



Las relaciones públicas como herramienta de promoción de la salud

Selene Céspedes del Fierro
Erica Briones Vozmediano
Moncerrat Arango Morales
(coordinadoras)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Las Relaciones Públicas como herramienta de promoción de la salud

Coordinadoras

Selene Céspedes del Fierro
Erica Briones Vozmediano
Moncerrat Arango Morales

Prólogo: Heberto R. Priego Álvarez

Autores:

Selene Céspedes del Fierro, Erica Briones Vozmediano, Arturo González López, Janet García González, Norma Leticia Serna Saucedo, María Elena Ramos Tovar, Marta Ausona i Bieto, María del Mar Pastor Bravo.

Rogelio G. Garza Rivera

Rector

Santos Guzmán López

Secretario General

Celso José Garza Acuña

Secretario de Extensión y Cultura

Antonio Ramos Revillas

Director de Editorial Universitaria

Padre Mier No. 909 poniente, esquina con Vallarta Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000 Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax:

(5281) 8329 4095 e-mail: editorial.uanl@uanl.mx

Página web: editorialuniversitaria.uanl.mx

Primera edición, 2019

© Universidad Autónoma de Nuevo León

© Selene Céspedes del Fierro, Erica Briones Vozmediano, Moncerrat Arango Morales

Reservados todos los derechos conforme a la ley.

Prohibida la reproducción total y parcial de este texto sin previa autorización por escrito del editor

ISBN: 978-607-27-1191-4

Impreso en Monterrey, México

Printed in Monterrey, Mexico



Tabla de Contenidos

[Resumen](#)

[Prólogo](#)

[Presentación](#)

[1.- Los prestadores de servicios de salud, y la utilización de las relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo adolescente](#)

[2.- Las relaciones públicas a través de los medios de comunicación: la difusión de información sobre fibromialgia en la prensa escrita española](#)

[3.- El uso de las TICs como parte del proceso de relaciones públicas en el sector salud gubernamental](#)

[4.- Lo mental de la salud. Salud de migrantes Centroamericanos en su tránsito por México](#)

[5.- La imagen personal en redes sociales: ¿una forma de atentar contra la salud mental?](#)

[6.- ¿Se contradicen las relaciones públicas con la promoción de la lactancia materna?](#)

[7.- Las relaciones públicas para la prevención de la ablación/ mutilación genital femenina entre las mujeres subsaharianas residentes en España](#)

Resumen

La compilación de investigaciones que se presentan en este libro, ofrece al lector una visión de las relaciones públicas como una disciplina omnipresente en el abordaje y solución de diversas problemáticas sociales y en distintos sectores, siendo en esta ocasión el sector salud.

En este entorno, se ha trabajado de manera colaborativa con investigadores de las áreas de Comunicación y Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) en México, de Educación Social y Trabajo Social de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, de Enfermería de la Universidad de Lleida (UdL) y de la Universidad de Murcia (UM) en España. De forma fructífera se ha logrado conjuntar las líneas de dominio de cada una de las partes para proponer, a través de la aplicación de las relaciones públicas, soluciones y medidas comunicativas para diversas problemáticas de salud, de forma estratégica y estructurada para que lleguen a los públicos de interés y logren comprender, atender y prevenir dichos problemas de salud.

El papel que juegan las relaciones públicas en el ámbito de la salud es fundamental, principalmente porque las estrategias y métodos que se emplean para desarrollarlas o llevarlas a cabo, permiten analizar e investigar las necesidades para atender, proteger y cuidar de forma ética y responsable a la sociedad.

A través de los diversos capítulos de este libro, se consigue plasmar el uso de las relaciones públicas como una herramienta importante de comunicación, para abordar temas de interés social como lo es la salud, —tema esencial para cualquier población—, mediante la construcción de mensajes planificados que sean aproximados de manera correcta a los públicos para lograr los resultados esperados.

Las relaciones públicas pueden darse de diversas formas: cara a cara, mediante mensajes en medios tradicionales, impresos y en redes sociales, expresadas a través de imágenes, discursos, campañas, etc., y buscan, a partir de ello, generar lazos con las audiencias, compartir y socializar mensajes de forma confiable, con el fin de ayudar a la comunidad. Por ello, ser congruente entre lo que se ofrece, se informa o se proyecta y lo que recibe el usuario final, determinará la confianza y el éxito en el cumplimiento de los objetivos, y ello se verá reflejado en la propia opinión pública de los receptores del servicio de salud.

Palabras clave: *Relaciones públicas, comunicación, educación, salud, salud pública.*

Prólogo

Las Relaciones Públicas (RRPP) o acciones de prensa tienen a su cargo el manejo estratégico de la información, no solo para comunicar un mensaje social, sino para influenciar a un segmento poblacional sobre un tema, producto o servicio determinado.

En el ámbito de la salud, es fundamental que la relación entre los organismos que la procuran y la proveen y las poblaciones que la reciben o deben recibirla, se base en principios éticos como condición *sine qua non* para que en la práctica se proteja la reputación de las instituciones y la integridad de las audiencias.

Bajo esta óptica, el libro de *Las Relaciones públicas como herramienta de promoción de la salud*, brinda una perspectiva objetiva sobre la relevancia del uso de las RRPP, encaminada a promover e informar de forma eficiente y mediante los canales adecuados, las medidas para la prevención y/o atención de problemas de salud de las poblaciones. De igual manera, coadyuva al diseño de estrategias y campañas de comunicación, sustentándose en datos científicos que permitan conocer mejor el sector de interés y lograr los resultados deseados.

En esta obra se patentiza el trabajo colaborativo de investigadores de universidades iberoamericanas, en el que la promoción de la salud con un enfoque aplicativo de las RRPP se nutre de las áreas de comunicación, trabajo social y de la salud, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) en México, de la Universidad de Lleida (UDL), de la Universidad de Murcia (UM) y de la Universidad Ramón Llull de Barcelona en España.

Temáticas variadas y de mucha actualidad son abordadas por estos autores. Mis felicitaciones sinceras por hacer evidente el papel que juegan las RRPP en el sector salud como ciencia, arte y técnica capaz de gestionarla.

Heberto R. Priego Álvarez



Doctor en Medicina y Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y Presidente de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS).

Presentación

Las relaciones públicas (RRPP) contribuyen a la gestión de la comunicación de las organizaciones con sus públicos y se ejercen para estrechar lazos que beneficien a ambas partes mediante prácticas éticas que protejan la reputación de las instituciones y la integridad de las audiencias.

A nivel mundial, la salud de las personas, es un tema prioritario para los gobiernos, y estos integran políticas y mensajes dirigidos a erradicar problemas de salud con mayor incidencia y que afectan a las comunidades, en la mayoría de los casos a las más vulnerables.

En este tenor, el libro de *Las Relaciones públicas como herramienta de promoción de la salud*, brinda un panorama distinto sobre la relevancia del uso de las relaciones públicas en sectores como el de la salud, para coadyuvar a los objetivos de comunicación de las instituciones de sanidad, encaminados a promover e informar de forma eficiente y mediante los canales adecuados, las medidas para la prevención y/o atención de padecimientos de las poblaciones, a través del diseño de estrategias y campañas de comunicación, sustentándose en datos científicos que permitan conocer mejor el sector de interés, y lograr los resultados deseados.

Los temas que podrán leer en este trabajo son: “Los prestadores del servicio de salud y la utilización de las relaciones públicas para la atención y prevención del embarazo adolescente”, “Las relaciones públicas a través de los medios de comunicación: la difusión de información sobre la fibromialgia en la prensa escrita española”, “El uso de las TIC como parte del proceso de relaciones públicas en el sector salud gubernamental”, “Lo mental de la salud. Salud de migrantes centroamericanos en su tránsito por México”, “La imagen personal en redes sociales: ¿Una forma atentar contra la salud mental?”, “¿Se contradicen las relaciones públicas con la promoción de la lactancia materna?”, y “Las relaciones públicas para la prevención de la ablación/mutilación genital femenina entre las mujeres subsaharianas residentes en España”.

Capítulo 1

Los prestadores de servicios de salud, y la utilización de las relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo adolescente

Selene Céspedes del Fierro ¹,
Moncerrat Arango Morales ¹

(1) Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

Esta investigación presenta una descripción de los procesos de atención médica y las estrategias de relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo adolescente, brindados por los prestadores de servicios de salud del Estado de Nuevo León (México), en el periodo noviembre 2018 - enero 2019. La metodología utilizada es de carácter exploratorio y descriptivo, a través de una investigación documental y de campo, con la aplicación de un cuestionario a la muestra de estudio. Se hizo un procesamiento de información cuantitativa y cualitativa, a través del instrumento de trabajo debidamente probado en una fase piloto. Los resultados exponen los procesos comunicativos interinstitucionales e interpersonales presentes en los centros de salud y detectan tres áreas de oportunidad a fortalecer: la accesibilidad informativa a servicios de prevención y salud reproductiva, los servicios personales específicos de atención médica, y los instrumentos de medición de eficacia de las campañas de comunicación. Estas áreas deben reforzarse mediante la creación de una campaña integral de relaciones públicas que permita una persuasión eficaz para la prevención y atención del embarazo adolescente.

Palabras Clave: *relaciones públicas, comunicación, embarazo adolescente, prevención, prestadores de salud*

Introducción

Las relaciones públicas en el ámbito de la salud, con su compromiso ético y social, contribuyen a crear redes de información fuertes alineadas a los objetivos de salud nacionales para la erradicación de problemas de salud como el embarazo adolescente. Frente a las condiciones en los sectores vulnerables de la sociedad mexicana, es necesario analizar, evaluar e implementar estrategias comunicativas por medio de las relaciones públicas para gestionar una transmisión de mensajes claros, veraces y concisos dentro de los programas específicos de salud para la prevención y atención del embarazo adolescente vigentes en los centros de salud. Abordado desde el proceso fundamental de las relaciones públicas y el sustento teórico sobre la problemática, la presente investigación presenta una descripción de los procesos de atención médica y las estrategias de las campañas de relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Nuevo León, brindados por los prestadores de servicios de salud en el área metropolitana de Monterrey en el periodo noviembre 2018-enero 2019. Esto, con el fin de investigar los procesos, los canales y las estrategias en medios de comunicación y centros de salud estudiados para detectar áreas de oportunidad a fortalecer mediante el uso de las relaciones públicas en los programas específicos de salud para el embarazo adolescente.

Objetivos de la investigación

El objetivo general consiste en describir los procesos de atención médica y las estrategias de las campañas de relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo adolescente en Nuevo León.

El objetivo general se articula en los siguientes objetivos específicos:

- O1. Determinar los procesos y canales de atención médica brindada a los adolescentes de comunidades vulnerables, para prevenir y atender el embarazo en este segmento.
- O2. Evaluar la calidad de atención ofrecida en los centros de salud para la prevención y atención del embarazo en los adolescentes.
- O3. Describir las estrategias y los medios de comunicación utilizados en las campañas para la prevención y atención del embarazo adolescente.
- O4. Detectar áreas de oportunidad en los procesos, estrategias y campañas de socialización y concienciación en temas de prevención de embarazo adolescente en comunidades en situación de pobreza.

Marco teórico

Las relaciones públicas y su papel en las organizaciones del sector salud

Las relaciones públicas juegan un papel convergente en diversos sectores de la sociedad puesto que, mediante sus estrategias, brindan mensajes claros, veraces y concisos que unifican los procesos de comunicación acorde a las necesidades de los públicos involucrados. En el ámbito de la salud, las instituciones de atención médica se encuentran en constante interacción con distintos públicos, entre ellos: los pacientes, el personal médico y administrativo, los medios de comunicación y la ciudadanía. El reto de las relaciones públicas, como lo menciona Kovács (2017), es “brindarles a estos públicos un trato sumamente cuidadoso y de respeto a la dignidad del

paciente y de sus familiares”, así como, específicamente, gestionar los programas de desarrollo para la prevención y atención de problemas de salud en las zonas vulnerables.

De este modo, las organizaciones de salud se pueden valer de las relaciones públicas para comunicar los procesos de atención y la cultura de prevención sobre un problema de salud como el embarazo adolescente; esto, a través de sus cuatro fases de acción: investigación, planeación, comunicación y evaluación (Wilcox, Cameron y Xifra, 2012), y alineándose a los objetivos del centro de salud para lograr un cambio en los grupos sociales o económicos en desventaja (La Sociedad de Relaciones Públicas de América, 2017). Mediante esta disciplina, la comunicación puede “permitir a los ciudadanos que, a través de la información y el acceso al conocimiento, puedan diferenciar conductas saludables de aquellas de riesgo” (Hornik, 2012), y cumplir con los objetivos a nivel nacional sobre el derecho a la salud y la provisión de una red de protección social accesible a todos los mexicanos (Gobierno de la República, 2013).

Por lo tanto, las relaciones públicas en la salud se enfocan en las acciones de prevención y atención a través de un sistema de comunicación personalizado a las necesidades únicas de los individuos (Kreps, 2008), para “no sólo atender a la población enferma, sino actuar de forma preventiva en el comportamiento y hábitos de los usuarios, con el fin de garantizar su calidad de vida y evitar enfermedades futuras.” (Redondo, Galdó y García, 2008). Para una implementación acorde a estos objetivos, se debe investigar y analizar principalmente los ámbitos de acción público, cultural y sectorial, señalados por Rodríguez (2005), como son las disposiciones administrativas y legales limitadas, la disonancia entre los mensajes sobre la sexualidad adolescente, y los servicios de salud específicos para adolescentes.

En conclusión, el estudio de las relaciones públicas como gestor de la comunicación en el ámbito de la salud proporcionan una metodología pertinente, desde la fase de investigación, para conocer el manejo de los mensajes hacia el adolescente; y, asimismo, respaldan la imprescindible aplicación de esta disciplina en un ámbito poco estudiado y creciente (Silva, 2001). Con el análisis de los estudios en esta materia, se puede lograr la coordinación de los centros de salud con las organizaciones comunitarias enfocadas a los jóvenes y el sector educativo (Redondo et al., 2008), la mejora en servicios de salud de forma humanística y no sólo técnica (Barco, Pérez y Barquero, 2010) y el establecimiento de un análisis de efectividad en los procesos a través del método de percepción de las acciones comunicativas y su papel en hospitales o instituciones de salud en general (Wise, 2001). Así, finalmente, las relaciones públicas contribuirán a la misión de mejorar los sistemas de salud y bienestar en la sociedad.

El embarazo adolescente y su repercusión en los grupos sociales más vulnerables

El embarazo adolescente es un problema de salud creciente presentado con mayor frecuencia en grupos sociales de menor grado cultural y con una escasa educación sexual. Existe una relación estrecha entre esta problemática y los grupos sociales vulnerables, ya que las condiciones desfavorables del sector propician la aparición de casos de embarazos entre jóvenes y, paralelamente, los casos influyen al crecimiento de una brecha social y económica entre este grupo con la sociedad. De esta manera, existe una incidencia baja en países donde existen programas de educación sexual y servicios especiales de anticoncepción, como en Suecia o los Países Bajos (Redondo *et. al.*, 2008); mientras que, en otros casos, donde existen factores culturales como marginalidad, marcos normativos desfavorables y mensajes altamente sexuales en los medios de comunicación, la incidencia va en aumento (Villaseñor y Alfaro, 1996).

Por lo tanto, como lo señala Rodríguez (2005), “el principal factor de diferencia entre los grupos socioeconómicos estriba en su conducta sexual y anticonceptiva”. A nivel nacional, 75% de los jóvenes mexicanos viven en zonas urbanas, donde el 35% de ellos se enfrentan con factores marginales como la falta de servicios de salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010). Asimismo, existe una falta de salud sexual y cultura de prevención, pues 17.6% de los

nacimientos en México fueron por madres menores de edad y, del 23.5% de los jóvenes sexualmente activos, casi la mitad de ellos no consideró algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012). Por último, en Nuevo León, el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA), en su informe 2017, posiciona al Estado en el décimo lugar en el número de embarazos prematuros.

Esta relación entre las condiciones del sector social y el embarazo adolescente no sólo es responsabilidad del sector de salud o del joven, sino también de las políticas económicas y sociales implementadas (Villaseñor y Alfaro, 1996). En México, algunas normas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2017) basado en el uso de medios masivos y mercadeo social, los ejes de trabajo sobre sexualidad en el Plan de Estudios (Secretaría de Educación Pública, 2016) y el aumento de la cobertura del 56% de servicios de atención adolescente en Nuevo León (GEPEA, 2017), son utilizadas para la erradicación del embarazo adolescente en el país. Sin embargo, las estadísticas brindadas muestran un panorama aún desfavorable en la erradicación del embarazo prematuro, por lo que es necesario revisar estrategias desde un enfoque distinto y reforzar el contenido teórico.

