplo:

*Siempre que se le dice a la paciente que “no tiene nada”, es el médico quién está decidiendo quién está o no enfermo, definiendo el espacio patológico en función de su saber, apoyado en signos orgánicos objetivables. Es un **acto de poder** que somete a la paciente, omitiendo su saber sobre su propio sufrimiento y su sentimiento de enfermedad, que se cronificará si no encuentra la salida. Dejar un espacio **al saber de la paciente** sobre lo que le pasa, y averiguar e interpretar conjuntamente si su padecimiento se encuentra en la esfera orgánica, o en la esfera social, o en la subjetiva o en la interacción entre las tres, deja un espacio de poder al sujeto enfermo, definiéndose la enfermedad en el espacio del paciente y como experiencia de éste.*

1.- Estas estrategias están basadas, por una parte en el modelo biopsicosocial a partir de George Engel (1977) y Ronald Epstein (2001) y, por otra parte, del Modelo Aletta de Salud de las Mujeres explicado en Atie Van Den Brink Muinen, 1998.

B. Visibilizar a las mujeres como sujetos del problema

A veces, se visibiliza e interviene sobre aspectos en los que las mujeres son agentes transmisoras de información y cuidados, o vectores transmisores de enfermedad, pero no como sujetos de la enfermedad misma.

Ejemplo:

*Cuando se atiende a los **enfermos de sida**, habitualmente acompañados de una mujer, -ya sea la madre, la esposa ...-, pueden pasar infinidad de consultas sin que el profesional se interese por **los riesgos de la mujer que cuida**. La recibe sólo como vector de cuidados. Ha ocurrido con cierta frecuencia en la práctica, que se haya tardado en desplegar una intervención preventiva sobre el riesgo de transmisión sexual de la mujer, la pareja, por la dificultad para **visualizarla como sujeto** de la intervención (Sara Velasco, 1999).*

Otro ejemplo:

*Una mujer es atendida con frecuencia, pero siempre en relación al tratamiento y **cuidados de su marido diabético** y con síndrome metabólico. El foco de atención se centra en el marido que es tomado como el paciente del caso. Durante un tiempo prolongado, a la mujer se la visibiliza sólo como agente de cuidados, e incluso se le exige que mejore estos cuidados para obtener mejores resultados de salud del marido. La mujer está **escotomizada como sujeto** y sus padecimientos, no menos importantes -dolor músculo-esquelético, bursitis ocasionales, insomnio e hipertensión-, están fuera del foco de atención.*

C. Evitar la patologización y medicalización

Se ha tendido a patologizar los procesos del ciclo vital, sobre todo de las mujeres, lo cual contribuye a ahondar el problema de las posiciones pasivas del modelo tradicional de género, disminuyendo el control sobre la propia vida. Es una tendencia la creación y uso de recursos farmacológicos para procesos vitales que no son trastornos patológicos y que tienden a atenderse exclusivamente en esta clave organicista (ciclo menstrual, maternidad, depresión postparto, prevención de embarazo no deseado, menopausia, ...).

Es un punto crítico en la atención a la salud de las mujeres la **sobre-prescripción de psicofármacos** desde los años 60 y creciente en la actualidad (OMS, 2001; Nuria Romo y cols., 2006). En una práctica clínica sensible, conviene introducir **métodos de tratamiento alternativos a los farmacológicos** que pasan por un abordaje biopsicosocial y de género.

D. Visibilizar el sexo y las condiciones de género de las personas

Para evitar actuaciones clínicas que sigan un patrón único para ambos sexos, -siendo habitualmente el patrón masculino el aplicado-, es necesario tener en cuenta el sexo de los y las pacientes y controlar los estereotipos de género que pudieran condicionar la práctica. Es la estrategia para favorecer una clínica no sesgada y, por tanto, equitativa.

E. Incluir los procesos psicosociales en la práctica clínica

Es preciso incluir en la práctica clínica los factores psicosociales y subjetivos como parte del proceso salud/enfermedad, utilizando instrumentos que intervengan sobre ellos.

Ejemplo:

Los y las profesionales, suelen intuir la confluencia de factores psicosociales y acontecimientos vitales en el proceso de enfermedad. De hecho, se suele preguntar: ¿Es usted nerviosa? ó ¿Le ha ocurrido algo preocupante? ó ¿Ha padecido estados depresivos? Son las formas habituales de preguntar, aunque vagamente, sobre lo psicosocial y lo subjetivo.

Sin embargo, este saber certero sobre la asociación de lo psicosocial, es excluido o disociado de la intervención, que se centrará exclusivamente sobre lo biológico. Se investiga y trata el trastorno orgánico, si existe, pero no se utiliza ningún instrumento para actuar sobre lo psicosocial que tan claramente

se intuye como asociado o causal. Además, lo psicosocial y subjetivo, tiende a servir para desvalorizar la condición de enfermo, ya que, hoy por hoy, el enfermo legítimo es el que padece enfermedades somáticas, "enfermedades de verdad".

F. Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad

Incluir lo psicosocial es necesario para el enfoque de género porque los **modelos de género** son precisamente una parte de los procesos psicosociales. Es decir, las formas de vida impuestas por los roles e ideales que hay que representar como hombre o mujer son determinantes psicosociales para la salud. Se trata de reconocer que estos factores forman parte también del proceso.



Ejemplo:

*Una mujer que presenta un empeoramiento de su **hipertensión**, con aumento de peso y estrés, se puede abordar sólo desde el lado biológico y centrar la intervención en la dieta, ejercicio y medicación. Pero, para tener más eficacia, habría que desplegar cómo es su forma de vida y descubrir, por ejemplo, que es **ama de casa**, económicamente **dependiente**, sin **relaciones sociales**, con escasos recursos socioeconómicos, en la edad madura del **ciclo vital** con las sobrecargas habituales a esta etapa del soporte de la generación anterior y de la siguiente (hijos, nietos, padres...) y está absorbida en el **rol de cuidadora**. Su ideal de buena **mujer tradicional** depende de seguir viviendo de este modo. Y este modo de vida, **determinante psicosocial de género**, está en la génesis de su proceso biológico, por lo que lo lógico es reconocerlo e incluirlo en la intervención clínica.*

G. Considerar los factores socioeconómicos

Introducir en la práctica la interacción con factores de estratificación social, entre otros, edad, clase social, situación laboral, nivel educativo, etnia, estatus migratorio, orientación sexual. Ello posibilita mantener la **sensibilidad clínica a las desigualdades sociales** que son factores principales determinantes de salud (OMS, 2008).

H. Transformación social y personal

Se trata de producir **cambios favorables del balance de género** (ONU, 1999). Se interviene en una situación social que parte de un balance con desventaja, desigualdad y subordinación de las mujeres, junto a posiciones masculinas de poder, ambas debidas a la vigencia del modelo tradicional de género. Esta situación de **relaciones de poder** es uno de los principales determinantes de vulnerabilidad de género para la salud, tanto de mujeres como de hombres.

Por tanto, tendrá que haber estrategias para las intervenciones individuales hacia una **transformación personal y social** con un signo definido: tender hacia un **balance igualitario** de las relaciones de género (Atie Van Den Brink-Muinen, 1998; ONU 1999; Kirsti Malterud, 2000; Gita Sen y cols., 2007).

5 Modelo biopsicosocial con enfoque de género.

Marco teórico

Se parte del concepto de salud-enfermedad como proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Las tres esferas, -la biológica, la social y la psíquica-, se construyen en una interacción que continúa a lo largo de toda la vida. Nada de lo que le ocurre a una persona es sólo biológico, o sólo social, o sólo psíquico. En cualquier suceso, en cualquier vivencia, y también en cualquier proceso de enfermar, intervienen las tres esferas. Hay un **componente biológico** o constitucional prácticamente en toda enfermedad, pero también hay un **componente psicosocial**, biográfico, que contribuye a su aparición en un momento determinado y no en otro, y que ha impactado en la capacidad de resistencia o la vulnerabilidad de la persona. Y también hay un **componente subjetivo**, -cómo es vivida la experiencia-, que inscribe en la vida psíquica un significado personal de los acontecimientos, contribuyendo también a escribir la enfermedad sobre el cuerpo o influir en su curso.

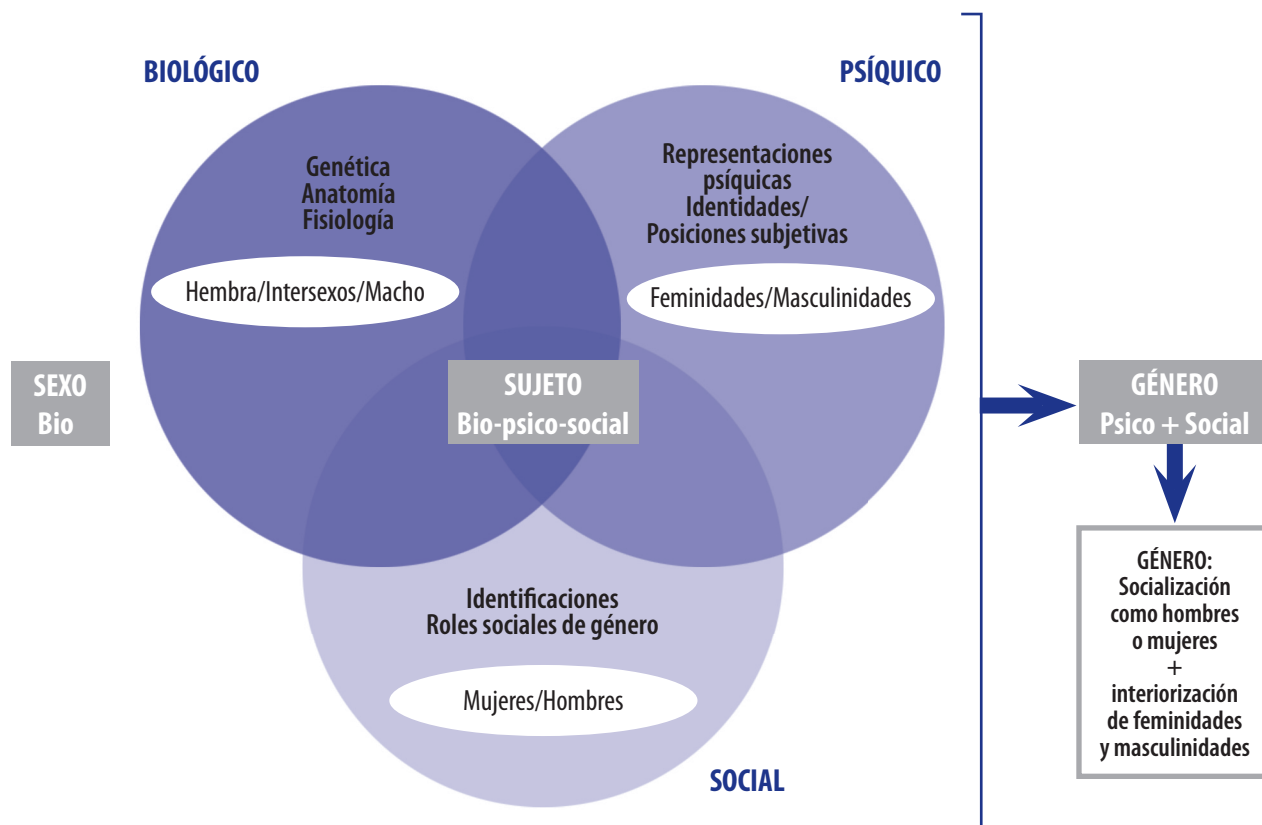
5.1 Sistema sujeto/sexo/género

Se trata ahora de la relación del sexo, el género, el sujeto y su interacción en el sistema biopsicosocial.

- En la **esfera biológica**, el cuerpo es portador de la diferencia anatomo-fisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico. Cada persona nace con un sexo que en términos anatómicos sería de **macho o de hembra** (Esquema 1). Hablamos de **sexo** para referirnos a estas realidades anatómicas aún no reconvertidas por el proceso social y psíquico.
- En la **esfera social** de relación y vínculos con los otros, nos acabamos adscribiendo a identificaciones de **mujeres o de hombres**. Durante la socialización, aprendemos a representar los roles asignados y a identificarnos con esos papeles sociales de hombre y mujer. Estos son los roles de género. Así, hombres o mujeres se construyen como experiencia social que añade significados al estado corporal de **macho/hembra**. Es el fundamento de la famosa máxima de Simone de Beauvoir: "La mujer no nace, se hace".
- Y por último, en la **esfera psíquica** se construyen para cada persona posiciones subjetivas **femeninas y masculinas**. Se construyen a lo largo de la vida interiorizando los ideales sociales y las identificaciones a través de las experiencias vividas. Las feminidades y masculinidades proceden de los modelos ideales propuestos por la sociedad, pero interiorizados y modificados por cada persona hasta convertirlos en sus ideales personales motor de sus actos.
- El **sujeto**, por último, es el **habitante del cuerpo** en el espacio psíquico y se ha construido a partir de la interacción de las tres esferas. El sujeto está condicionado tanto por el cuerpo, como por las relaciones sociales, como por la realidad psíquica.

La **subjetividad** comprende las **funciones** de este sujeto biopsicosocial particular construido por cada individuo.

ESQUEMA 1. SISTEMA SUJETO/SEXO/GÉNERO



Fuente: Sara Velasco, 2006 y 2009.

El **sexo** es 'bio'; el **género** es psicosocial y el **sujeto** es biopsicosocial.

Cuando hablamos de **sexo**, hablamos de la **esfera biológica**. Cuando hablamos de **género**, hablamos de las **esferas social y psíquica**.

El **género** trata de la **socialización como hombre o mujer** (roles de género) y las **posiciones femininas y masculinas interiorizadas** en la esfera psíquica (ideales de feminidad y masculinidad).

5.2 - Determinantes biopsicosociales para la salud

Para una atención biopsicosocial al proceso de salud/enfermedad es necesario incluir en la práctica clínica el abordaje de los determinantes de salud de las tres esferas y de sus interacciones. Actualmente, la clínica hegemónica es la de acción sobre lo biológico, lo cual es el objeto de la biomedicina. Pero se trata de incorporar a la clínica también los demás factores, los **determinantes de salud/enfermedad bio-psico-sociales**.

¿Qué factores podemos identificar en las tres esferas?

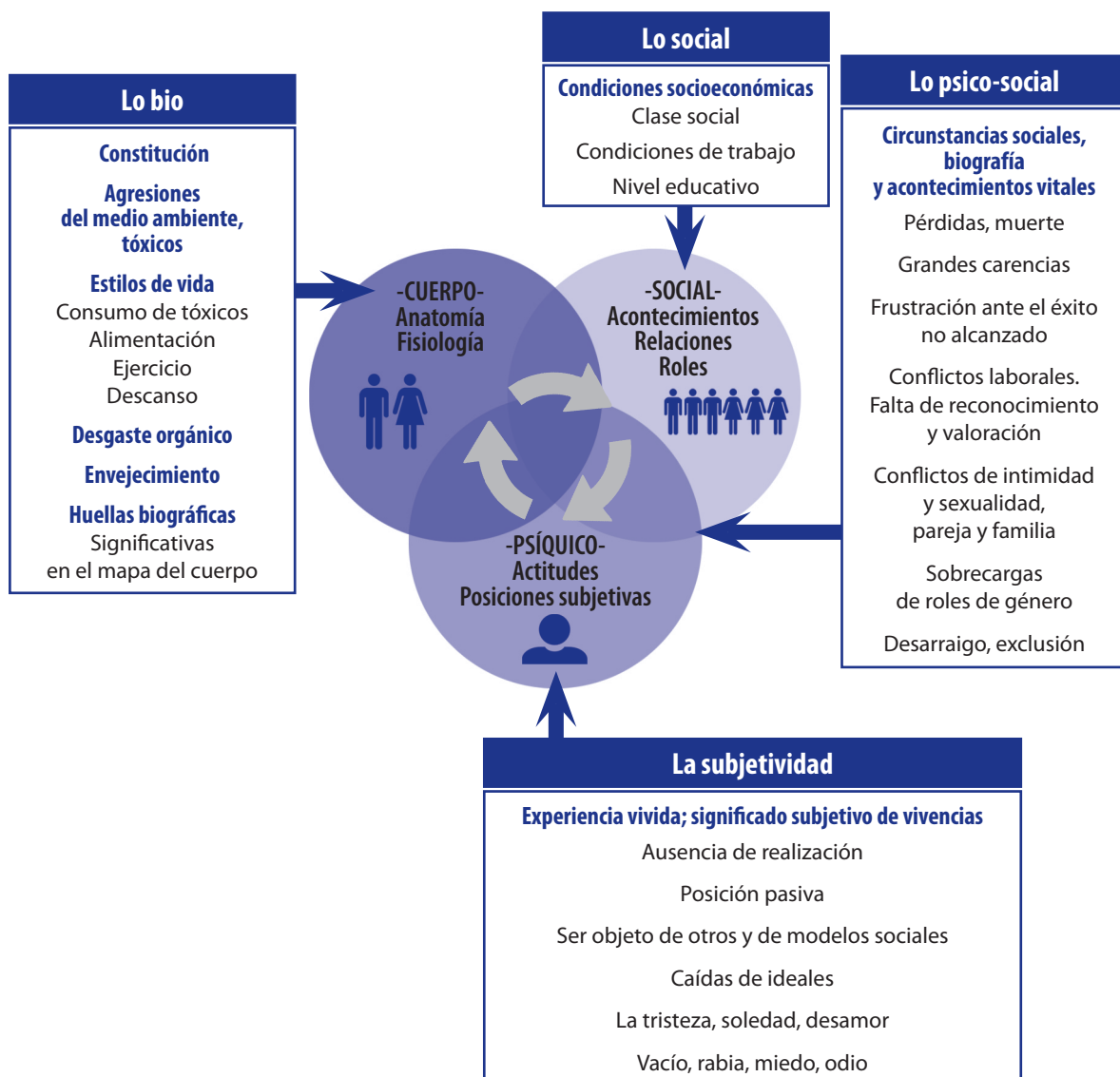
- **Factores determinantes biológicos:** la genética y la constitución, los cuidados del cuerpo que varían con los estilos de vida y los factores ambientales (Esquema 2). Considerando el género, los hombres y las mujeres tienen distinta vulnerabilidad a los distintos factores biológicos (Carme Valls, 2006), además de diferentes estilos de vida debido a distintas costumbres de género (Gita Sen y cols., 2007).

- **Factores determinantes sociales:** los socioeconómicos, que son responsables de desigualdades sociales en la forma de enfermar (OMS, 2008). Y las desigualdades de género (Izabella Rolfhs y cols., 2000; Lucía Artazcoz, 2005), ya que las desventajas socioeconómicas y culturales afectan más a las mujeres que a los hombres, profundizando las desigualdades de género, causando mayor gradiente de mala salud y deterioro de la calidad de vida para las mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 y 2007).

■ **Procesos determinantes psicosociales:** quedan mejor expresados con el término ‘procesos de vulnerabilidad’ (Jaime Breilh, 2003), que se refieren a aquellas situaciones o experiencias biográficas y modos de vida que colocan a las personas en situación potencialmente vulnerable. No son factores de riesgo estáticos, sino procesos que imprimen vulnerabilidad.

■ **Procesos determinantes subjetivos:** corresponden a las vivencias personales, cómo es para cada uno/a la experiencia vivida y qué llega a significar. Esta tercera esfera incluye determinantes que producen la variación en las formas de reaccionar y de enfermar singulares de cada persona, aún estando sometidas a los mismo factores socioeconómicos y a similares procesos psicosociales (Procesos determinantes especificados en Esquema 2).

ESQUEMA 2. PROCESOS BIOPSIICOSOCIALES DETERMINANTES DE SALUD-ENFERMEDAD



Fuente: Sara Velasco, 2006 y 2009.

La **concepción biopsicosocial** de la atención implica que, si consideramos que el proceso de salud/enfermedad está determinado por los anteriores factores de las tres esferas, la intervención clínica deberá contar con **instrumentos para intervenir en los tres tipos de factores**.

No sólo los biológicos, para los cuales contamos con los mejores **recursos biomédicos**, sino también para ayudar a la **transformación en lo social y lo psicosocial**, en la medida en que esté al alcance de la clínica individual **evidenciar** estos componentes, ayudar al paciente a **orientar cambios** posibles y **proporcionar recursos** disponibles. Y también incluir en la clínica médica, la **acción sobre los componentes subjetivos** del proceso de enfermedad, lo cual es plenamente accesible en la intervención persona a persona.

5.3 Determinantes psicosociales de género



Cuando los procesos psicosociales son debidos a las formas de vida como mujeres u hombres, son **procesos psicosociales de género**. Son modos de vida o condiciones psicosociales que **determinan vulnerabilidad**.

Estos procesos se agrupan bajo varios modelos de género distintos. Se puede vivir bajo el modelo de género tradicional, o bajo un modelo evolucionado en transición de género, o bajo un modelo más nuevo, procedente de los modos de vida y las condiciones actuales, un modelo de género contemporáneo.

No somos del género mujer u hombre. Hay dos sexos, pero varios modelos de géneros. Una persona es del sexo mujer u hombre y funciona en un modelo de género tradicional, o en transición, o contemporáneo... El sexo es una variable biológica, el género es una experiencia psicosocial.



Ejemplo

*El mandato social de **género tradicional** de que las **mujeres** se subordinen a las necesidades y expectativas de los hombres, es un factor de vulnerabilidad para las mujeres que viven dentro de este modelo. Que los **hombres** tengan que demostrar siempre potencia y crean que su cuerpo es una máquina invencible (Daniel Leal, 2008), es debido a que algunos aún viven en el modelo tradicional, en el que la masculinidad se asocia a fortaleza. Los factores de vulnerabilidad son, en ambos casos, **factores de género tradicional**.*

*Una **mujer** que trabaja, es independiente, no está en una relación subordinada con el hombre, vive en un **modelo de género en transición**. Los factores de género que la hacen vulnerable son la sobrecarga de la polifuncionalidad por mantener acumulados ideales antiguos y nuevos: doble y triple jornada laboral, soporte en solitario de las generaciones ascendiente y descendiente.*

Para **analizar el género como determinante de salud**, hemos de analizar primero los distintos modelos compuestos por los roles de género (esfera social) y los ideales de feminidad y masculinidad (esfera subjetiva). Y analizar después cuáles de estos **procesos producen vulnerabilidad** y cuáles son **protectores** para la salud.

Este análisis de género permite identificar los **determinantes psicosociales y subjetivos de género** sobre los que habrá que intervenir en la atención biopsicosocial.

A continuación se sintetizan estos componentes del análisis para los cuatro modelos fundamentales actuales:

- Modelo tradicional.
- Modelo en transición.
- Modelo contemporáneo.
- Modelo igualitario.

En la siguiente Tabla 2 se recoge la estructura comparada de las relaciones de pareja en los tres modelos principales. Las modificaciones en la estructura de la sociedad han ido trasladando modificaciones a la estructura de relaciones de género, lo cual ha dado lugar a la sucesión de modelos².

TABLA 2. ESTRUCTURAS DE GÉNERO TRADICIONAL, EN TRANSICIÓN Y CONTEMPORÁNEA			
	A. Modelo tradicional.	B. Modelo en transición.	C. Modelo contemporáneo.
FINALIDAD	■ Núcleo social básico: la familia jerarquizada. ■ Motivo de la unión: constituir el núcleo social básico.	■ Núcleo social básico: la pareja. ■ Motivo de la unión: amor y crear una familia no jerarquizada. Compartir proyectos de vida.	■ Núcleo social básico: el individuo. ■ Motivo de unión: amor y sexualidad en pareja. Compartir y facilitar los proyectos individuales mediante alianza de recursos.
ESTRUCTURA DE LA RELACIÓN	■ Hombre y mujer. ■ Tener hijos es un mandato. ■ Relaciones jerarquizadas, división sexual del trabajo y de los ámbitos de acción. ■ Relación de poder/subordinación. ■ Familia depositaria de la propiedad y de su transmisión. ■ Contrato matrimonial de permanencia y exclusividad. ■ Roles muy diferentes.	■ Dos personas de cualquier sexo. ■ Hijos/as son proyecto en común. ■ Trabajo remunerado ambos y doméstico desigualmente repartido. ■ No relación de poder, pero dependencia mutua para apoyo socioeconómico y afectivo. ■ Propiedad y su transmisión en la pareja. ■ Unión no permanente, formas de convivencia cambiantes con fantasía de permanencia y exclusividad. ■ Roles multifuncionales de ambos.	■ Dos o más personas de cualquier sexo. ■ Hijos/as son realización de proyectos individuales sumables. ■ Relaciones no jerarquizadas. ■ Valores prioritarios de libertad individual. ■ Propiedad y su transmisión: los individuos. ■ Sin contrato o acuerdo de permanencia ni exclusividad. ■ Roles multifuncionales.

Fuente: Sara Velasco, 2009.

2.- El siguiente análisis esquemático de los modelos de género y los correspondientes factores o procesos de vulnerabilidad se han ido trabajando a partir del cuerpo de investigación de estudios de género, entre otras autoras Anne Annandale, 1990; Mabel Burin, 1990; Cecile Gisjbers, 1996; Kirsti Malterud, 1998; Dona Stewart, 1996; Silvia Tubert, 1999; Ana Delgado, 2001; M^a Asunción González de Chávez, 2001; M^a Luz Esteban, 2001. Además de las aportaciones de numerosos profesionales sanitarios a partir de su experiencia clínica y en los espacios de formación sobre salud y género en que ha participado la autora desde 1997. Han sido publicados en parte en Sara Velasco y cols., *Evaluación de intervención biopsicosocial...*, 2007 y en *Sexos, Género y Salud* (Velasco, 2009).

A. Modelo de género tradicional

Se apoya en una organización social que precisa la división sexual del trabajo apoyándose en el sistema patriarcal de relaciones de género, basado en relaciones jerarquizadas y de poder/subordinación de hombre a mujer. Plenamente vigente hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental y con presencia social aún en las generaciones adulta y mayor.

Los procesos determinantes de vulnerabilidad para mujeres y hombres, procedentes de este modelo se deben en síntesis a las **relaciones de poder/subordinación**.

TABLA 3. PROCESOS DE VULNERABILIDAD DEL MODELO DE GÉNERO TRADICIONAL

	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad
MUJERES	■ Subordinación/Dependencia/Falta de autonomía. ■ Carencias por relación asimétrica de pareja: Falta de comunicación íntima. Ausencia de cuidados y devolución amorosa. ■ Abusos y malos tratos. ■ Reclusión en espacio doméstico. ■ Trabajo de ama de casa: Aislamiento con falta de estímulos, pasividad, trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado. Incomunicación, falta de relaciones y apoyo social. ■ Sobrecarga de cuidadora como única vía de realización: Sobrecarga física y emocional. Abuso emocional por familiares. Rol de soporte para todos. Impacto de los conflictos de las personas a su cargo. ■ Enfermedades o problemas de hijos/as. ■ Enfermedades de la pareja y otros. ■ Consumo de tóxicos de su pareja y otros. ■ Falta de proyecto y realización propios. ■ Falta de tiempo propio y autocuidado	■ Mantener posiciones pasivas y objetales: Dependencia afectiva. Temor a perder al hombre. Resignación. Exposición a abusos. ■ Sexualidad activa proscrita en la definición de feminidad moral tradicional. ■ Frustración y duelo por ruptura o abandono de pareja. ■ Sentimiento de obligación de cuidar. ■ Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos conflictivos). ■ Conflicto con el ideal de "buena madre": hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...).
	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de masculinidad
HOMBRES	■ Empuje al riesgo como demostración de fortaleza. ■ Actos de demostración de invulnerabilidad (riesgos físicos y consumo de tóxicos). ■ Pérdidas del rol de dominio. ■ Dificultades con el rol de sostenedor de la familia. ■ Quiebras de la relación de propiedad de la mujer.	■ Ruptura o abandono de la pareja. Intolerancia al abandono de la mujer. Recurso a la violencia. ■ Conflicto con ideal de "buen padre". ■ Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. ■ Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, pérdidas físicas, envejecimiento...).

Fuente: Sara Velasco, 1999 y 2009.

B. Modelo de género en transición

Este modelo avanza desde principios del siglo XX y evoluciona por el acceso de las mujeres a la educación, al trabajo y el ámbito público y la consecuente salida del lugar de subordinación. Lo viven mujeres y hombres innovadores que han de **transgredir** el modelo de género tradicional en el que han sido socializados. Por ello, se trata de un cambio no acabado en el que hombres y mujeres han modificado el modelo social, aunque conservan aún **valores tradicionales en la esfera íntima**.

Sus riesgos proceden de la **multifuncionalidad** de ambos, la sobrecarga de múltiples roles y la acumulación y, a menudo, conflicto entre **ideales antiguos y nuevos**.

TABLA 4. PROCESOS DE VULNERABILIDAD DEL MODELO DE GÉNERO DE TRANSICIÓN

	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad
	Procesos psicosociales de vulnerabilidad por rol de género	Procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de masculinidad
MUJERES	■ Cuadros de sobrecarga por acumulación de roles antiguos y nuevos: Doble jornada laboral (dentro y fuera de casa). Triple jornada (dentro y fuera de casa y cuidado de dependientes). Cuidado de dos o más hijos pequeños. "Supermujer", "abuela esclava"... Carga monoparental en soledad. ■ Frustración del proyecto personal de trabajo. ■ Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino. ■ Acoso laboral.	■ Transgresión de roles familiares y de feminidad esperados en mujeres innovadoras. 'El techo de cristal'. ■ Conflictos de pareja por redistribución del poder o posiciones de privilegio de los hombres. ■ Frustraciones y duelo por ruptura o abandono de pareja. ■ Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal (desacuerdos sobre el deseo con la pareja, infertilidad, retraso de la maternidad...). ■ Conflicto con el ideal de "buena madre": hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad (adolescencia, maternidad, menopausia, histerectomía, mastectomía...).
HOMBRES	■ Contradicciones de la innovación, descapitalización de privilegio de los hombres. ■ Acceso a los roles tradicionalmente femeninos. ■ Roles de nuevos cuidados compartidos cuestionados o mal vistos por el entorno. ■ Pérdida de contacto y cotidianidad con hijos e hijas por separación. ■ Carga monoparental en soledad. ■ Desvalorización en el trabajo. ■ Acoso laboral.	■ Nostalgia del rol de dominio y privilegios tradicionales masculinos. Inhibición y pérdida de compromiso. Violencia de género. Uso de la prostitución. Desconcierto ante confrontación con ideales de masculinidad de los nuevos modelos. ■ Conflictos de pareja por redistribución del poder, de la autonomía y de las funciones. ■ Conflicto con ideal de "buen padre": hijos/as con enfermedad o marginados. ■ Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual. ■ Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad (adolescencia, paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento...).

Fuente: Sara Velasco, 2008 y 2009.

C. Modelo de género contemporáneo

En la segunda mitad del siglo XX y en el XXI se ha evolucionado de la sociedad productiva a la sociedad de consumo. Esta organización socioeconómica tiene su objetivo central en la producción y consumo de los bienes materiales, y se estabiliza a base de dar un lugar preferencial a los intereses individuales. Conlleva el desplazamiento de los valores e ideales sociales hacia la realización individual a través del éxito personal y social, cuyos indicadores principales son la capacidad de consumo de bienes materiales y el confort. El cuerpo llega al primer plano representando al individuo y, por tanto, su imagen ha de reflejar los signos del éxito, la belleza y el disfrute (Sara Velasco, 2005).