El proceso comunicativo para la prevención y atención del embarazo adolescente.

Desde un análisis teórico, el proceso de prevención y atención del embarazo adolescente aborda una serie de características específicas para tratar con el perfil del adolescente y el grupo social donde se encuentra, ya que si no se realiza de manera correcta se puede dificultar la comunicación con el joven. Basado en la clasificación de Redondo (*et. al.*, 2008), las medidas para la prevención de esta problemática se encuentran en tres niveles: primario, secundario y terciario, donde se abarcan aspectos como prevención, detección a tiempo, tratamiento y rehabilitación en los agentes involucrados, es decir, los jóvenes, los padres y el recién nacido.

El nivel de prevención primario se basa en la transmisión de información, es decir, en el trato de los mensajes sobre sexualidad y su inserción en los medios de comunicación, la estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, la comunicación familiar, la capacitación de personal para la atención de los jóvenes en situaciones de riesgo y reinserción laboral o educativa. (Redondo *et. al.*, 2008), de la misma manera, se pueden incluir “servicios de conserjería, de apoyo especializado y de distribución de anticonceptivos” (Rodríguez, 2005).

Por otro lado, la prevención secundaria está basada en la continuidad, en el periodo cuando el embarazo adolescente existe, y busca proporcionar asistencia en el embarazo, parto y post parto, asistencia al padre, información y apoyo psicológico al joven. Algunos requisitos en este trato, de acuerdo con el Grupo de Trabajo sobre Ginecología de la Infancia y Adolescencia en España, mencionado por Redondo (*et. al.*, 2008), son una cita personal y privada separada de los adultos, una buena relación médico-adolescente, continuidad, responsabilidad y comodidad, evitando la burocratización en los procesos, que impide la confidencialidad, y sin “una postura pedagógica de imposición y dominación” que sólo logra reflejar una realidad que no lo es para el adolescente (Villaseñor y Alfaro, 1996).

Por último, la prevención terciaria se realiza para propiciar la evolución adecuada del niño y sus jóvenes padres. Consiste en proporcionar vigilancia del vínculo familiar, detectando signos de alarma, apoyo de reinserción laboral, seguimiento médico integral, asesoramiento de fertilidad, creación de pequeños hogares maternos a quienes tienen apoyo, entre otros (Redondo *et. al.*, 2008). En este tipo de nivel, algunos programas como “La Consulta Joven”, aplicada en la comunidad europea de Cantabria, han nacido con el objetivo de abrir espacios para fomentar el diálogo del adolescente y modelar los comportamientos del joven (Redondo *et al.*, 2008). Con estos niveles de prevención, se pueden identificar las principales actividades a considerar al momento de implementar y evaluar acciones comunicativas en los procesos dentro de los centros

de salud y los públicos involucrados, en beneficio de los pacientes y para la disminución de los problemas de salud.

Metodología

Esta investigación representa una segunda fase en el estudio de los procesos comunicativos y de relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo en México, anteriormente realizado por Céspedes-Del Fierro, Garza-Sepúlveda, y González-López (2018), abordado desde la perspectiva de los adolescentes. La metodología utilizada es de carácter exploratorio y descriptivo, a través de una investigación documental y de campo, con en el análisis del sustento teórico presentado en la bibliografía. El instrumento de trabajo fue aplicado en forma de cuestionario dentro de las entrevistas a los prestadores de servicios de salud en las zonas vulnerables del área metropolitana de Monterrey en el periodo noviembre 2018-enero 2019.

Para el diseño de la investigación de campo, se localizaron diferentes zonas del área metropolitana de Monterrey con una población correspondiente al nivel socioeconómico referido como D+ y D (clase social baja) para identificar a las instituciones y centros que brindan servicios o campañas de salud sobre la problemática, es decir, a los servidores públicos, autoridades y promotores para la prevención y atención del embarazo adolescente dentro de los centros de salud dependientes de las jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud en el periodo correspondiente. Se aplicó un tipo de muestreo por conveniencia, comprendidas dentro del área geográfica de bajo nivel socioeconómico, se logró entrevistar a 17 representantes de organismos que reunieron el perfil de sujeto referido.

Asimismo, se llevó a cabo un procesamiento de información cuantitativa y cualitativa, a través del instrumento de investigación probado en una fase piloto, haciéndose las adecuaciones necesarias para mejorar su tiempo de aplicación, congruencia y grado de comprensión de la población entrevistada. El cuestionario estuvo compuesto por 24 preguntas abiertas y de opción múltiple, evaluando factores estipulados en los objetivos específicos, primordialmente los procesos y canales de comunicación y atención médica, su calidad, y las estrategias en los medios de comunicación para la prevención y atención del embarazo adolescente.

Resultados

Procesos de atención médica para la prevención y atención del embarazo adolescente

De acuerdo con los procesos de atención médica dirigidos al trato del embarazo adolescente en las zonas marginadas del área metropolitana de Monterrey, más de la mitad de los entrevistados manifestaron utilizar técnicas de conferencias y pláticas grupales (64%), y en menor proporción, técnicas de atención y consulta individualizada (36%).

En materia de prevención del embarazo adolescente en las zonas marginadas de la ciudad, casi dos tercios de los entrevistados mencionaron aplicar asesorías directas a los grupos de jóvenes (65%), lo cual coincide con el resultado anterior relacionado a la atención grupal de esta población. Asimismo, sólo una décima parte de la muestra manifestó realizar técnicas de prevención directa a través de la proporción de algún método anticonceptivo a los usuarios (12%).

Por otro lado, respecto a los casos de embarazo adolescente de alto riesgo, más de la mitad de los entrevistados declararon realizar una canalización a alguna clínica u hospital de la Secretaría de Salud (60%), mientras que el resto de la muestra manifestó enviar al menor a dependencias que no atienden directamente problemas de salud, como el DIF o la Secretaría de Educación (40%).

Calidad de atención en los centros de salud para la prevención y atención del embarazo adolescente

De acuerdo con las encuestas de evaluación realizadas, se expone que la mayoría de las técnicas que se utilizan para la mejora en calidad de atención en los centros de salud para la prevención y atención del embarazo adolescente son a través capacitaciones específicas al personal, tendientes a un trato oportuno de calidad y humano para los usuarios (93%). Estas capacitaciones se llevan a cabo, por una parte, abordando temas sobre la atención proporcionada al usuario (50%) y, en menor proporción, sobre los aspectos técnicos de la salud reproductiva (38%).

Por otro lado, la mayoría de los entrevistados mencionaron que no existen estrategias para el seguimiento y evaluación de la calidad de atención que el personal médico brinda a estos grupos de población vulnerable (69%). En los pocos casos donde sí existe algún seguimiento, los encuestados manifestaron realizar una supervisión del servicio por parte de los coordinadores o directivos del centro de salud (80%) y, en menor proporción, con la aplicación de encuestas de satisfacción a los usuarios (20%).

Por último, de acuerdo con la percepción de la calidad del servicio de atención al embarazo adolescente por parte de los encuestados, la mayoría considera brindar al usuario un trato digno y de calidad (91%), así como una atención rápida y eficaz (82%). Del mismo modo, una parte de la muestra declaró sustentar su opinión con los resultados brindados en sus encuestas de evaluación de atención aplicadas a la población vulnerable (77%).

Medios y campañas de comunicación utilizados para la prevención y atención del embarazo adolescente

Respecto a los medios de comunicación utilizados en la difusión de mensajes para la prevención del embarazo adolescente, más de la mitad de los encuestados manifestaron utilizar las redes sociales (53%) y, en menor medida, los medios electrónicos (20%), y los medios impresos (20%). De esta manera, se puede destacar la presencia de medios que no necesariamente son del uso frecuente de los jóvenes, como lo son la radio y televisión abierta, así como los periódicos y revistas.

De acuerdo con las campañas de comunicación realizadas para la prevención y atención del embarazo adolescente, los resultados exponen una aplicación de estrategias y formatos sumamente variados, pues los encuestados mencionaron realizar, en proporciones diversas: spots de televisión (25%), conferencias o asesorías (25%), campañas escolares (16.67%), contenido en redes sociales (16.67%) y folletos impresos (16.67%). Esto manifiesta una variedad en tipos de contenidos, sin embargo, pueden no estar centrados en estrategias accesibles o efectivas para la población adolescente en zonas vulnerables.

De acuerdo con las encuestas realizadas, más de la mitad de estas campañas de prevención del embarazo adolescente se enfocan en la mejora en la calidad de vida del adolescente (60%) y, en menor medida, en su prevención (33%). Mínimamente, se le da un enfoque basado en la reducción de la tasa de mortalidad materno infantil (7%). Adicionalmente, la mayoría de los encuestados declararon aplicar sus campañas de manera permanente (85%), y mencionaron presentar, en su mayoría, una evidencia fotográfica sobre su aplicación (71%). Por último, de acuerdo con lo declarado por casi dos tercios de la muestra encuestada, un aspecto importante es que no se cuenta con un instrumento o indicador para medir el éxito de las campañas (62%).

Por otro lado, sobre la efectividad de los medios de comunicación utilizados para la prevención y atención del embarazo adolescente, más de la mitad de los encuestados manifestaron no realizar estrategias para detectar los medios de consumo habitual de los jóvenes (60%). Este resultado se complementa con el anterior sobre la aplicación de las campañas a través de medios tradicionales, como los electrónicos e impresos, pues se admite que no hay una idea clara del comportamiento de

la población adolescente. Finalmente, de los que declaran conocer los hábitos de consumo mediático de esta población, la mayoría de ellos menciona realizarlo a través de las respuestas obtenidas por el monitoreo a sus redes sociales (67%).

Respecto a las estrategias específicas sustentadas en las relaciones públicas, solamente poco más de la mitad de los encuestados manifestaron diseñarlas para socializar el mensaje de prevención para el embarazo adolescente (56%). De estas campañas de relaciones públicas, los encuestados mencionaron, en proporciones iguales, utilizar estrategias como el establecimiento de consejos y campañas interinstitucionales (43%), así como el manejo de las redes sociales (43%). En estos resultados, se vislumbra una necesidad de ampliar las estrategias de relaciones públicas para la atención y prevención de esta problemática.

Finalmente, respecto a la percepción de los encuestados sobre la efectividad del mensaje en la población vulnerable, más de la mitad manifestó que no ha disminuido la incidencia del embarazo adolescente a pesar de las campañas de prevención que se han llevado a cabo (62%); y, dentro de esta parte de la muestra encuestada, más de la mitad desconoce los motivos (60%). Por lo tanto, en este rubro se enfatiza que las campañas no han sido relativamente efectivas, además de la carencia de instrumentos para poder obtener información que permita diagnosticar las fallas presentes en dichas campañas. Adicionalmente, la mayoría de la muestra encuestada considera que la falta de educación y de valores son factores adicionales que no permiten disminuir la problemática, lo que reconoce la existencia de una conciencia sobre la influencia del entorno familiar y del sector educativo en la prevención y atención del embarazo adolescente (77%).

Conclusiones

En esta investigación se logra describir, desde la perspectiva de los prestadores de servicios y campañas de salud encuestados, los procesos de atención médica y las estrategias de campañas de comunicación para la prevención y atención del embarazo adolescente en las zonas vulnerables del área metropolitana de Monterrey. Como primera fase del proceso de las relaciones públicas, se han logrado detectar áreas de oportunidad en los procesos de comunicación a mejorar: una mayor accesibilidad informativa a servicios de prevención y salud reproductiva, el fortalecimiento de servicios comunicativos de atención médica, y la creación de instrumentos de medición de eficacia de las campañas de comunicación.

Primeramente, a pesar de que se detectan múltiples estrategias comunicativas de atención médica grupales enfocadas a mejorar la calidad de vida del adolescente, los servicios de prevención de forma individual son poco tratados. Por lo tanto, es necesario reforzar estos servicios a través de una comunicación personal e íntima, considerando principalmente los servicios de conserjería y distribución de anticonceptivos, como lo señala Rodríguez (2005). Por ello, a través de las relaciones públicas, se debe planear una red de información interinstitucional entre el centro de salud y las organizaciones gubernamentales, donde se encuentran registrados los adolescentes, que facilite el personal y los horarios para una comunicación interpersonal médico-adolescente a través de citas privadas y de herramientas anticonceptivas físicas y morales que permitan la construcción de una cultura de prevención.

Por otro lado, los entrevistados consideran que la calidad del servicio de atención médica es buena, humana y digna, y es respaldada por encuestas de satisfacción aplicadas a la población vulnerable. Del mismo modo, esta calidad de servicio concuerda con el estudio realizado por Céspedes et al. (2018) desde la perspectiva de los adolescentes. Sin embargo, en ambos estudios se vislumbra una atención general y con pocos programas específicos dirigidos al embarazo adolescente. Por lo tanto, las relaciones públicas deben fortalecer la comunicación entre los centros de salud para, específicamente, crear programas de atención en técnicas de salud reproductiva, embarazos adolescentes de alto riesgo y continuidad dentro del nivel secundario

mencionado por Redondo (*et. al.* 2008), ya que los procesos de filtración de estos casos no se encuentran fácilmente presentes.

Respecto a las estrategias y los medios de comunicación utilizados en las campañas para la prevención y atención del embarazo adolescente, muchas de ellas son realizadas de manera permanente en canales de comunicación como redes sociales, medios convencionales y medios impresos, dirigidos a mejorar la calidad de vida del adolescente. No obstante, no existe un instrumento de medición de eficacia de campañas predominante en los centros de salud, por lo que no se pueden establecer estadísticas certeras de la penetración de los mensajes en los jóvenes. Algunos datos, de acuerdo con el estudio realizado por Céspedes *et al.* (2018), mencionan que los adolescentes en este contexto, en su mayoría, no recuerdan haber recibido mensajes sobre embarazo adolescente o no retuvieron su contenido, por lo que no han concientizado sobre repercusiones físicas, emocionales, económicas y protocolos de ayuda.

Asimismo, los prestadores de salud mencionan poco conocimiento del comportamiento del adolescente en los medios de comunicación, utilizando ocasionalmente las redes sociales para detectar estadísticas sobre la población activa y consciente sobre el tema. En consecuencia, frente a este panorama, es imprescindible un instrumento de medición establecido en las campañas para la prevención y atención del embarazo adolescente, ya que los registros permiten encaminar las estrategias de una manera más efectiva. Las relaciones públicas deben abrir paso, mediante estudios, a protocolos que permitan conocer mejor al adolescente y crear un proceso de retroalimentación con los prestadores de salud encargados de la transmisión de mensajes, así se podrá detectar y reforzar los distintos canales de comunicación.

En conclusión, las relaciones públicas deben fortalecer las redes de comunicación entre los centros de salud y organismos que promueven la prevención y atención del embarazo adolescente, utilizando como apoyo a las organizaciones gubernamentales o las no lucrativas, como escuelas y centros enfocados a los jóvenes. De esta manera, esta cooperación puede llegar a desencadenar los protocolos necesarios en las áreas de oportunidad detectadas en el estudio, los cuales son: la relación médico-adolescente de forma personal y creativa enfocada a la prevención y métodos anticonceptivos, los procesos de seguimiento a los casos de jóvenes con embarazo prematuro, y la generación y retroalimentación de mensajes en medios de comunicación sobre esta problemática. Una propuesta catalizadora para los procesos de comunicación, desde las relaciones públicas, puede ser la generación de una aplicación digital vinculada a las redes sociales de los centros de salud y el joven, donde se comparta información sobre el tema, se realicen citas de prevención y atención con los médicos responsables de los programas sobre embarazo adolescente y, asimismo, la aplicación funcione como instrumento de medición sobre el recibimiento de la información y grado de concientización por parte del joven.

Finalmente, la información brindada en esta investigación abre las puertas a las fases de planificación y constante evaluación de las estrategias que se apliquen desde las relaciones públicas, así como las existentes en los programas de prevención y atención de embarazo adolescente. Se sugiere que estos estudios se realicen periódicamente, desde la perspectiva de los adolescentes y prestadores de salud, para continuar evaluando la comunicación entre estos dos agentes, con instrumentos actualizados que, eventualmente, permitan conocer a mayor profundidad los cambios generados en los canales institucionales, interpersonales y familiares. Este análisis y evaluación de los procesos comunicativos en el estudio permite implementar estrategias desencadenantes en la generación de una cultura para la prevención y atención del embarazo adolescente y, asimismo, afirma la importancia de las relaciones públicas en los procesos de comunicación en el ámbito de la salud, como señala Wise (2001), para la constante mejora de la calidad y el acceso a la salud en México.