En este contexto, las parejas se unen para cooperar en los proyectos individuales de ambos, por lo que el valor de la libertad individual y la satisfacción están por encima de la permanencia de la relación. El amor es el horizonte ideal de la unión, aunque la sexualidad es el trazador del éxito de la relación. Los círculos de amigos/as funcionan como la familia en cuanto a apoyo logístico y afectivo y tienden a ser más estables que las parejas.

Los procesos de vulnerabilidad, que en parte son los mismos para mujeres y hombres, se diferencian sólo en los **ideales dicotómicos de cuerpo**.

TABLA 5. PROCESOS DE VULNERABILIDAD DEL MODELO DE GÉNERO CONTEMPORÁNEO

	Procesos de vulnerabilidad por relaciones de género	
	■ Competitividad entre ambos por el ideal de éxito personal y social. ■ El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento. ■ Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja. ■ Falta de realización de maternidad por asincronía del deseo en la pareja o por competencia con proyecto individual.	
MUJERES Y HOMBRES	Procesos subjetivos de vulnerabilidad	
	■ Ideal de eterna juventud. ■ Desorientación sobre significado y requerimientos del amor. ■ Sobre-exigencia de satisfacción sexual. ■ La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo de pareja. ■ Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción. ■ Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas. ■ Periodos largos en la vida de soledad y búsqueda. ■ Conflictos, desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono.	
Cuerpo y subjetividad	FEMINIDAD	MASCULINIDAD
	■ Discriminación de feminidades masculinas. ■ Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo: Modelo de cuerpo delgado, lujoso, etéreo, seductor, sexy, inánime, fantástico, inexistente, extravagante. ■ Insatisfacción con el propio cuerpo. Restricción dietética, compulsión a cirugía remodeladora. ■ Hiperconsumo para transformación de la imagen.	■ Discriminación de masculinidades femeninas. ■ Ideal de masculinidad focalizado en el cuerpo: Modelo de cuerpo fuerte, lujoso, acción, magnetismo, seductor, sexy, potencia sexual. ■ Insatisfacción con el propio cuerpo. Vigorexia, empuje al consumo, cirugía remodeladora.

Fuente: Sara Velasco, 2008 y 2009.

D. Modelo de género igualitario

La **pareja igualitaria**, que se encuentra en el horizonte hacia el que tender, puede considerarse el **modelo protector de género**.

Es el modelo horizonte tanto de las generaciones adultas como de las más jóvenes, aunque son estas últimas las que van acercándose más en la medida en que han sido socializadas ya en modelo no tradicional. Se trata de relaciones comprometidas entre los sexos, en pie de igualdad social e íntima.

5.4 - Factores protectores de género

Las relaciones de género resultan de riesgo para mujeres y hombres cuando existen **relaciones de poder**, cuando **objetalizan** a uno de ambos, y de las **contradicciones entre los ideales** sociales y los personales, antiguos y nuevos. Por ello, las relaciones que permitan ganancia **de autonomía**, capacidad de **realización** personal y relaciones **no dependientes e igualitarias**, serán protectoras.

Para las mujeres

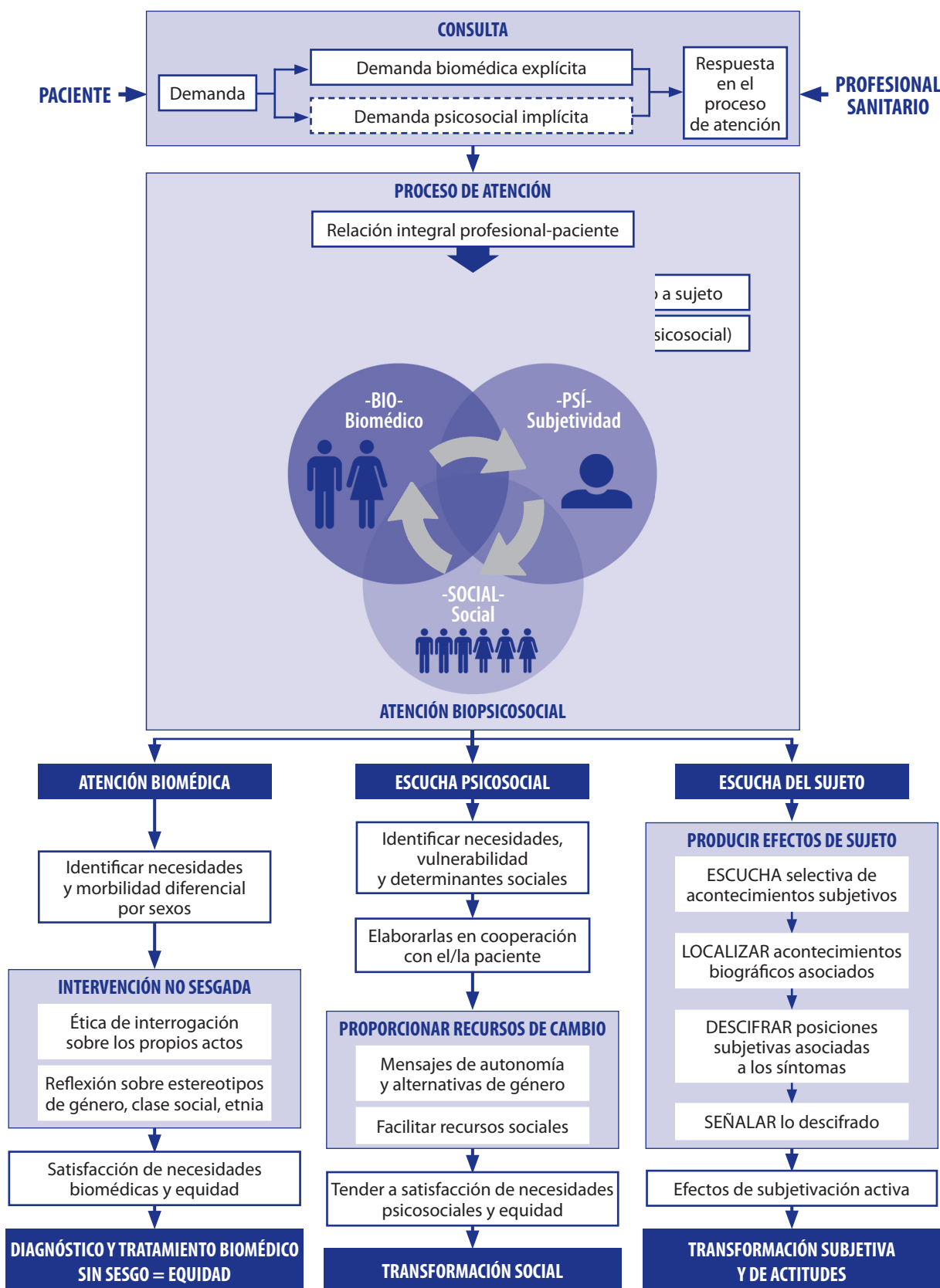
- Alcanzar posiciones subjetivas activas.
- Autonomía e independencia.
- Proyectos y realizaciones propias (empoderamiento individual).
- Sociabilizarse, creando red de encuentro y apoyo social (empoderamiento comunitario).
- No ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales.
- Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.
- Resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyando todo el proyecto vital en el cuidado de los otros.

Para los hombres:

- No ser víctima de las circunstancias y de los modelos sociales.
- Abandonar las sujeciones del modelo tradicional.
- Abandonar posiciones subjetivas de propiedad sobre la mujer.
- Abandonar posiciones demostrativas de fortaleza.
- Acceder a esferas personal y social de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario).
- Compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén de la vida.

6 Intervención clínica biopsicosocial³

ESQUEMA 3. ALGORITMO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA BIOPSICOSOCIAL CON ENFOQUE DE GÉNERO



3.- Este método se ha desarrollado en Velasco, Sara, *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres* (2006), manual para atender trastornos mentales comunes, dolor y somatizaciones en atención primaria.

Debido a que el **género es psicosocial** y los determinantes de vulnerabilidad de género proceden de esta esfera, una práctica clínica que pretenda intervenir en la **transformación de género**, ha de moverse en el **modelo biopsicosocial** que, además, incluya los **determinantes de género** y atención a la **subjetividad**.

El proceso de atención se ha representado en el algoritmo del Esquema 3.

6.1 - Atención centrada en el/la paciente

La relación asistencial centrada en el o la paciente (Jorge Luis Tizón, 1988 y 1995; Francesc Borrell i Carrió, 1992; N. Mead y cols., 2000) implica que el centro de gravedad de la intervención no se sitúa del lado del médico como sujeto del saber, dirigiéndose al paciente como objeto de ese saber. Este balance de sujeto a objeto corresponde más al modelo biomédico, en el que el cuerpo es el objetivo de la mirada médica, siendo el médico quien define el espacio patológico (Michel Foucault, 1966).

- La atención centrada en el/la paciente es una **atención de sujeto a sujeto**.
- El **centro de gravedad** cae sobre el sujeto paciente y lo que a este le ocurre.
- Es el sujeto quien tiene que llegar a saber lo que le pasa y tomar **responsabilidad** y participación en su proceso.
- Del lado del paciente existe saber válido para la clínica.

Se debe preguntar y escuchar **qué le pasa** a la persona, **a qué lo achaca**, **con qué lo relaciona** y qué cree que podría hacerse **para cambiarlo**.

Ejemplo

*El caso de una mujer con **dolor torácico**. En una atención centrada en el médico, este realizaría un interrogatorio corto, lo más preciso posible para verificar si el dolor y síntomas asociados corresponden a un daño orgánico. Trataría de descartar angina de pecho, o patología pulmonar, pleural, etc. Pediría pruebas complementarias para tratar de evidenciar ese tipo de diagnóstico. Se estaría dirigiendo a **evidenciar una posible enfermedad orgánica**. Cuando la paciente expresara alguna queja subjetiva más, -que le cuesta dormir o que le asusta el dolor, que está fatal desde hace unos meses-, o se insinuaran afectos asociados, el médico procuraría no mirarla hasta que desistiera de explicarlo y omitiría interesarse por la vivencia de la enferma. Estaría así **centrado en la enfermedad**, apoyándose en su **saber técnico** para observar el cuerpo que es el **objeto** de su interés, **esquivando a la enferma**. Le interesaría lo que le ocurre al cuerpo orgánico, no lo que le ocurre a la paciente, para definir el espacio patológico en el campo somático. Y si no hay diagnóstico, el médico sentiría que ha terminado su cometido. La paciente no está enferma.*

*Sin embargo, **centrada la atención en la paciente**, el peso de las averiguaciones cae sobre lo que la paciente siente, sabe y puede comunicar. El médico se interesa por lo que tiene que decir sobre sus síntomas somáticos y también sobre lo que opina sobre ellos. Presta atención a qué los achaca la paciente. Si el dolor torácico se relaciona con aspectos vivenciales, cómo lo interpreta la paciente, qué importancia tiene para ella, si se siente o no enferma. Así, si después hay un diagnóstico fisiopatológico, la paciente tomará su **responsabilidad** en su cuidado y en la relación con sus acontecimientos vitales asociados y **participando** en las decisiones para su tratamiento. Si no se llega a evidenciar enfermedad orgánica, el médico seguirá **centrado en la paciente**, para ayudarla a enfocar qué hacer con su síntoma y con su sensación de enfermedad, que también es responsabilidad de ella y para lo que el médico cooperará.*

El o la profesional puede hacerse algunas preguntas clave para reflexionar sobre dónde centra la atención:

¿? Preguntas clave

- ¿Le he preguntado qué cree que le pasa y a qué cree que se debe?
- ¿Le he preguntado qué es lo que le preocupa?
- ¿He prestado atención y valorado lo que el/la paciente pueda decir sobre lo que le pasa?
- ¿He escuchado las respuestas cuando estas eran sobre algo no relacionado con los síntomas orgánicos concordantes con el diagnóstico diferencial, o he ignorado lo que decía?
- ¿He incluido su opinión en la valoración de su cuadro clínico? ¿O sólo he pensado en el diagnóstico fisiopatológico evidenciable?
- ¿He discutido con ella los posibles diagnósticos y la conducta a seguir?

6.2¹ Relación integral sanitario/a-paciente

Como se va a tratar de intervenir en los procesos psicosociales y las actitudes personales, el instrumento que se pondrá en juego es la relación que se establezca con el/la paciente. La posibilidad del profesional de escuchar lo que es significativo para la persona y de causar efectos en el sujeto, posibilitando que cambie actitudes, será posible creando un **vínculo asistencial** en el que se produzca un **encuentro entre sujetos** (Jorge Luis Tizón, 1995; Manuel Girón y cols., 2002; Benjamín Uzorskis, 2002; Jozien M. Bensing, 2006).

La intervención no reposa sólo sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario/a. También sobre su **capacidad de escucha de aspectos psicosociales y su integración con los biológicos** y de su capacidad para crear las **condiciones del encuentro** en las que la persona pueda expresar sus experiencias y participar en las decisiones. Así como favorecer una **relación integral profesional-paciente**.

Se puede hablar por hablar, sin causar ningún efecto en el que escucha, porque quien lo dice no alcanza a tocar en la intimidad al otro, no hay encuentro. Se puede atender a una persona en consulta y darle información, instrucciones y no dejarle ninguna huella, siendo sólo un roce superficial entre individuos que no significan nada entre sí. Sin embargo, es muy distinto un **discurso que cause efectos en el otro**. Que aquella misma información sea incorporada por la persona como algo valioso, depende de que se haya producido un encuentro en el que el sanitario/a haya pasado a ser alguien significativo para la persona y haya tocado en lo personal. Estas **relaciones con significado** se pueden producir muy sutil y rápidamente en cualquier consulta. Y que ocurra este encuentro es imprescindible para poder realizar una intervención con efectos psicosociales.



Entonces ¿qué relación? Una relación que permita acoger los aspectos psicosociales y subjetivos del/la paciente, interesándose por **quién es el/la paciente**, y también que permita al profesional auto-interrogarse sobre los aspectos subjetivos que le implican. Y poner estos afectos al servicio de los efectos del **encuentro**. Esto es una **relación significativa con potencial para causar efectos en el/la paciente**.

¿? Preguntas clave

- ¿Las condiciones que he creado en la consulta, facilitan que la persona pueda hablar?
- ¿El ordenador, u otro elemento, se interponen en la comunicación?
- ¿He prestado atención a acontecimientos biográficos que haya expresado?
- ¿Le he devuelto una mirada de atención o algún signo de que me ha interesado?
- ¿Podría decir si la persona ha empatizado conmigo, ... si confía?



Preguntas clave

¿Me habla con interés por saber lo que le voy a contestar? ¿O está distraído/a sólo pensando en obtener recetas?

Y yo ¿he empatizado? ¿Me acuerdo ya de su nombre?

¿Le he mirado cuando hablaba? ¿Puedo pensar que he conectado con la persona?

¿Me parece que he entablado un vínculo o relación con el o la paciente?

A. Integrar las demandas explícita e implícita

En el contexto del vínculo asistencial circulan las demandas explícita e implícita.

La **demanda explícita** contiene la demanda de atención a los síntomas somáticos. Lo que en ella pide el/la paciente es diagnóstico y tratamiento, atención biomédica.

Pero la persona también puede estar demandando, sin ser consciente de ello, atención a sus problemas vivenciales asociados a su proceso, lo cual irá contenido en la **demanda implícita**. Por más que intentáramos considerar sólo la esfera biológica de la persona, su constitución conlleva siempre también lo social y lo subjetivo. Y cuando alguien acude a pedir ayuda porque se siente enfermo, la demanda de atención a su sufrimiento y las circunstancias personales que lo causan, van siempre asociadas como demanda implícita. Esta se dirige, no tanto al profesional y sus conocimientos técnicos, sino a la persona que es este profesional y a su capacidad para comprender la integralidad del sufrimiento.



El **contenido de la demanda implícita** es la **biografía** del paciente, los **acontecimientos vitales** significativos, los **factores psicosociales y subjetivos** asociados a la enfermedad, o al sentimiento de enfermedad. Este contenido es propio de la atención biopsicosocial.