Referencias bibliográficas

- Barco, J., Pérez, R. Y Barquero, M. (2010). *Cómo Utilizar la Información en la Empresa: Dirección Estratégica de Relaciones Públicas*. Barcelona, España: PROFIT editorial.
- Céspedes-Del Fierro, S., Garza-Septúlveda, J. y González-López, A. (2018). Las relaciones públicas como herramienta de comunicación para la prevención y atención del embarazo adolescente. *Revista Transdisciplinaria de Estudios Migratorios*, 4 (12).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Informe 2012*. México: ENSANUT. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2017). *Informe de marzo*. México: Gobierno de la República. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/98138/ENAPEA_Marzo.pdf
- Gobierno de la República. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la República 2013-2018*. México: Gobierno de la República. Disponible en: <http://pnd.gob.mx>
- Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente del Estado de Nuevo León. (2017). *Informe Ejecutivo*. México: Gobierno de la República. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/317699/Nuevo_Le_n_Informe_GEPEA_2017.pdf
- Hornik, D. (2012). *Las Relaciones Públicas y un desafío en el campo salud (Caso de la Red Aconcagua Salud)*. Argentina: Universidad de Palermo. Disponible en: https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=543
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.org. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Kovács, I. (2017). *El rol de las relaciones públicas en el sector salud*. Perú: Negocios & Management: Revista Digital Empresarial. Disponible en: <https://negociosymangement.com.ar/?p=8935>
- Kreps, G. (2008). Strategic use of communication to market cancer prevention and control to vulnerable populations. *Health Marketing Quarterly*, 25 (1): 204-216. Reino Unido: Editorial Routledge.
- La Sociedad de Relaciones Públicas de América. (2017). *Todo sobre las relaciones públicas*. Estados Unidos: prsa-org. Disponible en: <https://www.prsa.org/all-about-pr/>
- Redondo, C., Galdó, G., y García M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Universidad de Cantabria.
- Rodríguez, J. (2005). Reproducción en la Adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. *Revista de la CEPAL*, 86.
- Secretaría de Educación Pública. (2016). *Agenda sectorial para la educación integral en sexualidad con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes*. México: Gobierno de la República. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/230821/8_Acciones_SEP_Dra_Silvia_Ramirez.pdf
- Silva, V. (2001). Comunicación y Salud. *Inmediaciones de la comunicación*, 3(3): 120-136. Uruguay: Escuela de Comunicación de la Universidad ORT. Disponible en: <https://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/revista-inmediaciones-de-la-comunicacion-3.pdf#page=118>
- Villaseñor, M. y Alfaro, N. (1996). Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en la adolescente. *Sexualidad y Reproducción Humana en México*, 1.
- Wilcox, D., Cameron, G., y Xifra, J. (2012). *Relaciones públicas: estrategias y tácticas (10ªed.)*. Madrid: Pearson.
- Wise, K. (2001). Áreas de oportunidad para la investigación de las relaciones públicas en la salud pública. *Revista de Relaciones Públicas*, 25(4): 475-487.

Capítulo 2

Las relaciones públicas a través de los medios de comunicación: la difusión de información sobre fibromialgia en la prensa escrita española

Erica Briones Vozmediano¹

(1) Universidad de Lleida

Resumen

En este capítulo se intenta ofrecer una descripción pormenorizada de la aparición de la fibromialgia como problema de salud en el contexto mediático nacional español. La fibromialgia es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud en 1992. Su diagnóstico es emergente, puesto que los criterios clínicos fueron definidos en 1990 por el American College of Rheumatology, revisados en 2010. Sus características clínicas principales y comunes a las pacientes (ya que la mayoría son mujeres) son el dolor generalizado y crónico, la fatiga crónica y las alteraciones del sueño, junto a otros síntomas inespecíficos sin causa orgánica clara y otras comorbilidades. Debido a la subjetividad del diagnóstico y la falta de evidencias sobre su origen, unido a la existencia de estereotipos de género sobre la salud de las mujeres, socialmente existen reticencias a considerarla una entidad clínica real e incapacitante. Los medios de comunicación como la prensa escrita son parte de las relaciones públicas que pueden contribuir a promover la salud a través de sus contenidos. Este capítulo explora **el tratamiento periodístico de la fibromialgia** en la prensa escrita española durante el período 2000-2018, en cuanto a frecuencia de aparición, principales temas y fuentes de información, a través del análisis de contenido de las noticias.

Palabras clave: *Fibromialgia, medios de comunicación, prensa, España.*

Introducción

El término fibromialgia se refiere a un grupo de síntomas y trastornos músculoesqueléticos poco entendidos, de origen desconocido y caracterizados fundamentalmente por dolor persistente, fatiga extrema, rigidez de intensidad variable de los músculos, y un amplio rango de otros síntomas incluyendo los psicosociales. Las características clínicas más constantes que definen la fibromialgia, junto al dolor generalizado y crónico, son la fatiga persistente y las alteraciones del sueño. La sensación de cansancio está casi siempre presente, en un 70% de las personas afectadas se manifiesta en forma de crisis de agotamiento de 1-2 días de duración o de forma continuada, mejorando algo con el reposo (Wolfe, 1996).

Otros rasgos coexistentes que experimentan las personas afectadas son los estados depresivos y/o ansiosos como expresión de la emocionalidad negativa, rigidez generalizada (sobre todo matinal), trastornos de concentración y memoria, bruxismo, sequedad de boca, hormigueo a las manos, sensación de inflamación y otros muchos síntomas dolorosos como la cefalea tensional o jaqueca, el dolor abdominal, dismenorrea, digestiones difíciles (desajustes intestinales compatibles con el síndrome de colon irritable), trastornos vasomotores, dolores osteomusculares en la zona lumbar, cervicales, hombros y extremidades, parestesias en manos y pies, disestesias, entre otros (Carbonell Abelló, 2005).

Con frecuencia le acompaña el síndrome de fatiga crónica debido a las particularidades clínicas similares —dolor músculoesquelético difuso crónico y fatiga severa—. Además, suele ir asociado a otras alteraciones funcionales, como síndrome de colon irritable, el síndrome de Sjögren, el síndrome de dolor miosfacial, síndrome de la articulación temporo-mandibular, síndrome de piernas inquietas, fenómeno de Raynaud, el lupus eritematoso, cefalea crónica (migraña, cefalea de tensión o mixta), prolapso de válvula mitral, cistitis intersticial, urgencia miccional, dismenorrea, alergias, entesopatías, síndrome del túnel del carpo y desórdenes somáticos asociados (en la función cognitiva, intolerancia al frío, hipersensibilidad, entre otros). Por tanto, puede presentarse como única alteración (fibromialgia primaria) o bien coexistente con otras patologías (fibromialgia secundaria) (Vidal Neira, 1999). El documento de consenso de Catalunya sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en este contexto la clasifica en tres categorías: leve, moderada y grave, según el resultado de los diversos tests de salud aplicados (Collado, 2002).

Los síntomas de la fibromialgia alteran la calidad de vida de las personas afectadas hasta el punto de generar incapacidad. De hecho, invalida en la misma medida que la artritis reumatoide (Martínez, 1995). La fibromialgia afecta a la esfera biológica, psicológica y social, en las áreas de función física, actividad intelectual, estado emocional y calidad del sueño, influyendo de forma determinante sobre la capacidad para el ejercicio de actividades laborales y de realizar esfuerzos físicos, así como la vida familiar y social. Su cronicidad supone importantes costos humanos y económicos, como absentismo laboral y de atención en el sector salud, ya que la gran cantidad de síntomas experimentados conlleva una alta demanda de atención médica y psicológica (Villanueva 2004, Wolfe 1997).

La fibromialgia se considera una enfermedad emergente, teniendo en cuenta que sus criterios diagnósticos no se establecieron hasta 1990, y que fue reconocida oficialmente como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud en 1992 (The Copenhagen Declaration, 1993; Anon, 1998). Afecta principalmente a las mujeres. Por ejemplo, en España se ha estimado que el 2,4% entre la población adulta mayor de 20 años padece fibromialgia, aunque la prevalencia entre los varones es de un 0,2% frente a un 4,2% en las mujeres (un ratio hombre/mujer 1/20); a nivel internacional se ha estimado una prevalencia del 10,5% en la población general, afectando especialmente a los países industrializados (Sociedad Española de Reumatología, 2005;

Villanueva, 2004; Carmona, 2001). El grupo étnico más afectado es el caucasiano (91.3%), frente al hispano (5 %) y el negro (1%) (Wolfe 1990, Rusell 1990).

Sin embargo, la fibromialgia es uno de los diagnósticos más frecuentes en la práctica clínica. En Atención Primaria de Salud supone un 5% de las consultas y, en reumatología, cerca del 20%, siendo dos veces más frecuente que la artritis reumatoide (Tovar, 2005). De hecho, la fibromialgia se considera el diagnóstico más habitual en mujeres de 40 y los 60 años de edad que refieren dolor musculoesquelético; concretamente, la incidencia es del 3,9 % en mujeres entre 20-40 años y del 5,8 % entre 40-60 años (Sociedad Española de Reumatología, 2001). Por tanto, se puede decir que la fibromialgia afecta fundamentalmente, aunque no en exclusiva, a mujeres en la perimenopausia (Carbonell Abelló, 2005).

Diagnóstico clínico

Para la clasificación de las personas afectadas de fibromialgia, los criterios del American College of Rheumatology describen 4 pares de puntos sensibles en la parte anterior del cuerpo y 5 en la parte posterior, extremadamente dolorosos a la palpación con una presión equivalente de 4 kg (Collado, 2006; Tovar-Sánchez, 2005). La presencia de hipersensibilidad al dolor se demuestra en la exploración física en al menos 11 de los 18 puntos de presión específicos, anatómicamente definidos y de tejido blando, denominados puntos de dolor, puntos gatillo o *tender points* que se ubican especialmente en el esqueleto axial (Wolfe, 1990; Ubago, 2005). En 2010 estos criterios fueron actualizados, sustituyendo el examen físico por índices de dolor generalizado y de severidad de los síntomas, lo que contribuyó a una mejor valoración de los síntomas más allá del dolor, y alejarse de la idea de que se trata únicamente de una afección musculoesquelética (Wolfe, 2010; Moyano, 2015)

Aun así, su diagnóstico se basa en pruebas que en muchas ocasiones indican normalidad. Además, los síntomas son comunes a otras alteraciones, lo que dificulta aún más el diagnóstico y pronóstico. Lo más indicativo de la exploración física es la falta de hallazgos objetivos pese a la diversidad de los síntomas, especialmente el dolor (Calvo Penedés, 2000). Esta dificultad provoca una gran inquietud y angustia en las personas afectadas, que normalmente tienen que seguir un largo itinerario por las consultas médicas sin encontrar explicaciones convincentes.

Falta de reconocimiento social de la fibromialgia

Existe la tendencia a considerar la fibromialgia como una enfermedad de entidad menor, ya que no existen pruebas objetivas que determinen su causa y al ser la mayoría de sus pacientes de sexo femenino, debido a la pervivencia de ciertos estereotipos negativos en torno a las mujeres y su salud (tendencia a la somatización, dramatización, debilidad física y mental) (Briones Vozmediano, 2014). A la incertidumbre, porque no tiene fisiopatología clara, se suma un fuerte impacto social porque existe una controversia entre los que la consideran una verdadera entidad clínica y los que no. La fibromialgia se ve envuelta en un halo de desconocimiento que coloca a las personas afectadas en una posición nada envidiable, desconocimiento a nivel social, pero desconocimiento también a nivel profesional, puesto que a pesar de la considerable prevalencia que se le reconoce a esta enfermedad, la falta de herramientas con las que hacerle frente constituye una de las carencias importantes a nivel sanitario y laboral. Las experiencias individuales testifican malestares que truncan la vida anterior de manera irremediable, la experiencia profesional hace referencia a la impotencia de no poder “demostrar” dicha enfermedad.

Se trata de un tema de actualidad en el contexto social que plantea un reto a la salud pública, ya que se requieren soluciones para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, principalmente mujeres, así como al reconocimiento social de estas y la propia enfermedad. El objetivo de este capítulo es analizar la visibilidad de la fibromialgia como problema de salud en la

prensa escrita española. Los medios de comunicación son un área estratégica de las relaciones públicas, basadas en la comunicación interpersonal a través de diversos medios y estrategias.

Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática y análisis de contenido de artículos periodísticos sobre fibromialgia en la prensa nacional española, en las páginas web de los tres periódicos de mayor tirada nacional (*El País*, *El Mundo* y *ABC*)¹. Para ello, se identificaron y recopilamos todos aquellos artículos que incluyeran en su contenido (título, subtítulo y/o texto principal) la palabra clave “fibromialgia”, a través del buscador de cada una de las páginas web.

Los contenidos noticiables recopilados para el período 2000-2018 han sido noticias, reportajes, entrevistas, consultas y editoriales. En total, se han registrado 860 noticias que incluyen la fibromialgia en su contenido, ya sea como tema principal (592 noticias que incluyen la palabra “fibromialgia” en el título o subtítulo) o secundario (268 noticias que incluyen la palabra “fibromialgia” en el texto de artículo, pero su contenido principal está centrado en otros temas relacionados con la fibromialgia, como pueden ser sus principales comorbilidades de fatiga crónica o síndrome de sensibilidad química múltiple, noticias sobre dolor crónico, sobre terapias alternativas, etc.).

Resultados

La mayor parte de noticias sobre fibromialgia como tema principal (592) corresponden a casos personales (45%), seguido de denuncias —por ejemplo, de la falta de reconocimiento o de la necesidad de la implementación de medidas específicas— (32%), medidas o iniciativas adoptadas (14%) y descripción de la magnitud del problema (9%) (Figura 1). Aun así, estos temas pueden solaparse en una misma noticia, como por ejemplo en las noticias basadas en casos personales que casi siempre van acompañadas de una descripción de las características de la fibromialgia (principales síntomas, dificultad para obtener el diagnóstico etc.).

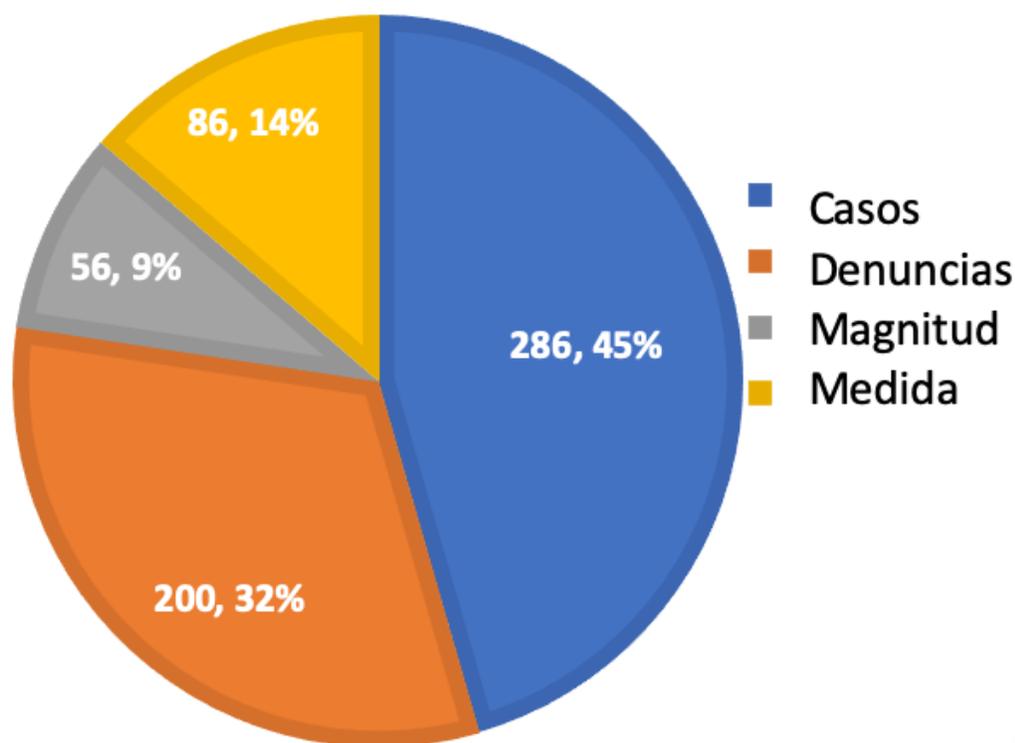


Figura 1. Tema de las noticias de fibromialgia como tema principal en la prensa española (El País, El Mundo y ABC, 2000-2018)

La evolución temporal de la presencia de la fibromialgia en las noticias de los diarios analizados ha mostrado una tendencia ascendente desde el principio del período estudiado (2000), especialmente el periodo 2004 a 2008, momento en el que desciende hasta 2013, alcanzando su punto álgido en 2017. (Ver Figura 2).