Por ello, **integrar las demandas explícita e implícita** es una condición del modelo. Y ello se realiza escuchándolas y dándoles un lugar en la relación profesional-paciente.



Ejemplo:

*Una médica recibe a una paciente que relata una historia de **arritmias cardíacas**. Lógicamente la paciente está **angustiada**, lo que hace que se manifieste confusa, nerviosa, relate desordenadamente los síntomas que se expresan difusos ...*

*La médica podría centrarse sólo en los síntomas biológicos, objeto de la **demanda explícita**, no interesándose por quién es la paciente, no mirándola demasiado, no implicándose con ella y mirando al papel (o la pantalla del ordenador) cuando se manifiesta la angustia y cuando la paciente dice algo de su vida personal. Esto sería ignorar la posible demanda implícita, taponar la manifestación de lo psicosocial e impedir que se establezca una relación profesional-paciente significativa.*

*Sin embargo, lo que hace es escucharla tratando de conectar con ella y **dejando que exprese lo que le causa angustia**. Manteniendo una mirada atenta cuando la paciente dice de pasada que desde que su marido está en paro y la enfermedad de su nieto, las arritmias van peor. Le devuelve una pregunta rápida sobre si eso le está afectando mucho a ella y esperando la respuesta. Al hacerlo, automáticamente deja entrar quién es la paciente en el vínculo entre ambas. Ya no sólo hablan de un cuerpo cuya maquinaria da síntomas. Lo que hace es **validar el hecho psicosocial en el proceso de enfermedad**. Si lo escucha con atención, automáticamente queda incluido en el espacio médico y validado, dejando abierto el camino para que la paciente se dé cuenta y se pueda después responsabilizar de ello.*

*Se establece una relación no sólo "técnica", sino que ha permitido la **aparición del sujeto que habita en la paciente** y ha dado un **significado** de acogida y sentido a los hechos biográficos asociados.*



Preguntas clave

¿He permitido que su expresión sea con sus posibles afectos?

¿He procurado no mirarla, o mirarla con ironía o recriminación, o interrumpirle con una pregunta cuando ha mostrado ansiedad, tristeza, angustia...?

¿He tratado de escuchar lo que le puede pasar personalmente asociado a sus síntomas?

¿He estado tranquila/o al percibir que me demanda respuestas que no son sólo sobre los síntomas somáticos?

¿Qué parece pedirme, además de la atención médica?

¿Me parece que hay alguna demanda implícita además de la biomédica?

Atención a los determinantes biológicos y equidad

6.3 Atención biomédica

A partir de que están establecidas las anteriores condiciones del encuentro clínico, existe una relación profesional-paciente incipiente en la que se puede alojar una intervención biopsicosocial (Algoritmo del Esquema 3).

La atención más inmediata es la atención a lo orgánico, respondiendo a la demanda explícita. En la clínica actual, los síntomas legitimados son los somáticos, especialmente aquellos que pueden objetivarse mediante signos. Por eso, los y las pacientes tienden a presentar en primer lugar y, a menudo, casi exclusivamente, sus quejas somáticas.

La secuencia biomédica es escuchar los **síntomas**, objetivar **signos** que permitan llegar a un **diagnóstico** e instaurar un **tratamiento**. Esta clínica debe seguir formando parte de la atención biopsicosocial. Es el componente actualmente más desarrollado y no se trata de retroceder o perder sus logros. Pero bajo el enfoque de género se trata de atender además a la morbilidad diferencial por sexos, atendiendo las necesidades específicas y controlar los sesgos de género en la clínica, para tender a la equidad.

6.4 Visibilizar necesidades y morbilidad diferencial por sexos

Visibilizar las diferentes características de la enfermedad en cada sexo, es decir, la **morbilidad diferencial** por sexos (Carme Valls-Llobet, 2006; Gita Sen y cols., 2007) que apuntará a **necesidades** específicas de atención.

A. Morbilidad asociada a diferencias biológicas entre los sexos

Identificar necesidades de atención derivadas de que cada sexo padece algunas enfermedades debidas a su condición biológica. Por ejemplo, patología mamaria y cáncer de mama, patología ovárica, etc. O cáncer de próstata.

También por procesos de salud/enfermedad relacionados con aspectos biológicos diferenciales asociados al **ciclo vital**. Por ejemplo, pubertad, ciclo menstrual, maternidad, paternidad, menopausia... En la práctica puede haber tendencia a invisibilizar las necesidades procedentes de esta morbilidad diferencial, especialmente la femenina (Carme Valls-Llobet, 2006).

B. Morbilidad por vulnerabilidad biológica diferente

Hombres y mujeres tienen distinta **vulnerabilidad** a los mismos factores biológicos. Esta vulnerabilidad puede subyacer en patologías de alta prevalencia en las mujeres para las que no se encuentra explicación causal, por falta de una mirada diferencial (Carme Valls, 2006).

Se tratará de desarrollar sensibilidad e instrumentos clínicos para esta especificidad.

Ejemplo:

*Las mujeres son más vulnerables a los **factores químicos ambientales**. Biológicamente el organismo de las mujeres, aunque se exponga en igualdad de condiciones que los hombres, es más **vulnerable por diferencias biológicas** de absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en las grasas (Gita Sen y cols., 2007). Esto produce una **morbilidad diferencial** por sexos. Determinadas **enfermedades endocrinas, inmunes y músculo-esqueléticas**, pueden tener un componente de esta mayor sensibilidad femenina a los tóxicos ambientales⁴; lo que explica, en parte, su mayor prevalencia en mujeres. Si no se hace visible en la clínica, se puede estar usando el patrón de vulnerabilidad masculino y pasar desapercibidos determinados trastornos en mujeres. Como viene difundiendo Carme Valls desde hace años, las mujeres padecen **anemia ferropénica** con mucha mayor frecuencia que los hombres. El hecho se invisibiliza mediante un cambio en*

4.- Carme Valls-Llobet (2006) trabaja en identificar y desarrollar protocolos clínicos para procesos de morbilidad diferencial femenina, especialmente en enfermedades endocrinas e inmunológicas. Analiza también la clínica del dolor crónico bajo la óptica de estos trastornos subyacentes que son infra diagnosticados.

*el parámetro de normalidad en la analítica, informalmente establecido, descendiendo los valores normales para las mujeres a valores que, sin embargo, son sintomáticos para ellas (fatiga, dolor y cortejo sintomático de la anemia). Esto es producto de **invisibilizar** un factor de **morbilidad diferencial**.*

¿? Preguntas clave

- ¿He pensado si puede haber diferencias por sexo y he buscado adquirir conocimientos sobre ello?
- ¿O creo que la enfermedad tiene que ser igual independientemente del sexo del paciente?
- ¿Conozco suficiente sobre la presentación clínica de esta enfermedad en mujeres y en hombres?
- ¿Estoy teniendo en cuenta esas posibles diferencias?

6.5 - Intervención no sesgada.

Reflexión sobre los sesgos en la clínica

Para alcanzar el objetivo de realizar una **atención de calidad no sesgada** y tendente a la **equidad**, es necesario mantener actitud reflexiva sobre los **sesgos en la clínica**.

Observamos la realidad a través de diversos filtros: el sistema de valores, el marco teórico, las experiencias anteriores, las representaciones sociales y los estereotipos y, por último, también a través de los afectos que las personas nos provocan. No es posible la neutralidad porque la mirada del sujeto es siempre a través de estos filtros.



Cuando hablamos de **sesgos en la clínica**, estamos hablando de la variabilidad de las actuaciones que procede de la influencia de estos inevitables condicionantes que afectan **la percepción de la o el profesional**.

Existen múltiples tipos posibles de sesgos en la atención. Para el enfoque de género, interesan al menos el **sesgo teórico**, el **sesgo tecnológico**, el producido por **relaciones intersubjetivas** con el o la paciente y el **sesgo de género por estereotipos sociales**.

A. Sesgo teórico. Hegemonía del conocimiento especializado

Se puede producir un sesgo directamente relacionado con los marcos teóricos que casi siempre son parciales. Las teorías siempre contemplan unos factores explicativos del problema y no otros. Y en la atención, sólo se puede ver e incluir en el acto clínico aquello que se ha pensado, que forma parte del saber del profesional. Las insuficiencias teóricas trazan zonas de sombra para la percepción clínica.



Un ejemplo de **sesgo teórico** es la **variabilidad** debida a los límites propios de cada área de conocimiento especializado.



Ejemplo:

*Chaichana Nimnuan y cols., (2001) investigan sobre un listado de síntomas somáticos sin causa orgánica. Sus hallazgos ejemplifican el sesgo teórico por la especialización de los conocimientos. Estudian pacientes que acuden a diversas especialidades médicas. Se observa que, con iguales síntomas, las personas tienen más posibilidades de ser diagnosticadas del síndrome funcional correspondiente a la especialidad del clínico que las atiende. Especialistas de digestivo tienden a diagnosticar más síndrome de **colon irritable**, en reumatología se diagnostica **fibromialgia** y si se trata de especialista en neurología, la misma persona tiene*

*más probabilidades de salir diagnosticada de **fatiga crónica**. Se encuentra que se desprecian una media de 8 síntomas que exceden o no encajan con el diagnóstico de la especialidad. Se encuentra también que las mismas personas son diagnosticadas, con mucha frecuencia, de varios **síndromes funcionales**, según van visitando a los diversos especialistas. Es una **variabilidad** que está produciendo **diagnósticos sesgados** por los conocimientos del médico o médica. Y es lógico que cada médico/a pueda ver sólo aquello que tiene en mente, e **interpreta la enfermedad que tiene delante según el saber del que dispone**.*

Para el enfoque de género interesa, debido a que si el o la profesional no dispone del marco de **conocimientos teóricos de género y salud**, no podrá ponerlo en funcionamiento en la clínica.

B. Sesgo tecnológico. Invisibilidad de lo psicosocial

Un sesgo teórico específico que interesa para el enfoque de género es el **sesgo tecnológico y biomédico**. Es una variante de sesgo teórico procedente de los efectos escotómicos que causa la limitación del paradigma biomédico. Dice Jozien Bensing (2006), que el **sesgo tecnológico** se produce por el apoyo en la **medicina basada en la evidencia** y la actuación mediante protocolos clínicos estandarizados que se aplican por patologías y no por pacientes. Quedan englobadas en un escotoma las condiciones no biológicas. Se tiende a tratar de limpiar el acto médico de apreciaciones subjetivas, tanto del paciente como del sanitario, y de los aspectos psicosociales que pueden enturbiar la presentación biológica de la enfermedad. Y lo psicosocial, aparentemente, contamina la realidad fisiopatológica.

El **sesgo tecnológico** perjudica para el enfoque de **género**, porque este es **psicosocial**. Para incluir el género es necesario incluir la vida social y subjetiva de las personas.

Por esto requiere añadir a la medicina basada en la evidencia, una **atención centrada en el /la paciente**⁵.

Ejemplo:

*El sesgo tecnológico contribuye a **interpretar sólo en términos biológicos** los padecimientos de las mujeres relacionados con el **ciclo vital**. El ciclo menstrual, la maternidad, la menopausia, son procesos con fuerte implicación biopsicosocial. Sin embargo, desde la biomedicina, se tienden a interpretar y abordar sesgadamente desde lo biológico y a intervenir con el arsenal correspondiente, que es el farmacológico. Las diversas pautas farmacológicas para tratar la menopausia, -tanto la terapia hormonal sustitutiva, como los diversos protocolos contra la osteoporosis (calcio, raloxifeno, bifosfonatos, etc.)-, o la supresión hormonal para tratar quistes anexiales, o la píldora de uso continuado para suprimir la menstruación, o el más reciente parche de testosterona para el deseo sexual inhibido, son **abordajes en clave orgánica, de procesos de alta complejidad psicosocial y de género**.*

Hace falta tener en mente el **marco teórico biopsicosocial**, que contemple no sólo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también los determinantes psicosociales para **evitar el sesgo teórico tecnológico** que va a impedir una práctica inclusiva del género como determinante psicosocial de salud.

C. Sesgo subjetivo. Interrogarse sobre los propios actos

Los sesgos subjetivos son aquellos debidos a la implicación personal desde la que actúa el sanitario o sanitaria al establecer la relación con el o la paciente.

La percepción del profesional está mediatizada por la implicación y relación intersubjetiva particular que establece en cada caso. Y tampoco en este campo puede existir neutralidad, objetividad. El o la profesional **percibe siempre a través del prisma de su realidad psíquica, de su subjetividad**. *No vemos las cosas como son, sino como somos.*

5.- Francesc Borrell (2002) insiste en que para aplicar el modelo biopsicosocial se debe realizar una atención centrada en el paciente, pero sin abandonar los principios científicos y las bondades de la medicina basada en la evidencia.

Lo importante, por tanto, no es buscar la neutralidad, sino responder a una ética de **interrogarse sobre los propios actos** y saber qué estamos haciendo y por qué. De lo contrario, se pueden producir **sesgos en la atención**, con resultados de distintos esfuerzos diagnósticos o terapéuticos, e incluso errores guiados por la subjetividad del profesional.

Ejemplo:

*El sesgo producido por el popular **síndrome del recomendado**. Cuando atendemos a un familiar o una persona conocida, ya sabemos que tenemos muchas posibilidades de que algo no salga bien. Y es porque la implicación subjetiva va a guiar nuestras actuaciones, a menudo con más potencia que nuestra capacidad para objetivar y aplicar los protocolos habituales. El sentirse observado por la persona que envía al paciente, el deseo de que no tenga nada grave, o el temor de que lo tenga, o el deseo imperativo de que no sienta dolor, o identificar a esta persona con lazos afectivos y no como una/un paciente, son factores que conllevan la afectividad y deseos y motivan olvidos, omisiones y desenfocos del problema, que repercutirán en una **atención sesgada**.*

También este tipo de sesgo concierne al género porque, como veremos a continuación, influye en la interpretación subjetiva de los y las pacientes según su sexo.

Preguntas clave

- ¿Este/a paciente me causa alguna reacción afectiva? ¿Me irrita, me produce compasión, me pone nervioso/a...?
- ¿Si fuera otro/a paciente, ya habría actuado yo de otra manera?
- ¿Me recuerda a alguien? ¿Me parece que lo identifico con alguien significativo para mí?
- ¿Me parece que he pensado o actuado como si fuera esa otra persona que me sugiere?
- ¿Me siento coaccionado/a por los sentimientos que me provoca?
- ¿Me parece que estoy captado con una afectividad que no me permite ser objetivo/a?

D. Sesgo por clase social

Una variante del sesgo subjetivo es aquel en el que el o la profesional queda influenciado por un estereotipo sobre la clase social de la persona, o de algún otro factor de estratificación social y la actuación resulta sesgada y con distinto esfuerzo diagnóstico y terapéutico. El efecto es de inequidad por una atención diferente por desigualdades sociales.

E. Sesgo de género. Invisibilidad del sexo y del género



El **sesgo de género en la atención** es el error debido a no considerar las diferencias debidas al sexo biológico y las diferentes formas de enfermar debidas al género, o bien, actuar a través de un estereotipo de género.

El sesgo de género en la clínica es un derivado del sesgo teórico, biomédico y subjetivo descritos arriba.

Las mujeres y los hombres, debido a diferencias biológicas y, en otros casos, debido a su distinta **socialización** y modelos de comportamiento de género, presentan diferente forma de **experimentar la enfermedad**, de **búsqueda de ayuda**; de **expresión de la queja y los síntomas** y de **comunicación e interacción** con el sanitario/a. Si el o la profesional no percibe y tiene en cuenta estas diferencias y aplica un mismo patrón de intervención, realizará una **atención sesgada** (Fransje W. Van der Waals, 1991; Kirsti Malterud, 2000; M^a Teresa Ruiz, 2001; Débora Tajer, 2003; Gita Sen y col., 2007).

■ Distintas formas de búsqueda de ayuda por sexos

Para que se produzca este sesgo de género han de darse tres pasos: primero, los hombres y las mujeres tienen distinta vivencia de la enfermedad y acuden a los **servicios sanitarios** de forma distinta, por su diferente socialización de género; segundo, esto favorece un **estereotipo social** que les adjudica mayor o menor credibilidad según su sexo; tercero, los y las profesionales actúan influidos por el estereotipo, respondiendo a este y no a las necesidades, cayendo en **sesgo de género en la atención**.

Ejemplo:

*Es clásico que las **mujeres** tiendan a **buscar ayuda con más prontitud** y frecuencia que los hombres y usen más los servicios sanitarios generales, aunque ellos usen más servicios de urgencias, especializados y hospitalarios (M^a Teresa Ruiz y cols., 1995). Probablemente inducido por este comportamiento diferencial por sexos, que procede de la socialización de género, existe una **representación social** que ha derivado en el **estereotipo** de que las **mujeres se quejan más por causas inespecíficas** y los **hombres consultan cuando están realmente graves** (Fransje W. Van der Waals, 1991). Y este estereotipo induce, a su vez, un **sesgo en la atención**, cuando los y las profesionales dan más credibilidad a la gravedad de los hombres que a la de las mujeres. En muy diversas patologías, a **igualdad de síntomas**, ellos son ingresados con mayor frecuencia que las mujeres, comenzando con ello la trayectoria del **menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico** con las mujeres (M^a Teresa Ruiz, 2001).*

■ Diferencias en la expresión de la enfermedad por sexos

Existen diferencias por sexos, y debidas al género, en la forma de experimentar y expresar la enfermedad. Desde la **feminidad tradicional**, las personas interpretan sus estados físicos y anímicos de forma muy distinta a la experimentada desde la masculinidad tradicional. Así, es un producto clásico de esta feminidad una mayor sensibilidad al dolor (Carmen Ramírez y cols., 2001), mayor autopercepción de los trastornos corporales y a traducirlos en estados anímicos y sensación de enfermedad. Sin embargo, desde la **masculinidad tradicional**, se produce mayor tardanza en experimentarse como enfermo. Además, las mujeres se expresan de forma más difusa e imprecisa e intercalando aspectos personales y emocionales, forma de expresión que es mal tolerada y escuchada con dificultad por los profesionales adaptados al modelo biomédico, que esperan precisión, rapidez y selectividad sobre lo somático (Débora Tajer, 2003).

Decimos que estos son **factores de género** porque no son debidos a las diferencias biológicas del sexo, sino a la socialización en determinados roles y patrones de feminidad y masculinidad. Los **estereotipos sociales** instaurados al respecto, interpretan a las **mujeres como psicológicamente alteradas, minimizan y desvalorizan** su queja, a la par que dan valor y gravedad a la queja masculina. Esto favorece una mayor tendencia de sanitarios/as a psicologizar, minimizar y desvalorizar la queja de las mujeres y **disminuir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico**.

Ejemplo:

*Está muy evidenciado el sesgo en la atención en el caso de **enfermedades cardiovasculares**⁶. Débora Tajer, a raíz de una investigación cualitativa sobre el **sesgo de género y las representaciones** que lo motivan en la atención cardiológica, encuentra que los cardiólogos: "...en general, frente a los cuadros inespecíficos, dudan más con las pacientes mujeres, porque muchas veces al ser más "nerviosas", estar más estresadas o tener problemas familiares pueden presentar dolores similares a los precordiales y no serlo" (2003, pág. 21). La forma de expresarse de las mujeres, más dispersa e imprecisa, menos eficaz y práctica, con referencias a sus vidas personales y familiares y con síntomas difusos, les resulta a los cardiólogos más difícil de comprender y de aceptar. En consecuencia, tienden a no investigar demasiado la naturaleza de los síntomas. Los pacientes hombres se expresan más precisos y prácticos y los cardiólogos dicen entenderles mejor. Mientras, las cardiólogas entrevistadas por Débora Tajer dicen que, por identificación con las pacientes, les resulta más fácil comunicarse con ellas y atender a su distinta forma de comunicar.*

6.- Algunas referencias de esta abundante bibliografía son Bernardine Healy, 1991; PS. Douglas y cols., 1996; Carme Mosquera y cols., 2002; D. A. Alter y cols., 2002; Vicent Bodí y cols., 2003; Ministerio de Sanidad, 2006; Carmen Valls, 2006; Sociedad Española de Cardiología, 2007.

■ Distinto patrón clínico en la misma enfermedad por sexos

La presentación clínica de algunos trastornos o patologías es diferente en ambos sexos. Este hecho ha permanecido, a menudo, invisible, por enfocar la clínica sólo desde el patrón masculino, considerando atípico el patrón femenino. Conocer y mantener presente este **posible diferente patrón clínico por sexos** permitirá visibilizar y diagnosticar con mayor eficacia la enfermedad en mujeres (Carme Valls, 2006). En determinadas patologías (cardiovasculares, mentales, musculoesqueléticas, endocrinológicas...), se tiende especialmente a considerar **atípica la sintomatología de las mujeres**, e infra-diagnosticarse o retrasarse diagnósticos con el efecto de la **inequidad**.

A distintas formas de enfermar corresponden **necesidades diferentes**. Atenderlas acerca una **clínica de equidad**.

Ejemplo:

*En las **enfermedades cardiovasculares** existe un patrón clínico distinto en las mujeres. Dice Vicent Bodí y cols. "Diversos estudios con elevado número de pacientes han demostrado diferencias entre sexos en el perfil clínico, el pronóstico y el tratamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica aguda" (2003). Hay evidencia de que las mujeres sólo presentan el dolor torácico característico o típico en hombres con isquemia coronaria en un 30% de los casos. Y son más frecuentes síntomas como presión abdominal, mareos, náuseas vómito, debilidad o fatiga sin motivo aparente, dolor en la articulación de hombro (Maica Rodríguez-Sanz, 2008 y F. Alfonso y cols., 2006 citado por Rodríguez-Sanz; Carme Valls, 2006). Sin embargo, en la clínica, continúa esperándose el mismo patrón masculino, retrasándose peligrosamente el diagnóstico de cardiopatía isquémica en mujeres (Ministerio de Sanidad, 2005). Este es uno de los **sesgos de género con menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico** más evidente y preocupante en la actualidad.*

■ Exclusión de los determinantes psicosociales de género

Otra variante es el **sesgo de género psicosocial**. Si el médico o médica no visibiliza los **factores psicosociales de género**, realizará una atención escotomizada, sesgada, que no responderá a las necesidades biopsicosociales diferenciales de mujeres y hombres y a los procesos de género que los determinan.

Para evitarlo, hay que identificar los **determinantes psicosociales de género**, -aspectos psicosociales debidos a las formas de vida de cada sexo-, que están influyendo en su estado de salud.

Ejemplo:

*Candance West (1993) realiza investigación cualitativa y encuentra que los y las médicas tienen dificultades para escuchar los aspectos psicosociales que expresan los y las pacientes y, en especial, los de valor de género. Encontró, en una investigación cualitativa mediante análisis del discurso en consultas médicas, que los y las pacientes sí relataban aspectos de su vida cotidiana, pero los médicos tendían a ignorar estas manifestaciones. Y había un **efecto de elipsis selectivo**: se escuchaban peor en pacientes hombres los **problemas relacionados con el trabajo**, que dañan más el ideal de masculinidad, y en las mujeres los relacionados con **su vida familiar y de pareja**, que dañan los ideales de feminidad. Siendo al mismo tiempo este tipo de factores los que más determinan la enfermedad en ambos sexos. Es, de un lado, un sesgo teórico, no considerando relevantes los aspectos psicosociales, pero también es sesgo de género, porque se escucha menos aquello que afecta a los ideales y significados de género.*

■ Pactos tácitos y cronificación de estereotipos de género

Otra modalidad de **sesgo psicosocial del género** se produce al **dar continuidad** a los **estereotipos de género** con los que actúan los y las pacientes (Debora Tajer, 2003) al no tenerlos en cuenta e intervenir en serie con la misma actitud estereotipada que está asociada a la enfermedad.

A menudo, resulta difícil para los y las profesionales tomar una posición activa frente a situaciones que les pueden implicar personalmente, como conflictos de pareja, conflictos familiares, situaciones de dependencia afectiva y económica, incluso situaciones de violencia de género. Si en la consulta se percibe o escucha alguna de

estas situaciones y se deja pasar, sin decir nada, se están **validando implícitamente**, erigiéndose un **pacto tácito de inmovilidad ante los factores de género**.

Ejemplo:

*Ha estado ocurriendo que cuando una mujer manifiesta en la consulta signos de que está siendo **maltratada por su pareja**, el profesional haya dejado pasar esos signos, no dándoles importancia. De este modo, por omisión, actúa **cronificando el factor de género** de la **posición subordinada y pasiva** de la mujer. Así mismo, una mujer maltratada, por la posición pasiva subjetiva en la que suele haber caído, tiende a establecer una **relación dependiente y pasiva** con el o la profesional. Si éste da continuidad a este tipo de relación, mostrándose **autoritario y directivo**, está cronificando también la posición subjetiva enferma de la paciente. Gracias a los trabajos de sensibilización y formación, estos son factores ante los que ya los profesionales están alerta en las consultas.*

■ **Los estereotipos de género causantes de los sesgos**

Las causas últimas de la variabilidad de la atención por razones de género y, por tanto, de los sesgos, son las **representaciones estereotipadas de género** vigentes en la sociedad y de las que son partícipes los y las profesionales, así como los y las pacientes. Estos estereotipos son la raíz y el caballo de batalla para la corrección de los sesgos de género en la atención.

Los **estereotipos** que con más frecuencia sesgan las actuaciones, proceden de las representaciones sociales acerca de cómo son los hombres y las mujeres basadas en el **modelo de género tradicional**. Algunos de ellos son:

- Creencia de que la queja de las mujeres está injustificada porque es producto de su debilidad.
- Creencia en la tendencia de las mujeres a pedir ayuda por su dependencia afectiva.
- Desvalorización de la queja de las mujeres.
- Estigma de las mujeres como mentalmente trastornadas.
- Sobre-valoración y credibilidad de la fortaleza masculina.
- Invisibilidad de las mujeres como trabajadoras y productoras.
- Visibilidad de las mujeres sólo en su función maternal y de cuidadoras.
- Invisibilidad de posibles hábitos que están excluidos de la feminidad tradicional (tabaco, alcohol, actividad sexual...)

Todos ellos desembocan en un efecto común: ignorar, minimizar y restar credibilidad a la importancia de los síntomas y sufrimientos de las mujeres, apreciando, sin embargo, mayor importancia en los hombres. La tónica general, hoy por hoy, es que la discriminación se produzca hacia las mujeres.

Ejemplo:

*La **depresión** es un proceso de alta sensibilidad al enfoque de género y permite ejemplificar la mayor parte de los sesgos mencionados hasta aquí. En la práctica actual de los servicios, se produce **sesgo teórico y tecnológico-biomédico**, cuando el abordaje preferencial de depresión es sobre la sintomatología y lo que se usa es el arsenal farmacológico. Los psicofármacos están resultando ser casi el único recurso terapéutico. De este modo están quedando excluidos los demás **factores determinantes psicosociales** del estado depresivo y, en consecuencia, otras posibilidades de intervenciones psicoterapéuticas no farmacológicas (**Sesgo psicosocial**).*

*Se produce **sesgo de género** en la atención al valorar, de forma distinta, sintomatologías iguales en ambos sexos. A igualdad de síntomas anímicos, las **mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de depresión** y los hombres tienen más probabilidad de que se investigue si padecen enfermedad orgánica. Por ejemplo, en un estudio en Francia (Rebeca Furhrer, 1995) siguió los destinos diagnóstico del **síntoma de fatiga** manifestado en las consultas. Las mujeres se quejan más de fatiga que los **varones**, sin embargo, tienen muchas más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que ellos, que son más frecuentemente diagnosticados de fatiga crónica. Furher encontró además un **sesgo de clase superpuesto al de género**: a*

personas de clase social baja y trabajadores/manuales, se les diagnostica más depresión que a las de clase social privilegiada y profesionales de alto nivel.

También, en la depresión, las mujeres **manifiestan los síntomas** de forma diferente a los hombres. Ellas muestran más síntomas anímicos y somatizaciones; ellos tienden más a consumir alcohol y estar irritables y agresivos. Este **patrón dicotómico por sexos** es un significativo **indicador de diferencias de género**. Se clasifican más mujeres deprimidas que hombres, porque no se interpreta como depresión la sintomatología masculina, que desemboca en alcoholismo y consumo de otros tóxicos y violencia (Anne Maria Möller-Leimkühler, 2001 y 2002).

Se produce también **sesgo de género en el tratamiento**. Se tiende a **medicar con psicofármacos** mucho más a las **mujeres**, hecho que es un punto crítico en la atención sanitaria actualmente, y se les prescriben, tanto con diagnóstico de depresión, como sin él, reinterpretando cualquier malestar psíquico o somático como efecto de estar **mentalmente alteradas**, cosa que se hace con menor frecuencia con los hombres (OMS, 2001).

Los **estereotipos** que actúan para producir estos sesgos son, por un lado, el **estigma mismo de la enfermedad mental**. Estar 'mal de los nervios' tiene una connotación negativa, como si se tratara de personas débiles y pusilánimes, que de algún modo son responsables de lo que les pasa y **no están realmente enfermas**. Sin embargo, el enfermo orgánico, está 'realmente enfermo', no es responsable. La enfermedad orgánica es de prestigio y es la que legitima para pedir ayuda y consumir recursos sanitarios. Y, a su vez, actúan los estereotipos que **desvalorizan la queja de las mujeres** y la creencia de que es producto de su **debilidad y de su dependencia afectiva**. Mientras que se considera a los hombres fuertes, que no se quejan sin razón y que, si les pasa algo, es porque **deben estar 'realmente enfermos'**. En consecuencia, se deja caer sobre las mujeres con más frecuencia el diagnóstico estigmático de depresión que sobre los hombres, a los que se protege más del desprestigio (Rebeca Furhrer, 1995).

Para detectar si el profesional está actuando con sesgo de género se puede orientar, de nuevo, con algunas preguntas sobre su práctica:

¿? Preguntas clave

Si esta paciente fuera hombre, con estos mismos síntomas...

¿Habría pensado en otro diagnóstico? ¿Le habría pedido otras pruebas? Y viceversa, si este paciente fuera una mujer.

¿Se expresa la paciente "como una mujer" y eso me distrae o me cansa?

¿Se expresa el paciente "como un hombre" y eso me distrae o me cansa?

¿Las pacientes con este tipo de síntomas y de expresión me irritan y me frustran?

¿Me extrañaría que una mujer tuviera este tipo de enfermedad, que es más de hombres? ¿Y viceversa?

¿Estoy segura/o de que conozco cómo se presenta esta enfermedad en hombres y en mujeres? ¿Me he planteado que puede ser distinto?

¿Estoy seguro/a de que no me estoy comportando con esta paciente de forma directiva porque es una mujer?

¿Estoy seguro/a de que no estoy siguiendo un patrón tradicional con esta o este paciente?

Atención a los determinantes psicosociales y transformación

6.6 Escucha psicosocial



El objetivo es **identificar los factores de vulnerabilidad psicosocial** asociados al proceso de salud/enfermedad. Y, a partir de ello, identificar posibles **necesidades** de atención psicosocial e influir en su **transformación** (Algoritmo de esquema 3).

Para el abordaje de esta esfera se busca un desplazamiento del centro de gravedad desde la **clínica de la mirada**, -que observa al paciente para objetivar signos, centrándose en lo biológico-, a una **clínica de la escucha**. Se trata ahora de escuchar lo que el/la paciente puede decir sobre su situación.

Para que esta escucha pueda tener algún efecto, ha de hacerse en el contexto de la relación profesional-paciente que debe haberse establecido con una lógica de **toma de responsabilidad del/la paciente**, para que sea quien tome decisiones y posibles cambios sobre su contexto psicosocial.