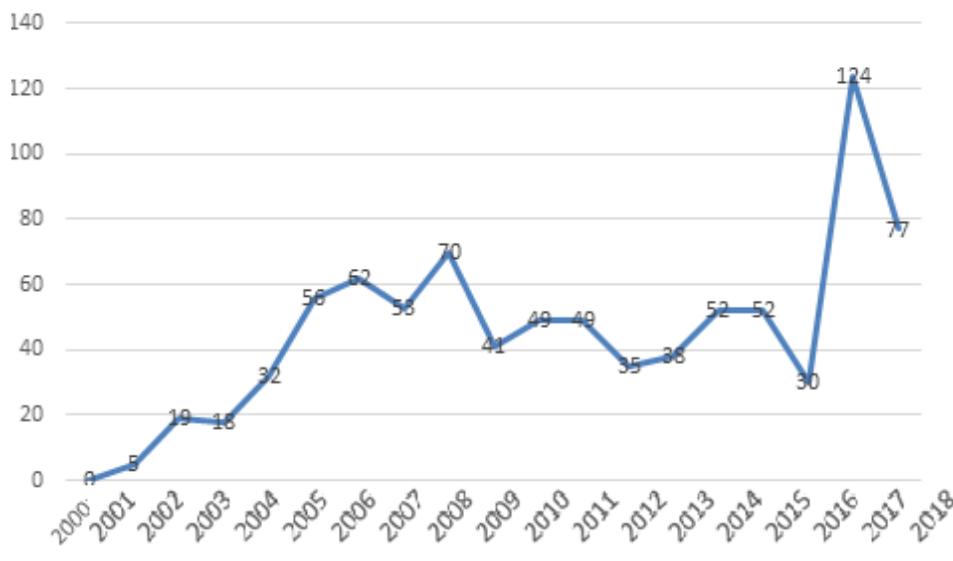


Figura 2. Evolución temporal del total de las noticias de fibromialgia en la prensa española (*El País, El Mundo y ABC, 2000-2018*)

Noticias sobre casos particulares

La prensa también es un medio que da a conocer casos concretos de personas diagnosticadas de fibromialgia, populares o desconocidos. De mano de noticias sobre casos individuales, se trasladan las demandas sociales y necesidades de las personas afectadas.

La fibromialgia empieza a aparecer de manera continua en la prensa española a partir del año 2002, debido a la popularización del caso de particular de la diputada del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) en Cataluña, Manuela de Madre, a quien se le diagnosticó fibromialgia en este año y, como consecuencia de ello, tuvo que abandonar su actividad política. Fruto de su enfermedad publicó un relato autobiográfico en el año 2006 “Vitalidad crónica, vivir con fibromialgia”, que a su vez sirvió para sensibilizar socialmente sobre este problema de salud. Hasta 2012, las noticias de caso se centran principalmente en este caso públicamente conocido también en la televisión española. Las noticias sobre este caso particular también hicieron eco de las críticas vertidas por algunos de compañeros de otros partidos políticos a la diputada socialista, acusándola de “instrumentalizar políticamente la fibromialgia y utilizar a los enfermos “en beneficio político propio” (El Mundo, 2008).

Aún así, el año en el que se registran más noticias de casos es 2017, año que coincide con la popularización del diagnóstico de fibromialgia de dos personajes conocidos públicamente: el caso de la artista internacional Lady Gaga y el de María José Campanario, esposa del torero Jesulín de Ubrique. Otros personajes famosos que han hecho público que padecen fibromialgia han sido Morgan Freeman (2015), Mariló Montero (El Mundo, 2015), y Margarida Sousa Uva –conocida por ser la esposa de José Manuel Durão Barroso, que murió en 2016- (2016, El Mundo). La descripción de casos particulares, por una parte, contribuye a la sensibilización de los lectores sobre la existencia de la enfermedad, al describir los síntomas que sufren las personas que protagonizan las noticias y las dificultades a las que se enfrentan. Por ejemplo, el caso de una familiar de un personaje televisivo del programa de Tele5 *Supervivientes* “*La grave enfermedad que impide a la madre de una concursante defenderla en Supervivientes*”; “*Maite Galdeano: «Me quise suicidar tirándome a las vías del tren»*” (ABC, 2018). Estos testimonios dramáticos en primera persona de personas conocidas por aparecer en televisión pueden llamar en mayor medida la atención de los lectores que cuando se trata de personas corrientes desconocidas por ellos

Por otra, algunas de estas noticias pueden contribuir a desterrar mitos entre la población — como el origen psicológico de la enfermedad—, como por ejemplo cuando se explica que María José Campanario ingresó en una clínica psiquiátrica debido a un trastorno del estado de ánimo como consecuencia de sufrir los síntomas físicos (*El País*).

En los tres periódicos, la mayoría de los casos particulares noticiados corresponden a mujeres de mediana edad. El diario *El Mundo* también incluye entre sus contenidos una sección de consultas sobre salud. En estas consultas de comunicación médico-paciente las/os pacientes (en su mayoría mujeres) consultan dudas sobre la búsqueda de diagnóstico de una posible fibromialgia o sobre la conveniencia de determinados tratamientos a médicos (que en su mayoría son hombres). Las respuestas de los médicos suelen desembocar en aconsejarles la visita a un médico especialista en reumatología que pueda resolver sus dudas con mayor certeza, así como la visita a Unidades de Dolor.

Las noticias sobre casos particulares, especialmente de personajes conocidos, también pueden presentarse en el formato de entrevista. A partir de la explicación de casos individuales, estas noticias también dedican espacio a informar sobre las características y la magnitud del problema,

como por ejemplo la comorbilidad con otras enfermedades (la fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple, la hipersensibilidad electromagnética principalmente). Asimismo, estos casos sirven de punto y partida para denunciar la falta de sensibilización sobre la gravedad de la fibromialgia que afecta a la incomprensión sentida por las personas afectadas, la falta de reconocimiento como enfermedad incapacitante —desde el punto de vista laboral—: *“Lo peor no es el dolor físico, sino la incomprensión de la gente, incluso de muchos médicos que aún no creen que la fibromialgia sea una enfermedad real /.../ atestigua María Teresa, una mujer de 60 años afectada por fibromialgia y fatiga crónica”* (*“Luces y sombras de la fibromialgia”*, *El Mundo*, 2013) y otros asuntos como: la peregrinación por las especialidades a la que tienen que someterse las/os pacientes; que no existen unidades especializadas de fibromialgia de forma extendida; los retrasos en las listas de espera para intervenciones quirúrgicas de otras enfermedades que pueden coexistir con la fibromialgia en algunas/os pacientes; la precariedad económica de las personas afectadas por las dificultades económicas que atraviesan, o las consecuencias laborales de la fibromialgia, que obliga a dejar el trabajo a muchas personas afectadas, y que no se otorgan ayudas económicas a estas/os pacientes, el no ser considerado como persona discapacitada para optar a algunos beneficios sociales, la falta de reconocimiento de las incapacidades laborales.

Noticias sobre la magnitud de la fibromialgia

Muchas de las noticias centradas exclusivamente en la explicación y descripción de la fibromialgia se enmarcan en la celebración del día mundial de la fibromialgia y la fatiga crónica, el 12 de noviembre: *“Fibromialgia: dolor sin causa ni cura”* (ABC, 2017). Las comorbilidades que se relacionan con la fibromialgia son el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple, y otras como la endometriosis o la violencia de género; estos temas pueden protagonizar el tema de aquellas noticias en las que la fibromialgia aparece como tema secundario.

Entre las características de la fibromialgia se resalta su infradiagnóstico *“El 90% de los pacientes de fibromialgia están sin diagnosticar”* (ABC, 2012) debido a la falta de sensibilización social y sanitaria. Se presenta la fibromialgia como una enfermedad principalmente femenina, aportando datos sobre la mayor prevalencia entre las mujeres e incluso utilizando el género gramatical femenino para referirse al colectivo de pacientes: *“Pasas de ser una mujer intrépida a no poder hacer nada: La fibromialgia es un conjunto de síntomas que afecta generalmente a mujeres de entre 40 y 60 años. De hecho por cada 6 mujeres que la sufren, hay un varón”* (ABC, 2017). Incluso se sitúa la fibromialgia como una de las *“10 peculiaridades femeninas”* (El Mundo, 2011) o las *“13 enfermedades con rostro de mujer”* (El Mundo, 2017).

Los artículos que versan sobre la magnitud del problema pueden hacerlo bajo el formato de reportajes o entrevistas con personas especialistas. Por ejemplo, en *El Mundo* se incluye una entrevista a Víctor Claudin, periodista y escritor autor de un libro sobre el caso de su mujer *Me llamo Marta y soy fibromiálgica* (2007). La periodista Rosa Montero ha escrito varios artículos de opinión sobre esta enfermedad, en los que también comenta algunos los casos populares, como el de María José Campanario, y se posiciona a favor de la legitimación de la gravedad de los síntomas y el deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas: *“¡Y luego los acusan de estar deprimidos e inventarse los síntomas! Yo diría que, si padeces un dolor o un cansancio crónicos e inhabilitantes y nadie te cree, lo más natural es que te agarres una depresión de caballo”* (*“Fibromialgia. Añadir dolor al dolor”*, *El País*, 2017).

Aun así, también se encuentran testimonios de expertos como psiquiatras quienes transmiten en entrevistas su opinión profesional *“La fibromialgia es un cuadro depresivo atípico centrado sobre todo en molestias dolorosas en el organismo”* (ABC, 2017). Por tanto, se puede encontrar información contradictoria en la prensa. Mientras que el tipo de información trasladada por la primera contribuiría a legitimar la enfermedad y sus pacientes, la segunda estaría contribuyendo a la transmisión y pervivencia de estereotipos sobre la enfermedad que precisamente están en la base de su tradicional descrédito social.

Resulta significativo que, desde el inicio del período estudiado al final del mismo, se ha producido un cierto avance en cuanto a la asunción del desconocimiento *“Fibromialgia, esa gran desconocida /.../ ahora empieza a ser admitida como un proceso con identidad propia”* (ABC, 2002) a la consolidación como problema de salud con graves consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas.

Noticias que trasladan una denuncia o demanda

Asociaciones de pacientes de fibromialgia

Aunque las noticias de casos particulares se centran principalmente en la descripción de los síntomas, cuando varias pacientes individuales se unen en Asociaciones de Pacientes, la descripción se centra en mayor medida en su papel de reivindicación de reconocimiento médico, legal y social del problema. Estas asociaciones exigen de forma activa la implementación de una serie de medidas (protocolos y planes específicos, mejora en las medidas diagnósticas y terapéuticas, avance de la investigación, prestaciones sociales de discapacidad, entre otros). Por tanto, la pasividad de la paciente de forma individual, a la que describen en su rol de enferma, se contrapone a la actividad del colectivo asociado. La redacción de estas noticias contrapone la vulnerabilidad, debilidad y resignación del primer perfil al esfuerzo y lucha contra el estigma del segundo: *“Los afectados por fibromialgia quieren pensiones de invalidez”* (ABC, 2002); *“Los enfermos de fibromialgia reclaman una unidad especializada en enfermedades de sensibilización central”* (El Mundo, 2018).

Las asociaciones denuncian también la falta de preparación de los médicos para diagnosticar (*“Los estudiantes de Medicina solo reciben 12 horas de clase específica sobre el dolor”*, El País, 2014), la falta de credibilidad sobre la existencia de la enfermedad de algunos médicos, y la peregrinación entre especialidades de los/as pacientes (El País). Asociaciones reclaman unidades específicas de atención a la fibromialgia, se quejan sobre los numerosos despidos que provoca la enfermedad, demandan pensiones de invalidez, se quejan de que las ayudas del Gobierno para las personas dependientes no incluyan a las personas con fibromialgia y sobre el retraso en los diagnósticos (ABC). Son habituales las noticias con motivo del Día Mundial de la Fibromialgia y la Fatiga Crónica, en el que se suelen celebrar actos públicos como jornadas para sensibilizar a la población de mano de Asociaciones, que tratan de visibilizar la magnitud de la enfermedad y a la vez denunciar aspectos como la falta de reconocimiento o de un tratamiento efectivo (*El País*).

Las demandas de las asociaciones de pacientes consiguen llegar a los Grupos Parlamentarios (*“El Procurador evidencia la necesidad de una Unidad de Fibromialgia”*, El Mundo, 2009) y las noticias también se hacen eco de iniciativas parlamentarias en este sentido

Ámbito científico, sanitario y farmacéutico

Desde el ámbito científico se denuncia la falta de destinación de fondos para llevar a cabo investigaciones sobre etiología y tratamientos para la fibromialgia: *“Un 'cerebro' anti-fibromialgia depende de la tómbola a falta de fondos públicos. Investigando gracias a la caridad”* (El Mundo, 2015).

Desde el ámbito médico-sanitario se denuncia la necesidad de más unidades de fibromialgia, aunque se hayan tomado decisiones parlamentarias al respecto –que parecen no haberse traducido en la práctica, según reflejan las noticias–; el retraso en la activación de los protocolos de atención y el retraso en las listas de espera en salud mental, y la eficacia no probada de algunos remedios naturales (como un compuesto a base de sales minerales que se comercializa en farmacias, *Recuperation*). Algunas denuncias suelen aparecer en las noticias a raíz de preguntas parlamentarias.

Desde el ámbito político también se denuncia la "arbitrariedad" en el tratamiento médico, debida a la carencia de protocolos unificados en toda España para atenderlos. Partidos políticos piden que se cumpla el pacto sobre la fibromialgia y denuncian la falta de recursos para estas dolencias.

Desde el ámbito jurídico se emiten denuncias sobre la falta de reconocimiento de la incapacidad laboral para el caso de la fibromialgia: *“El TSJA [Tribunal superior de justicia de Andalucía] reitera que el trabajo del hogar no requiere gran esfuerzo físico y es simplificado por electrodomésticos”* (ABC, 2002).

Noticias sobre iniciativas o medidas en torno a la fibromialgia

Las iniciativas políticas sobre fibromialgia pueden ser nacionales o autonómicas, por ejemplo, por parte de Consejerías de Sanidad autonómicas. Entre las primeras, desde programas electorales que dedican un capítulo especial a las nuevas enfermedades, con intención de impulsar mejoras a la atención y mejora de la calidad de vida de las personas con fibromialgia, entre otras enfermedades, Proposiciones No de Ley de partidos políticos que solicitan presupuestos para investigar enfermedades como la fibromialgia, subvenciones estatales a las asociaciones de pacientes, hasta decisiones políticas sobre terapias alternativas (consumo terapéutico de marihuana). Entre las segundas, iniciativas o acuerdos en los parlamentos autonómicos sobre la atención a la fibromialgia y la Fatiga Crónica, decisiones de juntas autonómicas que garantizan una atención integral a las/os pacientes de fibromialgia; la puesta en marcha del Plan de Atención a la fibromialgia y síndrome de fatiga crónica en Cataluña; planes municipales de servicios sociales que tienen en cuenta a pacientes de fibromialgia; inversiones de ayuntamientos locales en proyectos de promoción de la salud, atención y sensibilización.

Las iniciativas políticas tienen repercusión en el ámbito sanitario, como la creación de Unidades del dolor o Unidades de fibromialgia en algunas Comunidades Autónomas (La consulta específica de fibromialgia de *“El Hospital realiza más de 600 consultas de pacientes con fibromialgia”*; ABC, 2014); la formación de médicos; la dotación de profesionales especializados en los hospitales para gestionar casos de fibromialgia -por ejemplo, la presentación de un nuevo modelo de atención a la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica en Cataluña (en 2008) que implicaba la dotación de profesionales especializados, mayoritariamente de enfermería, para gestionar los casos de fibromialgia y fatiga crónica que no se puedan tratar en los ambulatorios debido a su complejidad y que requieran de atención de especialistas: *“Cataluña despliega equipos especializados para atender la fibromialgia”* (El País, 2017).

Otro ejemplo es la decisión del Conseller de Sanidad en Valencia del diseño de dietas especiales para las/os pacientes de fibromialgia en los hospitales para mejorar su calidad de vida y como medida preventiva.