En primer lugar, han de tenerse en cuenta los **factores socioeconómicos** que, con seguridad, condicionan el proceso. Es bien sabido cómo influyen en el estado de salud y cómo las carencias pueden estar lesionando y contribuyendo a limitar la capacidad de respuesta saludable de la persona. Se trata de mantener la **sensibilidad clínica a las desigualdades sociales**, y escuchar cómo están condicionando la situación laboral, el nivel educativo, las condiciones migratorias y, en definitiva, la disponibilidad de recursos económicos y sociales. Ello permite **identificar necesidades** asociadas que, de no resolverse, comprometen las posibilidades de restablecimiento del/la paciente.

Si bien es cierto que la intervención clínica está limitada para cambiar factores de la estructura social, sí es posible que las acciones clínicas, -desde el lenguaje, la accesibilidad, el uso de recursos, el tipo de medidas terapéuticas y el tipo de escucha-, tengan en cuenta las condiciones socioeconómicas y particularidades culturales. Y se puede facilitar el **acceso a recursos sociales existentes**.



El proceso de escucha psicosocial debe pivotar sobre la **cooperación** con la persona, ayudándole a **identificar** y evidenciar lo psicosocial, cooperar para **orientar cambios** posibles y proporcionar recursos sociales disponibles.

¿? Preguntas clave

- ¿Me he interesado por otros aspectos que no sean los técnicos sobre los síntomas y signos?
- ¿En algún momento he dejado de pensar un poco en mi necesidad de dar un diagnóstico?
- ¿Creo realmente que lo que le ocurre en su vida diaria puede estar influyendo en su enfermedad?
- ¿Puedo decir que se ha hablado de lo que le ocurre en su vida cotidiana?
- ¿He identificado si hay necesidades sociales para las que le pueda proporcionar algún recurso?

6.7 Escucha de los determinantes psicosociales de género



Entre los determinantes psicosociales a escuchar, están los de género. Se trata de ayudar a la persona a identificar los **procesos de vulnerabilidad de género** como potenciales determinantes asociados a la enfermedad. Corresponderán a los **modelos tradicional, en transición o contemporáneo**, que se han expuesto en el Apartado 5.3.

Es sabido que no se puede ver o escuchar aquello que no se ha pensado. Y, actualmente, lo común es no contar con estos determinantes en el saber para la clínica que el o la profesional podrá escuchar si ha reflexionado y se ha capacitado para incluirlos en el proceso de atención.

Habitualmente se tiende a aplicar también el **patrón social masculino**, tendiendo a pensar que las mujeres estarán enfermas por los mismos factores psicosociales que los hombres. Sin embargo, hombres y mujeres viven de formas distintas, están sujetos a presiones y conflictos diferentes por motivos de género, y también enferman por distintos factores psicosociales.

Al visibilizar los distintos procesos condicionantes de género, aparecen **diferentes factores para hombres y mujeres**. Si bien los hombres pueden ser más vulnerables a conflictos en el trabajo, por ejemplo, las mujeres pueden ser más vulnerables a conflictos en la esfera familiar. A su vez, los modelos de género interactúan con los factores socioeconómicos.

Ejemplo:

*El **trabajo de ama de casa** y ser **cuidadora** de personas dependientes, son factores de alta vulnerabilidad de género para **trastornos mentales comunes y dolor** crónico en las mujeres (Mabel Burin, 1990; OMS, 2002; Sara Velasco, 2006 y 2007); y prácticamente no lo son para los hombres que, por motivos de género, no se dedican apenas al cuidado y apenas nunca, aún, al trabajo doméstico. A su vez, son factores de vulnerabilidad para mujeres de **clases sociales desfavorecidas**, pero no para las mujeres de **clases sociales altas**.*

*Si una mujer acude con síntomas depresivos, la **sensibilidad clínica al género y a las desigualdades sociales** conllevará **preguntarle, escuchar y validar** que esas formas de vida tienen que ver con su estado y se podría cambiar.*

Otro ejemplo:

*El estereotipo de la enfermedad coronaria apunta a un patrón social de profesionales masculinos, en competitividad por el éxito y estrés laboral. Pero este no es el **perfil psicosocial de las mujeres con IAM**. En un estudio realizado por Débora Tajer (2004) en mujeres de 35 a 55 años con cardiopatía isquémica, internadas por episodio coronario agudo (infarto de miocardio o angina inestable), y de clase social media, baja y alta, se encontró que las **mujeres de clase media y baja** son mujeres que responden a **patrones tradicionales de género**: “No son exitosas, no trabajan fuera del hogar en tareas competitivas (...) pero están sobre-exigidas por un ascenso social de clase, -son inmigradas del campo al medio urbano-, y de género, -pasar de familia extensa y precaria en su generación anterior a familia nuclear con mayor educación para sus hijos, en su medio actual-, (...) y este ascenso social había sido frustrado, ya que en este grupo de mujeres, había gran proporción de **maridos desempleados** lo cual les plantea sentimientos de decepción por estar en pareja con maridos ‘venidos a menos’ (...) frustrando su ideal que se apoya en los logros del marido.”*

*Las mujeres afectadas, de **clase social alta**, muestran otro perfil de género. “No están en pareja actualmente -salvo una-, todas son **sostenedoras del hogar solas**. (...) En algunos casos han ganado o ganan más que el marido. También percibidas como ‘supermujeres’ con valores de **hiperproductividad**, exigencia y polifuncionalidad (...) la **soledad** actúa como facilitador de sobrecarga. (...) Ubican como **desencadenante del episodio coronario** agudo el estar inmersas en un ritmo de vida muy acelerado con dificultad para articular áreas, no sólo por la cantidad de tareas, sino por personalidad perfeccionista y omnipotente”.*

*“Cuando las mujeres de ambos grupos sociales refieren situaciones específicas de exigencia o traumáticas que tendrían relación con el acontecimiento mórbido, sólo dos le dan más peso a situaciones laborales y la mayoría lo asocia a **situaciones relativas a la conyugalidad, enfermedad grave o situaciones en la relación madre-hija**, sean ellas como hijas o como madres” (Tajer, 2004). Son áreas relacionadas con la construcción de realizaciones de género a través de las relaciones, los afectos y la maternidad.*

6.8 Mensajes para la transformación de género



Los y las profesionales sanitarios tienen un alto potencial de transmisión de mensajes debido al lugar que hoy en día ostenta el saber médico. Así que, lo tengan en cuenta o no, pueden tener una gran influencia generadora de cambio de actitudes.

En el **acompañamiento** a los aspectos psicosociales, se trata de que los **mensajes favorezcan la transformación de actitudes de género**. La dirección de esta transformación es hacia un **balance igualitario** en las relaciones entre mujeres y hombres y acceso a factores protectores.

Los **mensajes** se deberían encaminar a cambiar las posiciones de **subordinación de las mujeres** y su sujeción a **roles tradicionales**. Y si se dirigen a **hombres**, que estos abandonen posiciones de poder y privilegio y se **sensibilicen** a relaciones en pie de igualdad. Es decir, hacia el horizonte de los **factores protectores de género** en ambos.

Los contenidos de este **balance positivo de género** al que ha de tender la transformación social, orientaría a los y las pacientes hacia:

- Validación de deseos, proyectos y actividades propias.
- Autonomía y empoderamiento personal de las mujeres.
- Sensibilización de los hombres.
- Autorresponsabilidad y sociabilidad de ambos.
- Validación de feminidad y masculinidad no ligados a dependencia y papeles estereotipados (en mujeres, no asociados a exclusiva maternidad, delicadeza, belleza, ser cuidadora, etc...; en hombres no asociados a fortaleza, potencia, invulnerabilidad, etc).
- Ruptura de relaciones de poder/subordinación.
- Relaciones igualitarias.

Si las personas van dejando de sostener las **actitudes** tradicionales de género, principalmente las **relaciones de poder/subordinación** -que dentro de los modelos de género son el origen de los mayores riesgos-, el **balance social de género** se va modificando por la dialéctica entre lo personal y sus efectos constantes sobre lo social.



Intervenir en el **cambio personal** va contribuyendo a la **transformación social** y mayor nivel de salud.



Ejemplo:

*Cuando se atiende a **mujeres cuidadoras**. Ya hemos mencionado que se trata de un proceso de alta vulnerabilidad de género para las mujeres. Se trata de no pasar por alto la asociación de este factor. Cuando la mujer habla de ello, si el sanitario/a no dice nada o cabecea sin más, los **mensajes** que está enviando son de que no tiene remedio, que es el rol femenino inevitable, que debe resignarse, que no tiene que ver con su enfermedad, que debe adaptarse a su condición... Sin embargo, si dice algo cómo:*

- ...desde que usted es cuidadora, ¿puede hacer otras actividades que le interesen? ¿Cómo se siente con esto?... Vivir de esta manera es muy difícil e influye en cómo se encuentra usted física y mentalmente...

*Al cuestionarlo, está enviando **mensajes significativos** de que las funciones de este rol son enfermantas y se pueden cambiar. Incluye automáticamente que el proceso psicosocial contribuye a su enfermedad y queda preparado para promover el cambio en el proceso.*

*Se tratará de actuar para que la mujer pueda **compartir o emanciparse del rol**, tendiendo a un **balance igualitario**. Para ello, habría que dialogar con ella sobre lo que supone el cuidado, qué efectos le causa, si podría compartirlo y/o delegarlo, qué le impide hacerlo, y tener presentes mensajes de emancipación que posibiliten el **cambio psicosocial**.*

¿? Preguntas clave

- ¿He prestado atención a lo que ha hablado sobre su vida personal, de pareja, o de trabajo...?
- ¿Puedo decir qué procesos psicosociales pueden estar afectando a la o el paciente?
- ¿Son procesos procedentes del modelo tradicional de género? ¿Y del modelo de transición?
- ¿Y del modelo contemporáneo?
- ¿He preguntado por estos aspectos si la persona no ha hablado de ello?
- ¿He reaccionado diciéndole algo? ¿O lo he dejado pasar?
- ¿Me parece que me he inhibido ante aspectos de su vida personal?
- ¿Le he expresado que su situación se puede cambiar?
- ¿Qué tipo de mensaje puedo haber transmitido con mis actos y con lo que he dicho o con lo que he omitido?
- ¿Le he lanzado algún mensaje que valore el cambio?
- ¿Le he proporcionado derivación para obtener algún recurso social para mejorar su situación?

Atención a los determinantes subjetivos y transformación

6.9 Método para cambios subjetivos⁷

Se han dado ya dos pasos sucesivos en el modelo clínico:

- de la clínica de la mirada (observación del cuerpo),
- a la clínica de la escucha (atención psicosocial),
- a la clínica del encuentro⁸ (atención al sujeto).

La intervención biopsicosocial integra simultáneamente la atención a la tercera esfera, la de los **determinantes subjetivos para la salud**.

Requiere un método que influya en la forma en que el **sujeto experimenta las vivencias y las posiciones subjetivas que mantiene**.

Las posibilidades de transformación de las **posiciones subjetivas**, y el consecuente **cambio de actitudes**, dependen de que se produzca una **relación profesional-paciente** que propicie un encuentro significativo.

El **método de subjetivación**, en el contexto de esta relación sanitario/a-paciente significativa, contiene cinco pasos: **escuchar** al sujeto, **localizar** los hechos biográficos significativos, **descifrar** las posiciones subjetivas que mantiene la persona, **señalarlos** y **causar efectos de sujeto**.

A. Escucha del sujeto

Es una **escucha activa**, interesándose y preguntando si es necesario, para desplegar los hechos biográficos y acontecimientos vitales que pueden estar afectando a la o el paciente. Y es **escucha selectiva**, porque no se trata de permitir el relato indiscriminado de toda la vida, sino dirigir la escucha hacia aquello que parece **significativo** para la persona y que puede estar **asociado** a su proceso de salud/enfermedad.

Las preguntas hipocráticas **¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo achaca? ¿Qué le estaba ocurriendo cuando empezaron los síntomas?**, -preguntas, en parte, olvidadas por la hegemonía de la objetividad tecnológica-, son la mejor guía para provocar el relato del paciente y realizar una escucha selectiva sobre aquello que parece haber tenido impacto en la persona.

En este momento no se trata de concluir y cerrar las respuestas, por el contrario, se trata de **desplegar los acontecimientos** y dejarlos expuestos para que la persona pueda darse cuenta de lo que significan.

Los y las pacientes pueden hablar infinidad de tiempo sobre sus síntomas; cómo son, a qué horas les duele más, etc... Para buscar lo significativo desde el punto de vista psicosocial y subjetivo, hay que interrumpir un poco el discurso del síntoma y preguntar por su opinión sobre lo que le pasa y los hechos biográficos relacionados.

Se puede preguntar:

- Vamos a buscar su diagnóstico, pero... ¿usted qué cree que le pasa? ¿Qué está pensando o teme tener? ¿Cómo se encuentra últimamente? ¿Cómo va su vida familiar? ¿Cómo va su trabajo? ¿Le ha pasado algo importante?...

7.- Este método es una aplicación del modelo biopsicosocial, pero interviniendo en los mecanismos psíquicos no conscientes, y pensado para aplicación en atención primaria (Velasco, Sara. Atención Biopsicosocial al malestar... , 2006).

8.- Un análisis sobre los modelos clínicos y sus marcos teóricos se puede consultar en Velasco, Sara; Ruiz, M^a Teresa; Álvarez-Dardet, Carlos (2007).

**Ejemplo:**

El caso de una **mujer joven** que padece **vulvo-vaginitis de repetición**, no infecciosa, con intensa inflamación, escozor y laceraciones. Había sido tratada durante meses, sin éxito, con toda la farmacopea disponible. La médica primero ha atendido lo biológico, preguntado por las características de los síntomas. Éstos aparecen siempre después de las relaciones sexuales, y se han realizado múltiples veces exploraciones, citología, cultivo, etc...

La médica pasa a explorar los componentes psicosociales y subjetivos. Para ello, le pregunta a la paciente sobre **qué cree ella** que es esto, **a qué puede deberse**. La joven no lo sabe, pero con esta pregunta se abre el plano personal y la paciente, previa cierta sorpresa, cambia también del plano físico al personal. Y de lo que habla es de **su pareja**. E, intercaladamente, de **su propio padre, que es ginecólogo y que no quiere que se entere de lo que a ella le pasa**. Esto es **escucha subjetiva**. Son asuntos de su vida personal que hemos de introducir en la clínica, porque deben estar relacionados con los síntomas. (Sigue el caso en los siguientes apartados)

B. Localizar

Localizar los momentos **biográficos y/o acontecimientos vitales significativos** relacionados con la queja. Estos serán los procesos psicosociales que han sido experimentados con sufrimiento subjetivo.

Los procesos de mayor impacto en la vida de las personas suelen ser los que se han expuesto como determinantes psicosociales en el Apartado 5.2 y los determinantes de vulnerabilidad de género expuestos en el Apartado 5.3. Los determinantes de género son una parte de los determinantes psicosociales. Tenerlos en mente permite escucharlos con más facilidad.

Durante el despliegue del relato psicosocial, identificaremos lo que es **significativo** por la **observación de las reacciones y afectos asociados** al relato.

**Ejemplo:**

Siguiendo con el caso de **la mujer con vulvo-vaginitis**. Si habla de su pareja y de su padre, inmediatamente asociados a la pregunta sobre la causa de su enfermedad, es porque están relacionados con toda seguridad, aunque la paciente no lo sepa conscientemente. La médica hace rápida y mentalmente esta hipótesis e intenta desplegar lo que ocurre con ambos personajes. **Los síntomas** no se han manifestado con todas las parejas sexuales. **Únicamente con su pareja actual**. Está **localizado el hecho biográfico**. Pero **¿por qué este hecho es significativo?**

La médica la anima a hablar de este chico, cómo es, qué pasa con él. La joven explica, algo **nerviosa**, que trabaja, que no ha estudiado, que a su padre no le gusta nada este chico. **Se ríe con picardía** y dice:

-...si mi padre supiera que tengo relaciones sexuales con él... Y si supiera las vaginitis que me dan... me mata".