Algunas de ellas son iniciativas pioneras como la de la Escuela de Pacientes de Andalucía —una iniciativa promovida por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública—, una iniciativa pionera en España que prevé cursos y talleres para pacientes de diversas enfermedades, entre ellas la fibromialgia, y mejorar el tratamiento dispensado a las/os pacientes teniendo en cuenta también la opinión de las personas afectadas.

Las asociaciones también protagonizan iniciativas como campañas de recogida de firmas para exigir mejor atención médica de la fibromialgia, celebración de mesas redondas y mesas informativa en hospitales con motivo del día mundial de la fibromialgia, promocionan terapias alternativas (como la musicoterapia) para mejorar el estado de las/os pacientes, y se les entregan premios por su solidaridad.

Las iniciativas pueden proveer también de otros actores, como entidades financieras que promueven unas ayudas económicas a la investigación para proyectos sobre fibromialgia y fatiga

crónica.

Las medidas que provienen del ámbito científico se centran en avances de estudios de investigación a nivel internacional sobre la etiología, por ejemplo genética (“*Investigadores españoles detectan un gen implicado en la fibromialgia*”; ABC, 2002; “*Una mutación mitocondrial puede ser la causa de la fibromialgia hereditaria*”; ABC, 2015), o hipótesis de expertos (“*La intolerancia a la lactosa y el mercurio, unas de las causas de la fibromialgia pruebas diagnósticas*”, ABC, 2014); tratamientos (“*La coenzima Q10 beneficia a las personas con fibromialgia*”, ABC, 2013; “*Los suplementos de vitamina D reducen el dolor en fibromialgia*”, ABC, 2014; “*Identifican una nueva diana para tratar la fibromialgia. La activación de esta enzima mediante metformina o restricción calórica podrían suponer un nuevo tratamiento para esta enfermedad*”; ABC, 2015) o terapias alternativas (“*Fibromialgia: Yoga para reducir el dolor*”, El Mundo 2010; “*El Tai Chi, mejor que el ejercicio para aliviar el dolor en la fibromialgia*”; ABC, 2018), junto a otros factores de riesgo como la falta de sueño o la influencia de la alimentación (“*Tener sobrepeso incrementa el riesgo de fibromialgia*”; El Mundo, 2010), comorbilidades que acompañan a la fibromialgia —como la cefalea—. Los hallazgos de las investigaciones suelen difundirse mediante la celebración de congresos y jornadas de investigación, de los que se hace eco la prensa.

En 2008, una noticia de *El País* se hacía eco de una reunión científica organizada por las sociedades españolas de Reumatología y de Radiología Músculo-Esquelética que la resonancia magnética funcional permitiría ver la anormal respuesta del cerebro al dolor, lo que puede suponer un importante avance en el diagnóstico de procesos como la fibromialgia.

Además del ámbito científico, el farmacéutico también está implicado en sucesos como el de la aprobación en 2007 por la FDA, la agencia estadounidense de la alimentación y el medicamento, aprobó el primer fármaco que podría servir para tratar la *fibromialgia*: la pregabalina, para reducir el dolor y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Aunque este fármaco fue aprobado tras superar pruebas con 1.800 enfermos, en la noticia también se ponen de relieve sus efectos secundarios de sueño, aumento de peso y sequedad bucal. En 2008, se aprobaba el fármaco especialmente desarrollado para la *fibromialgia*, Lyrica (Pfizer).

Además de fármacos, también se identifican en las noticias remedios naturales comercializados en farmacia como las sales minerales.

Las terapias alternativas o complementarias generan producción de noticias al comercializar recursos con potenciales beneficios para las personas afectadas: “*Reducir el dolor corporal con partículas de biocerámica en la ropa*” (*El Mundo*, 2015)

Desde el ámbito médico se noticia la elaboración de documentos de consenso sobre la fibromialgia, instrumentos de valoración como encuestas sobre el dolor crónico, el desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas y celebración de jornadas informativas dirigidas a pacientes, con charlas y coloquios impartidos por especialistas.

Desde el ámbito laboral-judicial se centran en el reconocimiento de la incapacidad laboral. Por ejemplo, sentencias que reconocen la incapacidad permanente absoluta a personas afectadas de fibromialgia: “*El TJSC reconoce la incapacidad absoluta de una mujer con fibromialgia*” (*El Mundo*, 2012). Las noticias sobre la incapacidad laboral pueden ser positivas, si se hacen eco de casos de personas con fibromialgia a los que se les reconoce la incapacidad, o negativas, ya que no siempre constituyen avances en cuanto al reconocimiento de la fibromialgia como enfermedad incapacitante, sino que reflejan que la fibromialgia no siempre es motivo de incapacidad de los/as trabajadores/as afectados/as; por ejemplo, el caso del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) que retiró la pensión reconocida a una trabajadora con fibromialgia al considerar que esta dolencia no siempre supone la invalidez permanente total del trabajador (*El Mundo*, 2003).

Desde el político, además de la actividad parlamentaria, sobre la celebración de eventos solidarios en algunos municipios para recaudar fondos para ayudar a combatir la fibromialgia, o la asistencia de personalidades políticas a actos con motivo de la celebración del día mundial de la fibromialgia.

Como tema secundario, la fibromialgia aparece mayoritariamente enmarcada en noticias sobre medidas. Entre ellas, cobran protagonismo las terapias alternativas para paliar los dolores de las/os pacientes de fibromialgia y otras enfermedades (principalmente, la asociada fatiga crónica y también, aunque con menor frecuencia, la sensibilidad química múltiple), como el consumo terapéutico de marihuana o terapias para el dolor crónico.

Conclusiones

En un contexto en el que la prevalencia de fibromialgia es un problema de Salud Pública, su cobertura periodística aún es incipiente en España. Aun así, su aparición ha ido en auge en el período de 18 años estudiado, sobre todo a raíz del eco de casos particulares de personajes conocidos nacional e internacionalmente, el tratamiento político del problema y la investigación científica —al no haber un fármaco efectivo, cobran protagonismo alternativas terapéuticas como las terapias alternativas.

Se suele decir que la fibromialgia es una enfermedad que “goza de muy mala prensa”, expresión que se refiere a la falta de reconocimiento social, así como médico y legal. En el imaginario colectivo existen una serie de estereotipos negativos en torno a la enfermedad y sus pacientes, en su mayoría mujeres, como que no se trata de una enfermedad “real” sino que las pacientes sufren de problemas psicológicos que originan sus síntomas, que son unas exageradas o buscan llamar la atención. Las noticias de prensa analizadas reflejan la falta de reconocimiento que sufren sus pacientes en forma de denuncias individuales —cuando explican un caso— o colectivas —a través de las Asociaciones de Pacientes o de Iniciativas Parlamentarias de grupos políticos en el Congreso, demandando medidas—, o de mano de algún reportaje específico.

Al principio del período estudiado, las noticias reflejaban en mayor medida el desconocimiento existente en torno a la enfermedad, en cuanto a la falta de conocimiento sobre su etiología y la falta de pruebas diagnósticas objetivas. El periodo comienza tan solo 8 años después de que la enfermedad fuera reconocida por la OMS y 10 de que sus criterios diagnósticos fueran establecidos por primera vez. Siguiendo a Ruiz-Cantero y colaboradores (Ruiz-Cantero, 2004), quienes describen las fases de la construcción social de un problema de salud de las mujeres en los medios de comunicación, antes de determinada fecha (que en este caso sería el 2002 con el primer caso noticiado del caso particular de la diputada socialista Manuela de Madre, que contribuye a la difusión nacional de información sobre este problema de salud todavía desconocido e incomprensible y, con ello, a la sensibilización hacia las personas que lo sufren) las noticias sobre el tema son ocasionales y éste sólo es conocido por sectores concretos de población, como las personas afectadas y expertas; van aumentando las noticias progresivamente, enfocándolas como sucesos anecdóticos o lejano o como problema médico en las secciones de ciencia y salud). Esto corresponde a la fase pre-problema. A partir de 2002, el tema traspasa la intimidad de las afectadas a la arena pública y se pasa a la fase de descubrimiento del problema, con un mayor número de noticias que empiezan a presentar la fibromialgia como un problema social con dimensiones políticas: es cuando las noticias se hicieron eco en mayor medida de la aparición del problema en las iniciativas parlamentarias, que llevaron al desarrollo de políticas sanitarias (los planes de salud y los protocolos). La comunidad —poder político incluido— hace el descubrimiento del problema y los medios de comunicación ponen en marcha el ciclo de interés público, a través de casos de impacto entre otros contenidos.

Si bien estas fases no se pueden delimitar en el tiempo de forma objetiva, a continuación, se asiste a la fase de toma de conciencia. Al final del periodo se puede apreciar una tímida evolución en cuanto al tratamiento de la fibromialgia, ya que se establece en los medios como un tema que no ha desaparecido, del que como mínimo una vez al año, el día mundial de la fibromialgia, la fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple —efeméride establecida desde 1993— se describe su magnitud y demandas del colectivo de pacientes, se van noticiando periódicamente ciertos avances en la investigación y reconocimiento de incapacidades —si bien, son noticia por ser aislados—, y, sobre todo, se asienta como una enfermedad que también sufren personas conocidas por todos —lo que puede facilitar a los lectores empatizar—. Aun así, se echan en falta algunos contenidos relevantes en el manejo de la fibromialgia como el que no fuera noticia que sus criterios diagnósticos fueron actualizados en 2010 —lo que ha ayudado a un mejor diagnóstico y valoración del resto de síntomas además del dolor— o que no se sigan noticiando las iniciativas parlamentarias, lo que en este sentido puede corresponder a una fase de decrecimiento gradual del interés político. La escasa información en los medios de comunicación de las intervenciones y estrategias gubernamentales sobre la fibromialgia puede influir en la opinión y actitudes de la población hacia este problema de salud. La cobertura periodística de problemas de salud es reconocida en la bibliografía científica como un elemento que precipita el establecimiento del problema en la agenda política (Vives Cases, 2002). Los grupos de poder tienen influencia en los discursos de los medios sobre temas de salud de las mujeres (por ejemplo, el aborto, la anorexia, la violencia de género), por su cobertura y los ámbitos de influencia reflejados en las noticias (Ruiz-Cantero, 2004). Un tema aparece y desaparece de los medios porque éstos reflejan el debate político, como foro de discusión que son y desde sus diferentes ideologías (Ruiz-Cantero, *et. al.*, 2004). Por ello, la disminución del debate público conlleva la menor visibilización del problema en la prensa.

Este capítulo muestra que la aparición de la fibromialgia en la prensa española depende en mayor medida del protagonismo en estas noticias de personajes conocidos (ya sea del ámbito político o artístico), que de iniciativas políticas o sanitarias. La prensa construye un prototipo de paciente que refuerza el estereotipo de enferma en las mujeres, como mujeres ancladas en el rol de enferma, pasivas y resignadas, aunque a la vez sea útil para dar a conocer la magnitud de la enfermedad debido a la descripción de los síntomas y limitaciones experimentados, junto a las dificultades sociales a las que se enfrentan. Por el contrario, las personas afectadas cobran fuerza en grupo, mediante las asociaciones de pacientes, que se representan en este medio como activas, reivindicativas y luchadoras. Se notician sus actividades demandando reconocimiento médico y social del problema, implementación de medidas como protocolos y planes específicos, mejora en las medidas diagnósticas y terapéuticas, avance de la investigación, prestaciones sociales de discapacidad, entre otros. Se cumple el dicho de “la unión hace la fuerza”, ya que muchas vulnerabilidades individuales suman una fortaleza conjunta. Ejemplificando la interinfluencia de los ámbitos de visibilización de la fibromialgia, los/pacientes organizados en colectivos tienen mayor posibilidad de que sus reivindicaciones tengan impacto social, por ejemplo, llegando al parlamento y teniendo impacto en las políticas.

Sin lugar a dudas, la creciente actividad mediática y parlamentaria tiene un impacto positivo puesto que promueve la difusión de información sobre esta enfermedad. La cobertura informativa sobre la fibromialgia puede ser una de las principales fuentes de información de la población sobre este problema de salud, por lo que influirá en la percepción de gran parte de esta sobre la fibromialgia como problema de salud.

En conclusión, las noticias sobre fibromialgia —especialmente aquellas que incluyen información sobre la magnitud del problema—, forman parte del proceso de sensibilización de la sociedad ante este problema de salud. Así lo indica que la mayoría de las noticias se hagan eco de la falta de reconocimiento de la enfermedad por la sociedad en general y los médicos en particular, a partir del conocido descrédito sentido por las/os pacientes y de la necesidad de más investigación sobre el problema.

Bibliografía

- Anon (1998). Fibromyalgia. The Copenhagen Declaration. *Lancet*, 340: 663-4
- Carbonell Abelló, J. (2005). Fibromialgia. *Medicina Clínica*, 125(20):778-9
- Calvo Penedés, I. (2000). Fibromialgia y otras formas de dolor musculoesquelético. *Reumatología*: 37-47. Disponible en: <https://blogs.sld.cu/reumatologia/files/2017/05/Fibromialgia-y-otras-formas-de-dolor.pdf>
- Carmona, L., Ballina, F.J., Gabriel, R., Laffon, A., EPISER Study Group (2001). The Burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain. Results for a nation-Wide study. *Ann Rheum Dis*, 60:1040-1045
- Collado, A., Alijotas, J., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I., et al (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118:745-9.
- Haworth Editorial Submission (1993). Consensus Document on Fibromyalgia. The Copenhagen Declaration. *Journal of Muskuloskeletal Pain*. 1:3-4, 295-312.
- Martínez, J.E., Ferraz, M.B., Inoe Sato, E., Atra, E. (1995). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis. A longitudinal comparison of the quality of life. *Journal of Rheumatology*, 22: 270-4
- Moyano, S., Kilsteina, J.G., Alegre de Miguel, C. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?. *Reumatología Clínica*, 11(4): 193-266
- O'Malley, P.G., Balden, E., Tomkins, G. et al (2000). *J Gen Intern Med*, 15(9):659-66.
- Ruiz Cantero, M.T., Martín Llaguno, M., La Parra, D., Vives-Cases, C., Albaladejo, N. (2004). El enfoque de género en las noticias de salud. *Gaceta sanitaria*, 18(Supl.2).
- Russell, I.J., Sheon, R.P., The American College of Rheumatology (1990). Criteria for the classification of Fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33:160-172
- Sociedad Española de Reumatología (2001). Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología;
- Tovar Sánchez, M.A. (2005). Fibromialgia. *Colombia Médica*, 36 (4): 6. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/390/1149>
- Ubago, M., Pérez, I., Bermejo, M., Labra, A., Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con FM. Repercusiones del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79:683- 695
- Vidal Neira, L., Cabello León, E. (1999). Fibromialgia. *Rev. Perú Reum*, 5 (1):32-40
- Villanueva, V.L., Valía, J.C., Cerda, C., Monsalve, V., Bayona, M.J. (2004), De Andrés, J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor*, 2004; 11: 430-443.
- Vives-Cases, C., Martín Laguno, M., Ruiz-Cantero, M.T. (2002). La violencia familiar y contra las mujeres en los medios de comunicación escritos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 10: 387-393
- Wolfe, F., Hawley, D.J., Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*, 23:1407-17.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harknes, D., et al (1997). A prospective longitudinal multicenter study of service utilization and costs in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 40:1560-70
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennet, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., et al (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33: 160-72
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Kazt, R.S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*, 62:600-610
-

1. El País (www.elpais.com), El Mundo (www.elmundo.es) y ABC (www.abc.es). 

Capítulo 3

El uso de las TICs como parte del proceso de relaciones públicas en el sector salud gubernamental

Janet García González¹,
Norma Leticia Serna Saucedo¹

(1) Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

Las nuevas tecnologías de la comunicación e información son herramientas que permiten al usuario acceder al conocimiento que éste requiera para su beneficio, así como la interacción entre personas a distancia. En los últimos años, se han estado implementando en el área de la salud, donde han logrado mejorar el servicio que los profesionales ofrecen a los pacientes. Mediante entrevistas, se buscó conocer las opiniones de aquellos que pertenecen al campo médico, así como su postura ante la utilización de las nuevas tecnologías. Se entrevistaron cuatro médicos de una institución médica de gobierno, de entre 35 a 55 años de edad, los cuales representan a la generación de médicos que utilizaron los métodos tradicionales para la información durante su preparación académica. Los cuatro participantes afirmaron estar de acuerdo con el uso de las herramientas tecnológicas en su trabajo. También mencionaron que las capacitaciones que les ofrece la institución son importantes para poder desarrollar las habilidades necesarias para la utilización de las nuevas tecnologías. El impacto que han tenido las tecnologías de la comunicación e información en la salud ha sido significativo, aunque aún no se ha logrado sacar partido de éstas en su totalidad. En países de Latinoamérica y Europa, las nuevas tecnologías en la salud han logrado que el servicio de salud sea más eficiente en la actualidad a diferencia de años anteriores.

Palabras clave: *Nuevas tecnologías, relaciones públicas, servicios de salud.*

Introducción

En la actualidad se cuenta con una enorme cantidad de innovaciones tecnológicas, siendo el área de la comunicación y la información el objeto de estudio de esta investigación. Con el paso del tiempo el ser humano ha buscado simplificar todo procedimiento existente mediante la tecnología. Desde las artes, las ciencias exactas y las ciencias sociales. Siempre creando maneras de hacer más sencillo y rápido el trabajo.

Una de las áreas más importantes para el ser humano ha sido la medicina, implementando todo tipo de soluciones para cada situación que le represente un problema. En el campo de la medicina, las nuevas tecnologías de la información han permitido desarrollar sistemas de interacción inmediata entre los practicantes de la salud. Ya sea para contactar al paciente, como para recurrir a información en línea que le proporcione conocimiento de utilidad en su trabajo.

Recientemente, las tecnologías de información y comunicación (TICs) han evolucionado y se han constituido como uno de los recursos más importantes en nuestra época actual, trayendo como consecuencia un sin fin de beneficios y contradicciones para algunos aspectos.

En el sector salud se han ido incursionando las nuevas tecnologías a lo largo de los años, dándole herramientas de innovación a los médicos para una mayor eficacia laboral, y una calidad de servicio mejor.

Educación médica y TICs

Graneros-Gallegos (2013) afirma que los estudiantes que aprovechan las nuevas tecnologías, pueden llegar a desarrollar mayor conocimiento, siempre y cuando éstos se sientan atraídos por los datos que se les ofrecen. La aplicación de éstas al campo de educación médica permite ampliar el panorama de investigación y conocimiento sobre la informática biomédica mediante cursos impartidos por docentes de diferentes partes de Latinoamérica (García, 2015).

Dentro de las fuentes, según Barbosa (2015) hay que educar a la sociedad sobre la telesalud y telemedicina, para que puedan utilizar las TICs, con el fin de acceso a servicios de salud primaria, lo cual representa un enorme reto. La búsqueda automatizada, el acceso a literatura en formato electrónico, el intercambio de texto, imágenes y sonido, son algunas de las aplicaciones que han hecho de Internet un elemento imprescindible dentro de la práctica médica y de los estándares de educación médica. En la actualidad, los médicos hacen un uso correcto de las TICs, específicamente, las redes sociales para el intercambio de información de casos clínicos (Vázquez-Silva, 2015).

Sin embargo, pese a las bondades que plantea el uso de las TICs en las ciencias de la salud y las iniciativas en tecnología, aún existen varios aspectos que obligan a discutir si se está preparado para los retos del mundo digital (Mendoza, 2015).

Salud y TICs

En la última década, la búsqueda de ofrecer a la población un servicio de salud médica ha incursionado en el mundo cibernético, compaginando conocimientos de diversos participantes de las ciencias de la medicina quienes día a día actualizan la información que anteriormente se ha publicado. El correcto empleo de ellas favorece el alcance de una mejor información a los profesionales del sector, y sirve de medio para mejorar las condiciones del sistema de salud (García, 2014).

Ante esto, la medicina es una de las áreas que más beneficio obtiene entre más avance la tecnología. Pero, ¿están siendo preparados aquellos que sirven a la salud para manejar éstas herramientas? Actualmente, son las instituciones privadas las cuales ya poseen dichas ventajas sobre las instituciones públicas. Desde el uso de recetas electrónicas, hasta aplicaciones para detectar los síntomas del paciente e identificar los posibles padecimientos del sujeto en cuestión, descartando otros fuera de contexto.

La selección de éste tema fue derivada de observar como la sociedad consume en exceso la información que se le entrega por la web 2.0, visto que la relación salud-tecnología es más estrecha de lo que se logró percibir en el comienzo, se desconocen los límites de las innovaciones a futuro y su impacto en la salud y prevención.

Las TICs en la forma en que ha evolucionado en la percepción social sobre la salud ha permitido que el paciente pueda tener contacto directo con el médico vía directa por medio de correo electrónico, por el cual el paciente puede enviar información sanitaria mediante el uso de archivos comprimidos o, si el paciente tiene alguna duda en relación a alguna enfermedad, puede consultarla vía online en páginas donde se ofrece información, la cual es un gran beneficio, pero esto mismo puede presentar conflictos como el que la información pueda ser falsa, o el hecho de que no todas las personas tienen acceso a Internet (Cambra, 2012; Fernández, 2015).

Las TICs ayudan a los pacientes pero también a las organizaciones médicas, haciendo el trabajo más sencillo al brindar herramientas para pacientes y personal de salud. Esto ha tenido una mala estrategia, lo cual provoca el no tener un buen uso de estas tecnologías. Como corrección de estas estrategias se ha empleado “Benchmarking” con los hospitales de las Islas Baleares con el objetivo de evaluar el desempeño en materia de TICs , buscar los líderes en cada indicador, el estándar de los mismos, así como posibles mejoras a implantar dentro de cada servicio (Fernández, 2015)

Internet —en el sentido de un contacto más directo con médicos, información, así como el intercambio de información— ha tenido una evolución a un gran ritmo, pero esto nunca suplirá a las consultas de forma directa; solamente servirá como herramienta, pero nunca suplirá a una persona especializada en salud.

Las relaciones públicas y las TICs en el sector salud

Edward Bernays (1923) acuñó el término de relaciones públicas y lo definió como una función administrativa que evaluaba las actitudes del público, identificaba las políticas y procedimientos de un individuo u organización con respecto al interés del público.

Por su parte, Arias *et. al.* (2018) señalan que las Relaciones Públicas constituyen una disciplina profesional que, a partir de un análisis multidisciplinario e integrador de la comunicación en las organizaciones, está dirigida a crear y desarrollar relaciones de comprensión y confianza entre estas últimas y sus públicos, teniendo en cuenta el tratamiento de las características y objetivos de ambos.

Por tanto, las relaciones públicas son un área de comunicación estratégica que le dan soporte a la administración general de una organización en diversas temáticas tales como: marketing, comunicación interna, comunicación institucional o corporativa, comunicación interinstitucional, patrocinios y mecenazgo, atención a medios, protocolo, coordinación de eventos y marketing digital.

Dentro de cualquier organización se desarrollan procesos de comunicación ascendente, descendente y transversal, en las cuales el uso de las TICs es fundamental para lograr sus objetivos.

El sector salud no es la excepción y las relaciones públicas desempeñan un papel crucial a la par de las TICs, lo que ha permitido un gran avance para la optimización de recursos y mejora de procesos de la atención médico-paciente.

En ese sentido, es oportuno mencionar que la Organización Panamericana para la salud ha diseñado la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud (2012-2017) cuyo propósito es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud, a través de los cuales se busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, gracias a las TICs, la formación en alfabetización digital y TICs, el acceso a información basada en pruebas científicas y formación continua y la implementación de diversos métodos, lo que permite avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas.

Las nuevas competencias TICs en el personal de los servicios de salud

En el área de salud han incursionado cada vez más las nuevas tecnologías para hacer llegar la información a más personas; dentro de las nuevas prácticas del personal médico están, por ejemplo, el envío de partes médicos, seguimiento de consultas por vía electrónica, envío de SMS para recordar que el paciente debe tomar sus medicinas, pruebas médicas, visitas al centro de salud u hospital, consulta de la historia clínica, resultados de pruebas, etc. Se busca una mayor interacción en la relación Médico-Paciente, a través de las diferentes TICs, para una mayor comunicación y acceso a la información, para ello se requiere que las personas tengan acceso a Internet y a las redes sociales por las cuales se busca enviar y/o distribuir la información.

Se busca la mayor implementación de las TICs en el área de salud, y una mayor inclusión de las personas en la información. Como consecuencia, se busca que las personas obtengan un mayor acceso en áreas administrativas tales como: resultado de estudios, información preventiva y lista de medicaciones, entre otras.

Problemáticas:

- Los médicos poseen pocas habilidades de las TICs en el sector salud.
- Las innovaciones avanzan en manera impresionante, y se ven implicadas en todas las áreas profesionales, permitiendo un desarrollo basado en el uso de las TICs. Si bien, en el sector de la salud han llegado a tener un impacto positivo, existe un factor que obstaculiza el paso del mejoramiento a través de las TICs.
- La poca o casi nula habilidad de los médicos para manipular las tecnologías de la comunicación. Según Tarango (2012), se precisa que como parte de la preparación técnica y de conocimientos en el área de salud, deben dominarse los contenidos específicos la profesión en que se desempeñan además de conocimientos relacionados con las TICs, la utilización de centros de información y bibliotecas especializadas en el área, las cuales requieren una revaloración de su importancia para contribuir a procesos diversos como la alfabetización informacional y la identificación de información valiosa para la toma de decisiones (Homan, 2010; Moore, 2011).

Queda establecido que, para la utilización y valoración de los beneficios que estas herramientas pueden ofrecer, es necesario poder utilizar las nuevas tecnologías de manera que, el usuario, en dado caso, el médico, pueda aprovechar al máximo las TICs. Desde luego, la poca experiencia en el manejo de las innovaciones tecnológicas repercutirá notablemente en el desempeño laboral del profesional de la salud.

Para la rama de la salud ¿EL QUÉ? muestra un carácter multifacético, interdisciplinario y completo, tomando en cuenta que en el mundo contemporáneo la mayoría de las habilidades de estos profesionales se consolidan en la actividad laboral y que su actuación se realiza sobre la base de cuatro funciones fundamentales: asistencial, docente, administrativa e investigativa, las cuales

pueden ser consideradas como las competencias en información propias del área de salud (Tarango, 2012).

La creciente demanda de la utilización de las nuevas tecnologías por parte de los médicos ha cambiado los requerimientos que deben tener los aspirantes al campo de la medicina. Como se mencionó al principio, el practicante debe tener la habilidad de usar las nuevas tecnologías de la comunicación. Particularmente en el sector salud, el constante avance de medicamentos e instrumental médico demanda de sus especialistas una actualización dinámica que implica el desarrollo de procesos de aprendizaje y recreación del conocimiento en múltiples niveles (Sampedro, 2013)

Se puede entender que, aquellos que no comprenden el uso de las herramientas tecnológicas se ven en la necesidad de actualizarse en tal ámbito por sí mismos —siendo este proceso lento y muchas veces no muy eficiente en cuanto a manejo de dispositivos refiere—. En cualquier rama del saber, si no se adquieren constantemente conocimientos actualizados, se corre el riesgo de tomar decisiones erróneas o aplicar técnicas arcaicas (Valdespino *et. al.*, 2013).

Por otra parte, aquellos que poseen cierta habilidad para utilizar las TICs, desconocen el potencial que tales herramientas pueden ofrecer. La relación habilidad-edad repercute en el uso que los médicos pueden otorgarle a las nuevas tecnologías. Por lo cual, otra problemática se presenta cuando aquellos que usan las TICs ignoran el beneficio que pueden obtener e incluso se oponen a manipular las nuevas tecnologías de la comunicación.

El uso de las TICs por los médicos

En el área de la salud, el crecimiento de Internet como medio de comunicación masivo ha revolucionado el manejo e intercambio de información en medicina. La búsqueda automatizada, el acceso a literatura en formato electrónico y el intercambio de texto, imágenes y sonido son algunas de las características que hacen de Internet un elemento imprescindible, dentro de la práctica médica y de los actuales estándares de educación médica, pero muchas de las veces estos beneficios no son aprovechados correctamente porque no se tiene el conocimiento o la capacitación adecuada debido a que las instituciones de salud no las proporcionan con frecuencia.

Resulta indiscutible que internet y las TICs se han convertido en una parte importante de la vida diaria de las personas. En cuanto a las aplicaciones educativas, destacan dos ventajas: la posibilidad de comunicación y el acceso a la información de forma casi instantánea a un costo bajo, lo cual hay que saber cómo buscar la información porque en ocasiones se puede prestar a que la información publicada en internet no sea de una fuente confiable; en la salud debe de ser muy importante revisar las fuentes en donde se consulta la información, ya que en ocasiones la sociedad aprovecha toda esta información brindada en internet y cuando llega a consulta ya tiene una idea de lo que puede ser su problema médico.

Los médicos, en ocasiones, pueden tener una gran limitante en la búsqueda de información en la comprensión del idioma inglés, por ser esta la lengua en la que se encuentran las principales publicaciones médicas con mayores niveles de evidencia, especialmente en doctores de edad avanzada que en su tiempo de estudio no era una exigencia aprender un segundo idioma como lo es hoy en día. Esto puede estar causando cierto grado de exclusión para un porcentaje considerable de médicos.

La problemática nacional en el dominio del idioma inglés ya ha sido abordada: de acuerdo a la Encuesta CIDAC sobre Capital Humano en México, apenas una tercera parte de la población urbana entre los 14 y 55 años de edad sabe algo de inglés, y sólo la mitad ha utilizado alguna vez en su vida una computadora. De quienes declaran saber inglés, solamente cuatro de cada 100 consideran que pueden leerlo y entenderlo muy bien, y dos de cada 100 que pueden hablarlo y escribirlo muy bien. Como resultado del progreso de las TICs, continuará el desarrollo de nuevos

productos, específicamente inalámbricos, ubicuos e interconectados, que llevarán a una vasta integración del mundo real y el virtual y se desarrollarán numerosos servicios que extenderán el acceso y la utilidad de los sistemas de información, particularmente en el campo de la salud y la educación.

El monitoreo y análisis de la situación de salud es otra función donde las TICs pueden aportar en favor de su cumplimiento. La evaluación de la situación y de las tendencias de salud a nivel de país o región puede contar con informes actualizados y pertinentes, elaborados con herramientas que incorporen los conceptos inherentes a la gestión de la información. Por esta vía, se facilita la toma de decisiones y la identificación de las necesidades de salud de la población, que incluyen la evaluación de riesgos y la demanda de servicios de salud. Las TICs propician la creación interactiva de métodos para el manejo, la interpretación y la comunicación de la información por los responsables de la salud pública y posibilitan la divulgación de experiencias y técnicas para ello.

Objetivo General

Determinar el uso de las TICs en las relaciones públicas en la salud con la finalidad de identificar las habilidades que poseen los médicos en el sector salud y la preparación de los médicos en el uso de las nuevas tecnologías.

Metodología

Investigación de tipo descriptivo cualitativo. La técnica es la entrevista dado que permite un acercamiento directo a los individuos en la realidad y se considera una técnica muy completa. Mientras el investigador pregunta, acumulando respuestas objetivas, es capaz de captar sus opiniones, sensaciones y estados de ánimo, enriqueciendo la información y facilitando la consecución de los objetivos propuestos. Ahora bien, sería recomendable complementarla con otras técnicas tales como la observación participante y los grupos de discusión para darle auténtica validez.

Los sujetos de estudio están conformados por cuatro trabajadores del ISSSTE, cuyo rango de edad es de entre 40 y 60 años y con experiencia laboral en promedio de más de 15 años.

Resultados

Los resultados presentados a continuación fueron obtenidos tras realizar una serie de entrevistas a aquellos quienes se desempeñan en el campo de la salud. Cabe mencionar que se comparan las respuestas de los entrevistados, con el fin de presentar los diferentes puntos de vista de aquellos que se dedican a prestar el servicio de salud. Con anterioridad, se presentan las posturas de los profesionales con respecto al uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.

Dentro de los discursos obtenidos en el proceso, en su mayoría manifestaron estar de acuerdo con el uso de éstas herramientas tecnológicas. Así como también, mencionaron las ventajas que podría alcanzar el servicio de salud ofrecido por los mismos y sus colegas al dominar en su totalidad, dichas innovaciones.

“Éstas tecnologías aún no han alcanzado su totalidad en nuestra área laboral, ya que según, para estas fechas, contaríamos con una base de datos en línea para enviar y recibir la información entre nosotros”. (Sujeto 1)

Si bien las nuevas tecnologías de la comunicación e información tendrían un efecto positivo el servicio de salud, la limitante sería la falta de plataformas específicas para aquellos que requieren de información por parte de otros practicantes de la salud, y reconocen que, al contar con los recursos tecnológicos adecuados, la rapidez de respuesta hacia el paciente, e incluso entre ellos mismos, sería una de las mejoras que esperan lleguen en un lapso de tiempo no muy distante.