Ella le viene ocultando meticulosamente estos dos hechos a su padre ginecólogo. Los **afectos asociados**, -el nerviosismo, la risa pícaro-, apuntan al significado de la situación. (Continúa en siguiente apartado)

**Preguntas clave**

¿Le he preguntado qué cree que le pasa?

¿Y a qué lo achaca? ¿Qué teme tener?

¿He preguntado, o he dejado manifestar, los hechos biográficos que el/la paciente relaciona con su enfermedad?

¿He pensado si puede existir alguna relación entre su enfermedad y esos hechos biográficos?

C. Descifrar

El objetivo de la escucha selectiva y de localizar los hechos biográficos significativos es **descifrar la posible relación** existente entre estos hechos y la aparición de los síntomas y enfermedad. Es identificar cuándo un **hecho biográfico es significativo y la posición subjetiva** que la persona mantiene frente a ello. Este es el componente subjetivo que puede estar contribuyendo en el hecho biopsicosocial, mediante la interacción entre la esfera mental y la corporal. Es el efecto de la escritura de las representaciones mentales sobre el cuerpo, de mecanismo poco conocido, pero de evidente realidad.

Los componentes a descifrar son:

- La asociación temporal entre síntomas y acontecimientos.
- Los afectos asociados a estos acontecimientos.
- El significado subjetivo que tiene para la persona.
- La posición subjetiva en que se ha colocado⁹.

Ejemplo:

*De nuevo el caso de la misma joven. Sin duda está localizada la **asociación de la vulvo-vaginitis con las relaciones sexuales con esta pareja**. Y está localizado que algo tiene que ver también con la **opinión que el padre** tiene sobre el chico. La médica no deja pasar por alto la risa al hablar de su padre. Se lo señala con interés, con respeto, sin tono irónico:*

- ¿Por qué te da risa? Dices que tu padre te mataría si supiera... Así que, aún siendo él ginecólogo ¿no le has dicho nada de esto?

- Noo, no, si sabe que a su niña le pasa esto... Le defraudaría tanto... Mi padre es muy importante para mí... (Ahora casi llora).

*En muy pocas palabras ha desplegado dónde está el nudo emocional de la situación, que se delata también por el afecto asociado. Se puede **descifrar**, en términos subjetivos, el significado de esta asociación. El esquema sería: ella mantiene **relaciones sexuales con un hombre que su padre prohíbe** implícitamente. **Ella actúa a escondidas** del padre al que teme defraudar. Se siente **culpable** frente a él. Y **somatiza un castigo** sobre su propio cuerpo, un síntoma ginecológico, que parece ofrecerse directamente al padre (ginecólogo) como expiación. Si se lo oculta al padre, es porque se siente culpable. La **posición subjetiva** en que se coloca es la de **"niña desobediente frente al padre que prohíbe"**. Niña pícara que oculta su actividad sexual y que está recibiendo el castigo. Nada de esto es consciente, por supuesto. Es una **hipótesis que la médica** se ha hecho rápidamente mientras escucha los signos de la esfera psíquica. El objetivo a continuación es precisamente ese, que la paciente se dé cuenta, que se haga consciente, para que el conflicto subjetivo deje de tener efectos sobre el cuerpo y sobre sus actos. (Continúa en siguiente apartado)*

Preguntas clave

¿He prestado atención a la relación temporal entre sus problemas y los síntomas?

Al preguntar por el comienzo de los síntomas, ¿he preguntado qué pasaba en esa época, o sólo he prestado atención a la fecha?

¿He estado atento/a a los afectos que se manifestaban asociados a los hechos que contaba?

9.- Identificar la posición subjetiva es el componente más difícil de este método para los y las profesionales sanitarios, porque se apoya en la teoría de la subjetividad que es actualmente ajena a la formación médica. Requiere comprender cómo está construida esta estructura subjetiva, en qué identificaciones se puede colocar un sujeto y cuáles de ellas son enfermanes.

Por ello, este método requiere una formación específica añadida a la formación médica y al manejo de lo psicosocial. Pero esta formación es viable, sólo con el requisito del interés del profesional y cierta disposición a entrar en los mecanismos del funcionamiento psíquico. Hay precedentes de la viabilidad de esta formación y su aplicabilidad eficiente por profesionales sanitarios de atención primaria. Publicado en Velasco y cols., *Evaluación de una intervención biopsicosocial...* (2007).

¿? Preguntas clave

- ¿Qué hechos de su vida son los que parece que le afectan más?
- ¿He observado y pensado qué posición mantiene esta persona frente a lo que le ocurre?
- ¿Tengo ya una hipótesis de la asociación entre los hechos biográficos, factores psicosociales y actitudes del o la paciente, que pueden relacionarse con la enfermedad?

D. Señalar

El siguiente paso es **señalarle lo localizado y descifrado**, que es lo que producirá efectos. Que sea el o la paciente quien se dé cuenta. Y decimos señalar, porque no se trata de comunicar de forma directiva lo que ahora se sabe, ya que sería recibido como una imposición desde el saber médico y podría causar rechazo en la persona. Se trata de reflejar lo que se ha escuchado, **reflejar el saber del/la paciente**, cuando sea el momento en que sea evidente que puede recibirlo.

Para que el señalamiento sea **reflexivo y no impositivo**, es importante el estilo con que se haga. Un **lenguaje tentativo**, en forma de **pregunta o sugerencia**, abierto a retroceder, esperar o ajustarse a la reacción de la persona, es más eficaz que una afirmación cerrada.

Por ejemplo, preguntar:

- ¿Se ha dado cuenta de que cuando empezaron los problemas con su pareja es cuando empezaron los síntomas?

O bien:

- No sé si ese sentimiento de tristeza, o de vergüenza... tendrá algo que ver con lo que le pasa ¿Qué le parece a usted?

Este tipo de preguntas está suponiendo un saber del lado de la paciente, **reflejando** ese saber, a la par que está validando los aspectos vivenciales como aspectos relacionados con la enfermedad. Ambas cosas favorecen contar con la o el paciente como sujeto y favorecen que se dé cuenta de la asociación de lo psicosocial.

Por el contrario, decir:

- Quiero que se dé cuenta de que lo que le pasa es por cómo se toma usted las cosas. Tiene que relajarse.

Esto funciona como una imposición del saber del médico, tema cerrado que no espera réplica, una acusación de causarse ella misma los síntomas y, además, como una orden imposible de cumplir. Los efectos subjetivos que puede causar son de mayor pasividad y de rechazo.

Ejemplo:

*El señalamiento, en el caso de la **misma joven**, es simultáneo a la escucha una vez que la médica cree tener **descifrado** lo que pasa. Le dice, para señalárselo en **lenguaje tentativo**, no impositivo:*

- *¿Te das cuenta de que te afecta mucho pensar que tu padre supiera que estas teniendo relaciones sexuales? ¿No podría ser que, cada vez que tienes relaciones sexuales con este chico, te sientes fatal con respecto a tu padre?*
- *Sí, sí, ... es verdad. A veces pienso cuánto tiempo más voy a poder ocultarle esto a mi padre. Me siento fatal. ... Es raro que siendo él ginecólogo no se lo haya dicho, ¿verdad?*

Basta que la médica le dé la razón en eso, no hace falta explicarlo más.

La paciente pregunta:

- *¿Y tu crees que toda esa irritación que tengo puede ser de eso?*
- *Pues es muy probable que sea de eso. La mente y el cuerpo funcionan juntos, al mismo tiempo.*

Es sólo validar el saber que acaba de descubrir. (Termina el caso en el siguiente apartado)

¿? Preguntas clave

- ¿Me parece que tiene una relación conmigo de confianza que permite que le diga alguna cosa sobre su vida personal?
- ¿He encontrado el momento de devolverle reflejado lo significativo que ella ha dicho?
- ¿He sido capaz de lanzarle como pregunta lo que creo que le pasa y no esperar que me conteste en el momento?
- ¿Le he dejado que responda lo que a ella le parece? ¿O he sido directivo/a?

E. Causar efectos de cambio subjetivo

El método de subjetivación desemboca en que sea la persona quien reconozca y se responsabilice de aquello que ella puede cambiar para minimizar su vulnerabilidad psicosocial y para cambiar su posición y actitud ante ello.

Los cambios en la posición del sujeto se producen por el **efecto de darse cuenta**, al **descifrar** la relación que tienen sus síntomas y padecimientos con sus circunstancias vitales y, además, darse cuenta de cómo se lo toma, **cómo lo experimenta**.

De este modo **localizar**, **descifrar** lo significativo y **señalarlo** para hacerlo ver, desemboca a en estos **efectos de sujeto**.

Ejemplo:

*Terminando con el caso de **la joven**, si produce efecto es porque hay un vínculo que se ha creado entre ella y su médica, que es el vehículo sobre el que está circulando el contenido subjetivo del proceso, y este contenido se está convirtiendo en un **saber certero de la paciente** sobre las **causas subjetivas de su vulvo-vaginitis** recidivante.*

*La hipótesis de la médica podría ser errónea y, en ese caso, lo único que hubiera ocurrido es que al reflejarla no hubiera sido reconocida por la paciente y no hubiera causado ningún efecto. Habría que seguir escuchando un poco más. Pero en este caso ha dado en el blanco y ha causado instantáneamente un **efecto de sujeto**, que es el efecto de hacer consciente un saber que no se sabía conscientemente.*

*La paciente está sorprendida de que se haya dejado de mirar su vulva, para ver algo que le afecta mucho más que las irritaciones vulvares mismas. Quedan en realizar una revisión al mes siguiente. **Los efectos** que se constatan en esa revisión son, por un lado **la remisión de los síntomas físicos**; y por otro, los **efectos del cambio subjetivo**. Cuenta la paciente brevemente que se decidió a hablar con su padre y explicarle lo que le pasaba. Esto significa que ha dejado la posición de “niña desobediente y culpable” y ha pasado a “sujeto activo de sus actos” replegando el sentimiento del culpa. No hay nada que recaliente más los circuitos emocionales-sexuales que unas relaciones vividas de forma oculta, pecaminosa y culpable.*

Como se ha apuntado en el Apartado 5.2, las posiciones subjetivas enfermanes son habitualmente las **posiciones pasivas**, en las que el sujeto queda sin posibilidad de **realización**, y las posiciones de objeto del deseo de los otros. Y, sin embargo, las **posiciones protectoras** son las **activas**, en las que el sujeto tiene vías para realizarse y aquellas en que las es dueño de sus propios actos y puede hacerse responsable de sus vivencias.

Por ello, la dirección que se busca en los cambios subjetivos es hacia el abandono de **posiciones objetales y pasivas**.

¿? Preguntas clave

- ¿Pienso en qué efecto le van a causar a el/la paciente mis palabras y mis actuaciones?
- ¿Me parece que le ha causado algún efecto lo que habíamos hablado?

¿? Preguntas clave

Si ha pasado un tiempo desde que le señalé lo que parecía pasarle, ¿ha vuelto a la consulta y habla de cosas que ha cambiado?

¿Se ha activado a hacer cosas, como un trabajo, establecer alguna relación social...?

¿Ha tomado medidas para cambiar la situación que la dañaba?

¿He dicho algunas cosas para valorar y validar los cambios positivos?

¿Ha mejorado la clínica?

¿Se puede ubicar el comienzo de la mejoría clínica cuando empezó a darse cuenta?

Los determinantes subjetivos de vulnerabilidad de género (Apartado 5.3), favorecen posiciones subjetivas enfermanes. Por ejemplo, las **mujeres** que viven en el **modelo de género tradicional**, quedan en posición subordinada y siendo objeto del deseo y necesidades de los otros, sujetas al ideal de feminidad pasivo, quedando expuesta a abusos, a fijación en funciones de cuidadora, sin capacidad de decisión y realización de proyectos propios. Para los **hombres**, la fijación en el modelo tradicional les coloca en la necesidad de mantener **posiciones de poder**, expuestos a la caída de su masculinidad cuando se producen descapitalización de ese poder. En el **modelo en transición**, los **conflictos de ideales antiguos y nuevos** y las sobrecargas para responder a ideales sociales cambiantes, también colocan en posiciones subjetivas enfermanes. Y en el **modelo contemporáneo**, los ideales corporales modélicos y el empuje al éxito, a la competitividad y al consumo, por ejemplo, colocan a las personas también como objetos de los modelos sociales.



Es por esto por lo que un objetivo en este paso de la intervención, es tender a la transformación de los efectos de los imperativos de género sobre la subjetividad.

El signo de la transformación subjetiva es para ambos sexos alcanzar posiciones activas, autonomía, autorresponsabilidad, ser capaz de realizar los propios deseos y de mantener proyectos de vida propios.

6.10 - Sesiones clínicas de análisis biopsicosocial de casos

El método se ha de completar con actividades de apoyo a los profesionales, para progresar en este tipo de atención implicada, ya que se ha de reflexionar sobre las propias actitudes, las motivaciones subjetivas de los actos médicos, la implicación en la relación con los y las pacientes, los posibles estereotipos no percibidos.

Este cuidado es a través de **sesiones clínicas con análisis biopsicosocial de casos** en el que se analiza la experiencia del encuentro con los y las pacientes. Se diferencian de la presentación habitual biomédica de casos en que, si en estas se trata de manejar los datos clínicos, (síntomas, exploraciones, signos, diagnóstico diferencial, diagnóstico, tratamiento y evolución), en el análisis biopsicosocial, interesa **incluir todas las circunstancias sociales y subjetivas** implicadas en el caso, ya que trataremos de **analizar los determinantes psicosociales y de género**. Se incluye también el **análisis de las demandas explícitas e implícitas del/a paciente** y lo que le ocurre al profesional en la atención, es decir, los afectos que le despierta la persona que atiende, y los actos a los que le lleva. Esta es la forma de analizar la **relación sanitario/a-paciente**.

Se trata de realizar **sesiones de profesionales en grupo**, con un **coordinador/a** que cuide la dinámica grupal, que mantenga el encuadre de confidencialidad, respeto y cuidado de los profesionales participantes.

Este tipo de reflexión en grupo posibilita que cada profesional pueda detectar sus propias actitudes que pueden estar induciendo sesgos, tanto subjetivos como de género, así como evidenciar las áreas de conocimiento teóricos que necesita ampliar para incluir lo psicosocial, lo subjetivo y el género y, en definitiva, para aplicar el modelo biopsicosocial.

Los componentes de un análisis biopsicosocial de casos se recogen en el Esquema 4.

ESQUEMA 4. ANÁLISIS BIOPSICOSOCIAL DE CASOS CLÍNICOS

1. Exposición del caso: Datos clínicos básicos. Demanda explícita. Actuaciones realizadas. Efectos y resultados

2. Interrogantes biopsicosociales
3. Elementos para el análisis

■ Identificar condicionantes psicosociales y condicionantes de género.	← Escucha selectiva de biografía y localización de procesos psicosociales.
■ Orientaciones para resolver los determinantes psicosociales y de género.	← Analizar la influencia psicosocial en el caso.
■ Diferenciar la demanda explícita e implícita, sospecha de contenidos de la demanda implícita.	← Pensar sobre posición subjetiva del/la paciente frente al sanitario/a. ¿Por quién le toma? ¿Qué espera o desea que se haga?
■ Identificaciones del profesional. Condiciones en la relación sanitario/a-paciente.	← Pensar posiciones subjetivas del profesional (sentimientos y reacciones que provoca el/la paciente e identificar estereotipos).
■ Interacción con las demandas explícitas e implícitas.	← Pensar qué mensajes latentes, qué se le ha señalado o dicho con palabras o actos.
■ Identificar efectos sobre la posición subjetiva del/la paciente.	← Buscar efectos del sujeto causados por la relación e interacción con la demanda/respuesta implícita.
■ Proponer actuaciones y mensajes alternativos.	← Mensajes o actitudes alternativas a realizar.

Fuente: Sara Velasco, 2006 y 2009.

7 CAPACITACIÓN SOBRE GÉNERO Y SALUD

Es necesaria formación y capacitación complementaria para aplicar el enfoque de género.

7.1 - Marcos teóricos

Por una parte, el marco biomédico es insuficiente y se requiere acercamiento a los marcos teóricos compatibles con género y salud que son los siguientes apartados.

A. Marco conceptual de género

Es necesario capacitarse sobre *los conceptos de género* y cómo este actúa sobre la salud.

B. Salud integral y modelo biopsicosocial

Se trata de incorporar el concepto **de salud integral**, que incluya el uso de criterios sobre la enfermedad procedentes del contexto social y de la subjetividad, es decir, una comprensión **biopsicosocial**. Para aplicar el enfoque de género en la clínica, es necesario recuperar con firmeza este marco conceptual, porque los determinantes de género no son biológicos, sino psicosociales.

C. Teoría de la subjetividad

Es necesario acceder a la **teoría de la subjetividad**. Por una parte, para poder intervenir en el cambio de actitudes de los y las pacientes, y de los efectos que su situación social y sus vivencias causan sobre la enfermedad. Y por otro, para abordar la relación sanitario-a/paciente, o el vínculo asistencial, incluyendo las vivencias subjetivas que el proceso asistencial causa, tanto al paciente como al sanitario o sanitaria. Los componentes subjetivos del género, que responden a los diversos ideales de feminidad y masculinidad, son la base de actitudes de vulnerabilidad. Son otro componente de género para la transformación.

7.2 - Conocimientos sobre patologías prevalentes y sensibles al género

Además, es conveniente formación sobre las **patologías prevalentes que son más sensibles al género**. Estas son las que están muy condicionadas por los determinantes de género y, por tanto, intervenir sobre esos determinantes consigue mejorar la eficiencia. Y, además, porque son proclives a sesgos en la atención, por lo que visibilizar y modificar estos sesgos, producirá mayor gradiente de equidad.

Estos procesos son variables en unos contextos y otros, y también variarán según el avance del conocimiento sobre los determinantes. Pero en este momento, las principales patologías prevalentes, y sobre las que se conoce suficiente como para priorizar la intervención sobre los determinantes y los sesgos de género son:

- Salud mental
- Dolor crónico
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades endocrinológicas y autoinmunes
- Embarazo, parto, postparto, aborto provocado, anticoncepción
- Reproducción asistida
- Menopausia
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) y sida

7.3 - Capacitación y actitudes

La práctica clínica con enfoque de género requiere, además de formación, una capacitación, en el sentido de elaborar las actitudes personales para manejarlo. Incorporar los determinantes de género en la clínica, implica que hay que tratar con los y las pacientes sobre sus formas de vida y relaciones entre los sexos, lo cual concierne también indefectiblemente al profesional como persona. Por ello es necesario que se haya reflexionado sobre las posiciones que uno mantiene al respecto.

La capacitación debe comprender entonces, **sensibilización y auto-reflexión sobre las actitudes de sanitarios/as** en el enfoque y relación con los y las pacientes. Además, para resolver los estereotipos sociales que pueden actuar produciendo sesgos de género.

Por todo ello, la formación debe realizarse con **métodos docentes dinámicos**, que permitan circular y dar cauce a los conflictos que esta formación misma provoca. Resultará capacitación cuando el o la profesional sea capaz de aplicar lo aprendido, para lo cual tiene que haber podido resolver los conflictos y que el método esté en armonía con sus actitudes.

8. Bibliografía

- ALFONSO, F.; BERMEJO, J.; SEGOVIA, J. Enfermedad cardiovascular en la mujer: ¿por qué ahora? *Rev Esp Cardiol* 2006; 59: 259-263.
- ALTER, D. A.; NAYLOR, C. D.; AUSTIN, J. V., Biology or bias: practice patterns and long-term outcomes for men and women with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:1909-16.
- ANNANDALE, Ellen; HUNT, Kate, "Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to Explaining Gender Differences in Health", *Social Health Illness*, 1990, 12 (1), págs. 24-46.
- ARTAZCOZ, Lucía. *Desigualdades de Género en la Salud en la Población de 25 a 64 años*, Barcelona, Informe para la Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2005.
- BEAUVOIR, Simone, El segundo sexo. *La experiencia vivida*, Buenos Aires, Siglo XX, 1982 (1ª edición de 1949).
- BENSING, Jozien M.; TROMP, Fred; VAN DULMEN, Sandra; VAN DEN BRINK-MUINEN, Atie, "Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients", *BMC Family Practice*, 2006, 7, pág. 62.
- BODÍ, Vicent y cols. Diferencias entre sexos en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Implicaciones en el tratamiento intervencionista. *Rev Esp Cardiol* 2003;56(4):412-6.
- BORRELL I CARRIÓ, Francesc, *Manual de entrevista clínica*, Madrid, Doyma, 1992.
- BORRELL I CARRIÓ, Francesc, El modelo biopsicosocial en evolución, *Medicina Clínica*, Barcelona, 2002, 119(5), págs. 175-179.
- BREILH, Jaime. *Epidemiología crítica*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- BURIN, Mabel. *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- DELGADO, Ana, "Salud y género en las consultas de atención primaria", *Atención Primaria*, Febr 2001, 27, (2), págs. 75-78.
- DOUGLAS PS, GINSBURG GS. The evaluation of chest pain in women. *N Engl J Med* 1996;334:1311-5.
- ENGEL, George. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Scien* 1977;196:129-36.
- EPSTEIN, Ronald; MORSE, DS.; WILLIAMS, GC. y cols., "Clinical practice and the biopsychosocial model", en QUILL, TE. y cols., *The biopsychosocial model*, New York, University of Rochester, 2001.
- ERVITI, Joaquina; CASTRO, Roberto; SOSA SÁNCHEZ, Itzel A., "La luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México", *Estudios Sociológicos*, 2006, año/vol. XXIV, nº 003, págs. 637-665.
- ESTEBAN, Mari Luz. El género como categoría analítica. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Carmen; BARRAI, María José; FERNÁNDEZ, Teresa; YAGO, Teresa. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001.
- FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1966 (1ª edición de 1963).
- FURHRER, Rebeca; WESSELY, S., "The epidemiology of fatigue and depression: a french primary-care study", *Psychology Medicine*, 1995, 25, págs. 895-905.
- GIJSBERS VAN WIJK, Cecile MT.; VAN VLIET, KP; KOLK, AM., "Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women", *Social Science Medicine*, 1996; 43(5), págs. 707-720.
- GIRÓN, Manuel; BEVIÁ B, MEDINA E, TALERO MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria en Alicante: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 2002; 76: 561-575.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Mª Asunción, *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, María Asunción. *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad; 1999.

HEALY, Bernardine, "The Yentl syndrome", *New England Journal of Medicine*, 1991, 325, págs. 221-225.

MALTERUD, Kirsti, "Understanding women in pain. New pathways suggested by Umea researches: qualitative research and feminist perspectives", *Scandinavian Journal Primary Health Care*, 1998, 16, págs. 195-198.

MALTERUD, Kirsti, "Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women", *Family Medicine*, 2000 Oct; 32(9), págs. 603-611.

MEAD N, BOWER P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000; 51:1087-1110.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Informe de Salud y Género 2005*, Observatorio de Salud de la Mujer, 2006.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Informe de Salud y Género. Las edades centrales de la vida 2006*, Observatorio de Salud de la Mujer, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>

MÖLLER-LEIMKÜHLER, Anne Maria, "Género y salud mental: la depresión. Evidencias para la integración del género en las políticas sanitarias", en Seminario sobre *mainstreaming* de género en las políticas de salud en Europa. Madrid, Instituto de la Mujer, 2001.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, Anne Maria "Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural and clinical literatura with particular reference to depression", *Journal of Affective Disorders*, 2002; 71, págs. 1-9.

MOSQUERA, Carmen; DE LA HERA, Jesús; BARRIALES, Vicente, Grupo de Estudio RIMAS, "El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres?", *Gaceta Sanitaria*, 2002, 16 (Supl 1).

MYKLETUN, Arnstein; BJERKESET, Ottar; DEWEY, Michael y cols., "Anxiety, Depression, and Cause-Specific Mortality: The HUNT Study", *Psychosomatic Medicine*, 2007, 69, págs. 323-331.

NIMNUAN, Chaichana; RABE-HESKETH, Sophia; WESSELEY, Simon y cols., "How many functional somatic syndromes?", *Journal Psychosomatic Research*, 2001, 51(4), págs. 549-557.

NORRIS, C.; HEGADOREN, K.; PILOTE, L., "Enfermedad coronaria. La depresión afecta el pronóstico de las mujeres que presentaron un IAM", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Jun 2007, 6(2), págs. 92-98, en Trabajos distinguidos. Cardiología, 2007, Volumen 15, Número 4, pág. 24.

ONU. Acuerdo del Comité de género de ONU sobre criterios de buenas prácticas para las mujeres y la igualdad del género (IACWGE), febrero 1999. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/resources/goodpractices/guideline.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar. Declaración de Madrid 2001*. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Glosario sobre el género, 2002 Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*, mayo 2007. Disponible en: http://www.euro.who.int/document/gem/final_strat_sep07.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia Europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Herramienta de género. 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/herramGeneroEstratInfanAdolesc.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud, Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/bvsdeter/fulltext/sdhresumen/comision.pdf>.

RAMÍREZ, Carmen; MAESTRE, R. ESTEVE, A. E. LÓPEZ-MARTÍNEZ y M^a T. ANARTE. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Rev So Esp Dolor* 8: 562-568, 2001. Disponible en: <http://www.ospc.es/Descargas/Diferencias%20en%20la%20percepcion%20de%20dolor%20relacionadas%20con%20variables%20sexo%20y%20edad.pdf>

RODRIGUEZ-SANZ, Maica; ARTAZCOZ, Lucía; BORREL, Carme y PÉREZ, Gloria. *Análisis en salud con perspectiva de género. Agencia de Salud Pública de Barcelona*. Presentación para Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2008. Disponible en: http://www.fmdv.org/publicaciones/Contenido/Extranet/2008-02/686/Presentacion%20Seminario%20Análisis%20en%20Salud%20con%20Perspectiva%20de%20G%C3%A9nero_M%20Rodriguez_OSPC_2008.ppt.pdf

ROLFHS, Izabella; BORRELL, Carme; FONSECA, M., "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos", *Gaceta Sanitaria*, 2000, 14 (Supl 3), págs. 60-71.

ROMO, Nuria; MENESES, Carmen; PÓO, M. y cols., *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*, Madrid, Instituto de la Mujer, 2006.

RUIZ, M^a Teresa; RONDA, Elena; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos, "Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias: ¿Diferente o Desigual?", *Gaceta Sanitaria*, 1995, 9, págs. 76-83.

RUIZ, M^a Teresa, "Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad", en MIQUEO, Consuelo (ed.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, 2001, págs. 163-178.

RUIZ, María Teresa; VERDÚ, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(1):118-125. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=pt&nrm=iso

SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Pirooska, *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*, Organización Panamericana de la Salud, publicación ocasional n° 14, 2005. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_contenido.pdf

SEN, Gita; ÖSTLIN, Pirooska y GEORGE, Asha, *Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*, Final report of Women and Gender Equity Knowledge Network, to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Institute Karolinska, 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (SEC) y OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER (OSM), *Estudio sobre enfermedades cardiovasculares en España*, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/enfCardiovascMujerEspana.htm>

TAJER, Débora. *Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes*. VII Jornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 2004. Disponible en: <http://agendadelasmujeres.com.ar/notadesplegada.php?id=791>

TIZÓN, Jorge Luís, Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria, Barcelona, Doyma, 1988.

TIZÓN, Jorge Luís, "Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos", *Revisiones en Salud Pública*, 1995, 4, págs. 57-83.

TUBERT, Silvia, *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*, Madrid, El Arquero, 1988.

UZORSKIS, Benjamín, *Clínica de la subjetividad en territorio médico*, Buenos Aires, Letra Viva, 2002.

VALLS LLOBET, Carme. *Mujeres invisibles para la medicina*, Barcelona, Debolsillo, 2006.

VAN DEN BRINK MUIJNEN, Atie. Principles and Practice of Women's Health Care. *Women's Health Issues* 1998; 8(2):123-130.

VAN DER WAALS, Fransje W., "Differences in leading causes of death, hospitalization and general practice visits among Dutch women and men", *Women Health*, 1991, 17, págs. 101-123.

VELASCO, Sara, *Prevención de la Transmisión heterosexual del VIH sida en Mujeres*, Madrid, Instituto de la Mujer, 1999. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/catalogo/serie_salud.htm.

VELASCO, Sara, "Relación entre el imaginario social y la salud", en LÓPEZ DÓRIGA, Begoña (compl.), *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*, Madrid, Instituto de la Mujer, 2005, págs. 61-98. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Publicidad%20y%20salud%20de%20las%20mujeres.pdf>

VELASCO, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria*. Madrid: Instituto de la Mujer. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>

VELASCO, Sara; LÓPEZ DÓRIGA, Begoña; TOURNÉ, Marina; CALDERÓ, Dolores; LUNA, Consuelo., Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia. En: *Medicinas y Género. Una Traslación necesaria*. Revista *Feminismo/s*, Vol. 10. Universidad de Alicante, diciembre 2007. Disponible en: <http://www.ua.es/cem/publicaciones/revista.htm#numeros>

VELASCO, Sara, *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*, Madrid, Observatorio de Salud de la Mujer, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>

VELASCO, Sara, *Sexos, Género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, Ediciones Minerva, 2009.

VERBRUGGE, Louise, "Gender and health: an update on hypothesis and evidence", *Journal of Health Social Behaviour* 1985, 26, págs. 156-182.

WEST, Candance, "Reconceptualizing gender in physician-patient relationship", *Social Science of Medicine*, 1993, 36(1), págs. 57-66.

9. Índice onomástico

ALFONSO, F.	32	MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	14, 31, 32
ALTER D. A.	31	MÖLLER-LEIMKÜHLER, Anne Maria	34
ÁLVAREZ-DARDET, Carlos	39	MOSQUERA, Carmen	31
ANNANDALE, Ellen	17	NIMNUAN, Chaichana	28
ARTAZCOZ, Lucía	14	ONU	12
BEAUVOIR, Simone	13	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ...	5, 7, 11, 12,14, 34, 36
BENSING, Jozien	24, 29	RAMÍREZ, Carmen	31
BODÍ, Vicent	31, 32	RODRIGUEZ-SANZ, Maica	32
BORRELL I CARRIÓ, Francesc	23, 29	ROLFHS, Izabella	14
BREILH, Jaime	15	ROMO, Nuria	11
BURIN, Mabel	17, 36	RUIZ, Mª Teresa	9, 30, 31, 39
DELGADO, Ana	17	SEN, Gita	5, 12, 14, 27, 27, 30
DOUGLAS PS.	31	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA	31
ENGEL, George	7, 10	STEWART, Dona	17
EPSTEIN, Ronald	7, 10	TAJER, Débora	30, 31, 32, 36
ERVITI, Joaquina	10	TIZÓN, Jorge Luís	7, 23, 24
ESTEBAN, Mari Luz	17	TUBERT, Silvia	17
FOUCAULT, Michel	23	UZORSKIS, Benjamín	24
FURHRER, Rebeca	33, 34	VALLS LLOBET, Carme	9, 14, 27, 27, 31, 32
GIJSBERS VAN WIJK, Cecile MT	17	VAN DEN BRINK MUINEN, Atie	10, 12
GIRÓN, Manuel	24	VAN DER WAALS, Fransje W.	9, 30, 31
GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Mª Asunción	17	VELASCO, Sara	1, 2, 8, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 36, 39, 40, 45
HEALY, Bernardine	9, 31	VERBRUGGE, Louise	9
LEAL, Daniel	16	WEST, Candance	10, 32
MALTERUD, Kirsti	10, 12, 17, 30		
MEAD, N.	23		



Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género

Sara Velasco Arias