“He podido aclarar, mediante las TICs , a los pacientes de violencia intrafamiliar y sus familiares, los distintos tipos de violencia que existen; y muchos se sorprenden al ver que no solo se puede violentar a un individuo de manera física” (Sujeto 2).

Ciertamente, no todos los individuos tienen la misma habilidad para el manejo de éstas herramientas tecnológicas, representa un reto que se vio en la obligación de aprender a manipular las nuevas tecnologías por un tiempo estimado a dos meses:

“Fue más obligatorio, por desarrollo personal y del trabajo, fue más como innovación, pero ya cuando lo aprendí a hacer se dio más fácil, el chiste es no quedarse estancado en el pasado” (Sujeto 2)

La gran parte de los prestadores de servicios de salud tienen arraigadas las ideas de acceder al conocimiento adquirido en los años de estudio, ya que consideran que los conocimientos no han cambiado a través del tiempo.

La información es un ente que cambia al mismo tiempo que lo hace el universo, por lo tanto, es necesario que los médicos estén actualizados en los conocimientos necesarios que van actualizándose día a día, están de acuerdo en que, la obtención inmediata de información, representa un gran avance en siglo XXI.

“En la búsqueda de información en cuanto a lo que se refiere a temas médicos hay que consultar la página y ver si es confiable o no confiable, porque muchas veces son temas que se publican sin ningún sustento científico, se tiene que buscar publicaciones o la información en trabajos realizados en forma científica, investigar el nombre de autor, páginas de libros donde investigó, o sea ver una serie de datos que sean verídicos” (sujeto 3).

Representa un arma de doble filo, ya que, efectivamente, no se puede dar por verídica toda publicación existente en la red, por lo cual, en el área médica, resulta de suma importancia dar por hecho que la información que se ha consultado está fundamentada de manera científica, con el fin de no utilizar datos apócrifos.

Para los entrevistados, la capacitación representa un factor de mucha importancia; ya que consideran que, sin la preparación adecuada, no se puede sacar el provecho total de las nuevas tecnologías:

“La capacitación es mucho muy importante, porque se debe tener bastante precisión y conocimiento de la tecnología que uno esté utilizando, debido a que se trata de vidas humanas, se debe tratar de tener un mínimo de error y para eso se tiene que estar bien preparado” (Sujeto 3).

“Las capacitaciones brindadas por la institución resultan ser aleatorias, y cuando se llevan a cabo, son en lugares de prestigio como lo son hoteles de cinco estrellas de la ciudad” (Sujeto 4).

En las últimas capacitaciones reconocen que los capacitadores extranjeros brindan mayor conocimiento de las herramientas tecnológicas, lo cual pone en un nivel bajo la calidad de la información que les hacen llegar los expositores nacionales.

“Las capacitaciones son personalizadas, viene un expositor a hablar sobre cómo manejarlas, pero sigue siendo muy poca preparación, más que nada uno la obtiene con la práctica” (sujeto 3.)

Como se mencionó, es notoria la inclinación de los trabajadores del campo médico hacia el uso de las nuevas tecnologías de la información. Todos afirmando que, siempre y cuando puedan dominar totalmente los beneficios que éstas brindan, podrán ofrecer un mejor servicio de salud y mejorar la calidad en el ámbito laboral. Sin embargo, la limitante se encuentra en la capacitación que se puede llegar a prestar a los médicos para que éstos puedan desarrollar la habilidad de utilizar de manera correcta, y ser guiados por un profesional al camino de las nuevas tecnologías.

Discusión

Para los practicantes de la salud, las nuevas tecnologías resultan herramientas que proveen un avance significativo en el área laboral. Todos los participantes acordaron que son muchos los beneficios, pero largo el recorrido para llegar a la tierra prometida de la información médica en la nube. No se niega la pronta implementación de dicho sistema, pero el tópico de mayor interés resulta ser la capacitación, de la cual, se hablará a continuación.

Si bien, la preparación de cada médico con respecto a las nuevas tecnologías de la comunicación es esencial, esta preparación debe ser la adecuada y de forma detallada con respecto a cada dispositivo en específico. Las capacitaciones que provienen del extranjero resultan eficientes, y a la vez demuestran que México está muy atrás en cuanto a TICs y salud se refiere.

Es necesario una plataforma específica para la difusión y la consulta de registros médicos, dentro de la institución. Podría representar una ayuda ecológica, pues tales procesos requieren de documentación impresa, que al final de cierto tiempo, resulta contaminante desechar grandes cantidades de papel a la basura.

Reconociendo que, los participantes se encuentran en una postura a favor de la utilización de las TICs en el sector de la salud, la limitante en el proceso para la mejora del servicio ofrecido por los médicos, es la capacitación adecuada que se les pueda brindar, ya que aquellos que son de generaciones que no contaban con tales innovaciones están prestos a someterse a la instrucción requerida para manipular las nuevas tecnologías.

Conclusión

Se detectan necesidades de capacitación en el uso de las TICs para personal médico. Se sugiere realizar un programa de evaluación de relaciones públicas que pueda detectar necesidades específicas de capacitación en los médicos y el resto de los sectores de empleados.

Así mismo, es necesario migrar al uso de software especializado, creado específicamente para cubrir las necesidades del historial clínico del paciente. Además de ser intraoperable con otros sistemas tales como: laboratorio, radiodiagnóstico, lo que permitirá proveer de mayor información de los pacientes a los médicos, y de esta forma realizar diagnósticos más certeros.

Referencias bibliográficas

- Arias, M., Castro, Y., Del Toro, M., (2018). Las Relaciones Públicas como disciplina profesional y comunicación estratégica en las organizaciones. *Global Conference on Business and Finance Proceedings*, 13(1), 393-398.
- García Garcés, H., Navarro Aguirre, L., López Pérez, M., & Rodríguez Orizondo, M. D. F. (2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica. *Edumecentro*, 6(1), 253-265.

- García, P. J., Egoavil, M. S., Blas, M. M., Alvarado-Vásquez, E., Curioso, W. H., Zimic, M., ... & Cárcamo, C. P. (2015). Primer Programa universitario de Diplomado virtual y Maestría en Informática Biomédica en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 356-360.
- Granero-Gallegos, A., & Baena-Extremera, A. (2015). Diseños de aprendizaje basados en las TIC (Moodle 2.0 y Mahara) para contenidos de Anatomía, Fisiología y Salud en las clases de Educación Física escolar. *International Journal of Morphology*, 33(1), 375-381.
- Homan, M. J. 2010. Eyes on the prize: reflections on the impact of the evolving digital ecology on the librarian as expert intermediary and knowledge. *J Med Libr Assoc*, 98 (1): 49-56, 2010.
- Mendoza, M. Á. (2015). Las TIC's y las Ciencias de la Salud, Un Paso al Mundo Digital y la Sociedad del Conocimiento.
- Moore, M. (2011). Teaching Physicians to Make Informed Decisions in the Face of Uncertainty: Librarians and Informaticians on the Health Care Tea. *Acad Med*, 86 (11): 1345, 2011.
- Organización Panamericana para la Salud (2011). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud (2012-2017), Disponible en: https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=54:estrategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&Itemid=146&lang=es
- Sampedro Hernández, J. L. (2013). Innovación y cambio microinstitucional en el sector salud: evidencia de la telemedicina en México. *Economía: teoría y práctica*, (39), 31-57.
- Tarango, J., Machado Rodríguez, Y.B. (2012). Diseño de acciones de alfabetización informacional en TIC para profesionales del Sector de la Salud en Cuba. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 35(2), 173-187.
- Valdespino Alberti, A. I., García Peralta, T., Levón Herrera, R., & Forrellat Barrios, M. (2013). Evaluación del uso y manejo de las bases de datos disponibles para el perfil de medicina transfusional. *Revista Cubana de Informática Médica*, 5(1), 91-102.
- Vásquez-Silva, L., Ticse, R., Alfaro-Carballido, L., & Guerra-Castañón, F. (2015). Acceso, uso y preferencias de las tecnologías de información y comunicación por médicos de un hospital general del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 289-293.

Capítulo 4

Lo mental de la salud. Salud de migrantes Centroamericanos en su tránsito por México

María Elena Ramos Tovar¹

(1) Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El propósito de este artículo es presentar la complejidad de abordar la salud mental de los migrantes en tránsito por México, tomando como elemento de discusión la propuesta de Enrique Saforcada y Martin de Lellis para quienes lo mental está en el terreno de la salud y no de la enfermedad. Con tal fin, se expone la importancia que ha cobrado la migración centroamericana por México y Nuevo León. Después se examina las condiciones de salud/enfermedad de los países del triángulo norte centroamericano y México. Posteriormente se plantea la necesidad de elaborar discusiones sobre la relevancia de la salud de los migrantes en condición de tránsito y particularmente de las afecciones a nivel de salud mental. Por último, llevamos a cabo una reflexión sobre la propuesta de lo mental como salud y la importancia de las relaciones públicas como enfoque para abordar la salud mental.

Palabras claves: *salud, salud mental, relaciones públicas, migrantes centroamericanos.*

Introducción

Generalmente, cuando se habla de salud física o mental hacia los migrantes siempre se toma como referencia al migrante establecido en un país destino, por ejemplo, los mexicanos en los Estados Unidos o los ecuatorianos en España. En ese contexto, se asienta que los migrantes en general gozan de buena salud física pero que presentan cuadros de depresión, ansiedad y somatizaciones derivadas del proceso de adaptación y/o asimilación al lugar de destino. Sin embargo, en el caso de los migrantes en tránsito como corresponde a los centroamericanos en su paso por México, el registro de sus condiciones de salud-enfermedad se vuelve más complejo. Y emergen preguntas difíciles de responder: ¿Cuál es la condición de salud/enfermedad física y mental de los migrantes centroamericanos? ¿Cómo y quién atiende las afecciones experimentadas por ellos? ¿De quién es la responsabilidad de su salud? ¿Cuáles son las diferencias/similitudes en condiciones de salud entre el país de tránsito (México) y los países de origen? ¿Existen mejores condiciones de salud en el país de origen que en el de tránsito? Resulta igualmente complicado poder dar respuesta a todas estas interrogantes, sin embargo, abonaremos algo en este terreno.

Para contextualizar, en primer lugar, expondremos la importancia que ha cobrado la migración centroamericana por México y Nuevo León. Después se examina las condiciones de salud/enfermedad de los países del triángulo norte centroamericano y México. Posteriormente se plantea la necesidad de elaborar discusiones sobre la relevancia de la salud de los migrantes en condición de tránsito y particularmente de las afecciones a nivel de salud mental. Por último, llevamos a cabo una reflexión sobre la relación entre relaciones públicas y salud.

Migración centroamericana en México y Nuevo León

Tres elementos convergieron para el incremento de tránsito de migrantes centroamericanos por el estado de Nuevo León y específicamente por el Área Metropolitana de Monterrey: La matanza de San Fernando; Tamaulipas en el año 2010, el incremento de violencia del crimen organizado y la colusión de algunas autoridades en otros estados de la República, como Veracruz; por último, el incremento de la violencia social en los países de origen. La diversificación de las rutas se expandió a lugares como Saltillo, Coahuila; Cadereyta, Nuevo León; Chihuahua; Manzanillo; y Mazatlán Sinaloa (Martínez, Cobo, y Narváez, 2015). Este cambio de rutas “obligó a los migrantes y a sus redes a modificar sus estrategias (no más seguras) para la internación y el cruce del territorio mexicano: una de las estrategias recurrentes fue alternar entre distintos tipos de caminos y transportes terrestres” (García, y Tarrío, 2008; Casillas, 2007 citado en Martínez, Cobo y Narváez, 2015). Andrade e Izcará afirman que la ruta de Tampico a la ciudad de Monterrey se ha configurado como una nueva ruta de cruce, pues según cálculos se estimaba que alrededor de 12 mil migrantes centroamericanos cruzan cada año esa ruta (Andrade e Izcará, 2015).

Las cifras de migración irregular o indocumentada son por definición nebulosas. De acuerdo con el Instituto Nacional de Migración (2011, citado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2013) ingresan anualmente a México aproximadamente 140 mil migrantes en situación irregular provenientes principalmente de Centroamérica. Por su parte, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2016) estima que en el año 2016, alrededor de 400 mil personas cruzaron la frontera sur de México. Si se toma como referencia el dato que utiliza el propio INM sobre evento de extranjeros devueltos, Guatemala (43.7%) junto con Honduras (36.4%) y El Salvador (14.2) constituyen los países de donde provienen la mayoría de los migrantes indocumentados en México (93.4%) (Secretaría de Gobernación, 2018) (ver Figura 1).

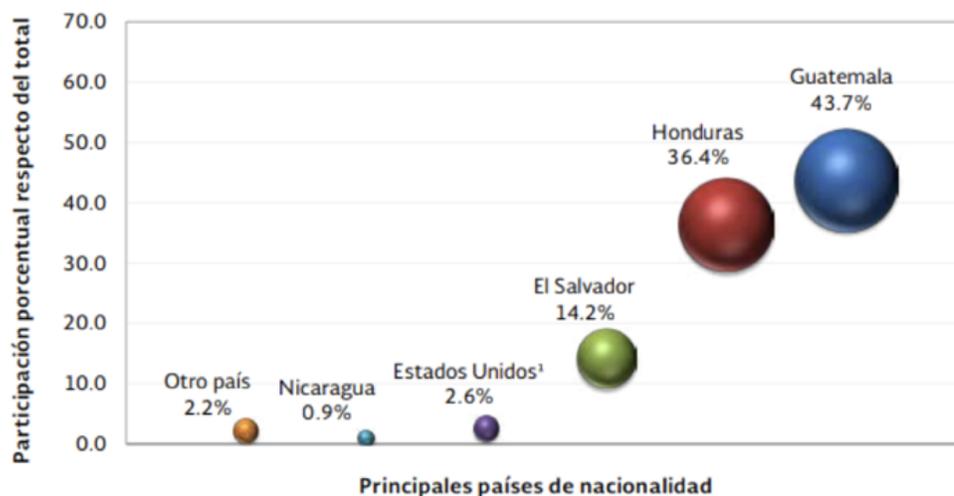


Figura 1. Eventos de extranjeros devueltos, según país de nacionalidad, 2017

Fuente: Secretaría de Gobernación (2018). *Estadísticas migratorias. Síntesis 2017*. Secretaría de Gobernación Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos. Unidad de Política Migratoria, México.

En el caso particular del Estado de Nuevo León, para el año del 2017 esta entidad ya ocupaba el séptimo lugar en número de eventos presentados (2,667), en tanto que el estado de Chiapas (34,873) y Tabasco (11,807) son las entidades que mayor número de casos reportaban (Secretaría de Gobernación, 2018) ([ver Tabla 1](#)).

Estado	Casos de extranjeros presentados
Chiapas	37,649
Tabasco	12,628
Veracruz	11,127
Oaxaca	5,627
Tamaulipas	5,550
Baja California	2,490
Nuevo León	2,379

Tabla 1. Eventos de Extranjeros Devueltos por la Autoridad Migratoria Mexicana, según Entidad Federativa, 2016-2017

Fuente: Secretaría de Gobernación (2018). *Estadísticas migratorias. Síntesis 2017*. Secretaría de Gobernación Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos. Unidad de Política Migratoria, México.

Las estadísticas a través del tiempo también nos permiten observar el aumento constante de migrantes por el estado de Nuevo León. Apenas en el 2009, se tiene registro de 166 migrantes presentados ante la autoridad migratoria, pero ya para el 2015 esta cifra pasó a ser de 3,841, el último dato disponible sitúa en 2,379 de extranjeros para el año de 2017¹ ([ver Figura 2](#)).



Figura 2. *Eventos de extranjeros presentados en estado de Nuevo León*

Fuente: Secretaría de Gobernación (2018). *Estadísticas migratorias. Síntesis 2017*. Secretaría de Gobernación Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos. Unidad de Política Migratoria, México.

La creciente importancia de la migración en tránsito por México y el Estado de Nuevo León representa retos en materia de refugio, seguridad e integridad física y por supuesto en materia de salud. Migrantes sufren de amputaciones o heridas diversas por las condiciones de su viaje, infecciones gastrointestinales por el cambio de dieta, deshidratación, enfermedades respiratorias, etc. Esta exposición a su salud, sin embargo, deja interrogantes como ¿de quién es la responsabilidad o cómo se atiende su salud?. Pero antes de elaborar posibles respuestas examinemos sobre las condiciones de salud de los centroamericanos en sus países de origen.

La salud en los países del triángulo norte de Centroamérica y México

De los datos obtenidos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se desprenden características de salud de los países del triángulo norte de Centroamérica (Guatemala, El Salvador, Honduras) para poder comparar esos indicadores con México como país de tránsito. Una rápida caracterización de las características de salud de estos países permite establecer elementos interesantes.

Por ejemplo, aunque México se ubica en el mejor nivel de ingreso (medio-alto) en comparación con los países del triángulo centroamericano, éste ocupa el segundo lugar en índice de suicidio (5.1) solo por debajo de El Salvador quien tiene un índice de 13.7 suicidios por cada 10 mil habitantes. Solo Honduras reporta el gasto en salud mental por persona (9.01 lempiras), sin embargo, el único país que reporta programas de promoción y prevención de salud mental es México (Atención Hospitalaria y el Hospital Psiquiátrico). Honduras presenta el mayor número de años perdidos debido a discapacidad o muerte prematura 3,706.42 por cada 10 mil habitantes, seguido por El Salvador con 3,256.26; Guatemala con 2,887.96 y México presenta el nivel más bajo con 2,367.73 (ver Tabla 2).

La enorme desproporción en población total entre estos países implica, sin duda, serios retos en materia de acceso de salud. Se observa que México tiene el más alto gasto corriente en salud per cápita \$1,008.7 dólares, en tanto que Honduras solo gasta \$353.4 dólares per cápita, seguido por Guatemala (\$467.2) y El Salvador (\$578.5). En lo relativo al gasto de bolsillo en salud como porcentaje de gasto total en salud, las cifras son similares entre casi todos los países (entre el 40% y 51%), sin embargo, en El Salvador las personas solo gastan 27.9% en salud. Las cifras expuestas

ponen en discusión lo asentado por Starfield (2000, citado en Saforcada y De Lellis, 2006) que las sociedades con mayores niveles de inequidad social refleja las características de los sistemas sanitarios de un país.

	Guatemala (2018)	El Salvador (2018)	Honduras (2018)	México (2018)
Población Ingreso	16,252,429	6,312,478	8,960,829	125,890,949
Gasto en salud mental por persona	Bajo-medio	Bajo-medio	Bajo-medio	Medio-alto
Años de vida ajustados por discapacidad (por cada 10, mil habitantes)	No reportado	No reportado	9.01 Lempiras	No reportado
Suicidio	2,887.96	3,356.20	3,706.42	2,367.73
Programas preventivos operando	2.7	13.7	2.9	5.1
Financiamiento en salud	No reportado	No reportado	No reportado	H. Psiquiátrico/ Atn. Hospitalaria
Gasto corriente en salud per capita en dólares*	467.2 (2014)	578.5 (2015)	353.4 (2015)	1,008.7 (2015)
Gasto de bolsillo en salud como % de gasto total*	51.7 (2014)	27.9 (2015)	49 .1 (2015)	40.8 (2015)

Tabla 2. Características generales de países seleccionados

Fuente: Elaboración propia con datos de Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile (World Health Organization, 2018). (* Datos corresponde al año citado en paréntesis).

Si bien es cierto, a nivel global los indicadores sociodemográficos y salud han mejorado en términos generales, aún hay brechas importantes entre los países de la región de norte Centroamericana y México. Por ejemplo, relativo a defunciones, esperanza de vida, tasa de natalidad y fecundidad, México presenta mejores indicadores pues tiene la esperanza de vida más alta 77.5 años, la menor tasa de natalidad 17.5 y fecundidad 60.3; y el menor número de defunciones (41.7 miles). En tanto que Guatemala exhibe el más alto número de defunciones (82.7), la menor esperanza de vida, la más alta tasa de natalidad y fecundidad, así como la más baja edad media 22.2 años. Sin embargo, El Salvador tiene la más alta tasa cruda de mortalidad 18.2 por cada mil habitantes y la más baja esperanza de vida particularmente en el caso de los hombres (ver Tabla 3).

En relación a las condiciones socioeconómicas, aunque México en general presenta mejores condiciones en materia educativa (8.8 años), ingreso (8,610 dólares per cápita), desempleo (3.5%) y alfabetización (94.5 por cada mil habitantes), su índice GINI (43.4) y tasa de pobreza (43.6) no es el mejor en comparación con los países del triángulo centroamericano. En este sentido El Salvador presenta menor nivel de desigualdad (40.0) y menor proporción de pobres (38.2 por cada mil

habitantes). Honduras exhibe los peores indicadores en condiciones de vida social menor número de años de escolaridad, más alta desigualdad social, menor ingreso bruto, más alta tasa de pobreza y compare con El Salvador el mayor porcentaje de desempleo.

En tanto a indicadores de violencia, mortalidad y factores de riesgo las diferencias entre los países son particularmente interesante. La morbilidad por causa de homicidio El Salvador exhibe la tasa más alta 65.2, le sigue Guatemala con 23.3 homicidios y Honduras junto con México la tasa más baja con 20 homicidios por cada 10 mil habitantes. En cuanto a la tasa de mortalidad por suicidio, nuevamente El Salvador presenta la tasa más alta con 7.61 y Guatemala la más baja con 3.2 por cada 10 mil habitantes. No obstante, en relación a los denominadores factores de riesgo como el consumo de alcohol per cápita y el consumo actual de tabaco en jóvenes México ocupa el primer lugar en ambos rubros. Estas prácticas de consumo se vinculan a formas de vida moderna y están condicionadas por el contexto socioeconómico de las personas.

	Guatemala (2018)	El Salvador (2018)	Honduras (2018)	México (2018)
GENERALES				
Defunciones (miles)	82.7	43.6	45.3	41.7
Edad media (años)	22.2	26.9	24.2	28.6
Esperanza de vida hombres	70.7	69.3	71.4	75.1
Esperanza de vida mujeres	77.1	78.3	76.5	79.9
Esperanza de vida al nacer	73.9	74	74	77.5
Tasa cruda de mortalidad	4.8	6.8	4.8	4.9
Tasa cruda de natalidad (1000 hab.)	24.6	18.2	21.1	17.5
Tasa fecundidad (nac./1000 mujeres 15-19 años)	70.9	69.5	70.8	60.3
SOCIO-ECONÓMICO				
Años de escolaridad	7.1 (2014)	6.5 (2013)	6.3 (2015)	8.8 (2015)
Coefficiente. GINI	48.3	40 (2016)	50 (2016)	43.4 (2016)
Ingreso bruto (US dólares per cápita)	4,060 (2017)	3,560 (2017)	2,250 (2017)	8,610 (2017)
Tasa de alfabetización adulto	81.3	88 (2015)	89 (2016)	94.5
Desempleo total	2.7 (2017)	4.5 (2017)	4.5 (2017)	3.5 (2017)
Tasa de incidencia de pobreza (considerando la línea de pobreza)	59.3	38.2 (2016)	60.9 (2016)	43.6 (2016)
EDO. DE SALUD				
Tasa de cáncer (ajustado por edad por 100 mil hab.)	130.4 (2012)	153.4 (2012)	131.2 (2012)	131.5 (2012)
Diagnóstico nuevo de VIH, tasa (100 mil hab.)	3.5 (2017)	20.2 (2017)	6.4 (2017)	5.7 (2016)

Tabla 3. Indicadores de Salud en Guatemala, El Salvador, Honduras y México

Fuente: Elaboración propia con datos de OPS PLISA (2018). Plataforma de Información en Salud para las Américas encontrados en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/visualizacion.html>

	Guatemala (2018)	El Salvador (2018)	Honduras (2018)	México (2018)
Prevalencia de desnutrición poblacional (% poblacional)	16.2 (2014)	12.1 (2014)	14.8 (2015)	4.2 (2015)
MORBILIDAD (LESIONES - VIOLENCIA)				
Tasa de mortalidad por homicidio (100 mil hab.)	23.3 (2016)	65.2 (2014)	20.0 (2016)	20.00 (2016)
Tasa de mortalidad por suicidio (100 mil Hab.)	3.3 (2016)	7.61 (2014)	5.2 (2016)	5.2 (2016)
MORTALIDAD (MADRE / NIÑO)				
Número estimado de defunciones de menores de 5 años	11,532(2017)	1,699(2017)	3,605 (2017)	26,618 (2017)
Tasa de mortalidad general (100 mil hab.)	4.9 (2016)	6.6 (2013)	5.3 (2016)	5.3 (2016)
Tasa mortalidad por VIH (100 mil hab.)	2.4 (2016)	6.3 (2014)	3.6 (2016)	3.8 (2015)
FACTORES DE RIESGO				
Consumo de alcohol per capita (en lts.) en personas >15 años	2.4 (2016)	3.7 (2016)	5.0 (2016)	6.5 (2016)
Prevalencia de consumo actual de tabaco en jóvenes (13-15 años %)	17.1 (2015)	13.1 (2015)	7.9 (2016)	19.8 (2011)

Tabla 4. Indicadores Seleccionados de Salud en Guatemala, El Salvador, Honduras y México (Cont.)

Fuente: Elaboración propia con datos de OPS PLISA (2018) Plataforma de Información en Salud para las Américas encontrados en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/visualizacion.html>

Desde 1974 Marc Ladonde estableció que los principales determinantes de la salud son sociales y ambientales: el ingreso económico, el estatus, la educación, las redes de apoyo social, el empleo, las condiciones de trabajo y el entorno físico, los estilos de vida saludable y los servicios de atención de la salud (De Lellis, 2006). Por tanto, toda reflexión en materia de política pública que

se plasme en relación a la diada salud y migración tiene que considerar estos contextos socio-ambientales.

La salud mental y la migración

Este artículo busca contribuir a los llamados de instituciones como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sostienen la necesidad de contar con una aproximación integral al tema de la salud de los migrantes. Para la OIM la migración puede representar la pérdida de un hogar, la separación de su familia y comunidad de origen, —lo que a menudo se acompaña de una pérdida del sentimiento de pertenencia—, pérdida de un empleo, de una carrera, de un lugar en la sociedad, lo que da lugar a una pérdida de identidad, pérdida de redes de apoyo e incertidumbre sobre el futuro para el migrante y su familia (OIM, 2003). En tanto la OMS sostiene que los migrantes enfrentan a su llegada al lugar de destino con problemas relacionados a su situación jurídica, son objeto de estigmatización, de discriminación, sometidos a presiones debido a las diferencias lingüísticas y culturales, la separación de la familia y normas socioculturales distintas (OMS, 2001).

Por tanto, según la OIM se debe de contar con una perspectiva psicosocial que implica pensar que hay un vínculo entre los factores sociales y culturales y el funcionamiento del “psyche” o, lo que se denomina comúnmente, el bienestar mental. Por tanto, una perspectiva psicosocial es aquélla que puede afectar el “bienestar mental” de una persona o de un grupo al actuar sobre los factores sociales que les rodean. Aun cuando sí hay estudios sobre la salud mental del mexicano urbano y en particular del residente en la Zona Metropolitana de la ciudad de Monterrey (Medina-Mora et al., 2007), el enfoque ha sido parcial porque consideraron solamente su vertiente psicopatológica, dejando de lado las fortalezas psicológicas.

Según Hilda Pacheco el enfoque psicosocial hacia los migrantes “no presupone un tratamiento clínico [...] sino de fundamentar y diseñar alternativas de acción socialmente orientadas” (Pacheco, 1993:). Otros autores como Temores-Alcántara (2015) hacen referencia al uso de la psiquiatría transcultural de Ellenberger y la ethnopsiquiatría de Villaseñor para refrendar los aspectos de índole social que impactan la salud-enfermedad de los migrantes.

Si bien es cierto, como afirma Achotegui (2004) la migración en sí misma no es sinónimo de enfermedad, pero existe vulnerabilidad y riesgos vinculados al proceso migratorio. Él utiliza el concepto de síndrome de Ulises para referir al “duelo parcial y recurrente” que afecta la identidad de los migrantes. Antes de la partida los migrantes experimentan pobreza, marginación. Falta de acceso a los servicios básicos educativos y de salud, así como conflictos sociales o políticos. En tanto en el tránsito situaciones de violencia física, sexual, rutas inseguras y violentas que los exponen a riesgos físicos o sexuales, condiciones de viaje que compromete su salud por hipotermia, deshidratación o infecciones. Sobre las condiciones de salud psicosociales o mental más analizadas son la de aquellos migrantes en el lugar de destino. Sin embargo, en el caso de la salud de los migrantes en tránsito existen varias interrogantes: ¿Quién es el responsable de la salud de migrantes centroamericanos en tránsito por México? Cómo se atienden sus afecciones de salud física y/o mental? Se parte de la tesis de que la salud de los migrantes internacionales que viven en condición de tránsito deriva en una especie de limbo jurídico/político lo cual tiene consecuencias importantes en materia de salud.

Para Gilda Pacheco (1993), la migración forzada tiene fases que se entrecruzan: la expulsión, la decisión sobre forma, tiempo y características del trayecto, la llegada al lugar de destino y la definición de alternativas (integración, naturalización o repatriación). Este proceso parte del supuesto en que se llega al lugar “deseado”, al lugar originalmente planeado, sin embargo, en el caso de los migrantes centroamericanos la tercera etapa se prolonga en el tránsito por México. El lugar en donde se quedan “atrapados” o donde “deciden” quedarse pues las posibilidades de llegada al destino deseado “Estados Unidos” parece cada vez más difícil, peligroso y en última

circunstancia, caro. Es así que Pacheco sostiene que el enfoque psicosocial busca explicar y comprender las repercusiones cognitivas, afectivas que se tiene sobre los sujetos concretos que enfrentan experiencias complejas en su proceso migratorio. Esto no presupone un ‘tratamiento clínico’ sino “potenciar las formas positivas y sanas de intercambio (...) la solidaridad, el pensamiento crítico y la identidad cultural” (Pacheco,1993:120).

Temores-Alcántara y colegas (2015) elaboraron una gráfica donde se señalan los distintos elementos que influyen en la salud psicosocial de los migrantes centroamericanos. De los elementos de contexto, se incluyen los problemas económicos, la violencia social, entre otros; entre los elementos del contexto en el tránsito los escasos recursos económicos, riesgo y vulnerabilidad labora, las condiciones de indocumentación. Por último, se encuentran los elementos individuales que refieren a la búsqueda de sobrevivencia, la búsqueda de expectativas personales, etc. Así mismo, se señalan las necesidades de salud mental de los migrantes en tránsito: estados de ánimo transitorios, expresiones de malestar somático, optimismo, esperanza, preocupaciones, etc. Estas condiciones de salud documentadas en varios estudios apuntan hacia la necesidad de examinar la salud particularmente sobre este grupo de migrantes en tránsito (López, 2013; Beltrán, 2014; ITAM, 2014).

En una encuesta realizada en la ciudad de Monterrey a 300 migrantes en tránsito se encontró que el sentirse discriminado, el sentirse mal por acento o el haber sufrido un acto criminal (por ejemplo, ser asalto o recibir golpes) tiene un impacto a nivel de su bienestar emocional. Tomando como referencia al filósofo Axel Honneth quien sostiene que “las emociones como la ira o la vergüenza constituyen la base para la acción, pues el sujeto al sentir que se le está privando del reconocimiento social moverá sus recursos para cambiar la situación (Ramos, 2017:)” Sentirse discriminado y ser ridiculizado por el acento constituyen formas de menosprecio que indignan e injurian pues el sujeto percibe la falta de reconocimiento en la propia concepción que tiene de sí, vulnerando su autoestima. Estas formas de menosprecio no son daños físicos, pero calan en la identidad psíquica de los migrantes pues cuestionan las cualidades y capacidades de los sujetos. Debemos subrayar, no obstante, que estos daños son producto social, tienen su raíz en las formas de exclusión e injusticia socialmente producidas porque son formas de menosprecio que apuntan hacia la comunidad de valor (solidaridad), la moral que reina en una sociedad determinada. Mientras la discriminación produce enojo, la ridiculización por el acento conduce a la tristeza; la primera emoción indigna y ofende (Lazarus, 1999), el objetivo último es lesionar la subjetividad de los migrantes.

Los otros actos generadores de estrés: la detención, el secuestro o el asalto, son formas básicas de humillación “ya que privan al hombre de la autonomía física” y por tanto, destruyen su autoconfianza y confianza básica en el mundo. Honneth ve en el maltrato y la violación a la integridad física como formas de menosprecio. Las “sensaciones de descontento y de sufrimiento, en la medida en que se califiquen como “sociales”, coinciden con la experiencia de que la sociedad está haciendo algo injusto, algo injustificable” (Fraser y Honneth, 2006:103) ([ver Tabla 5](#)).

Emoción experimentada	Primera mención	Segunda mención	Forma de menosprecio
Discriminado	Enojado 40%	Deprimido 27%	Indignidad e injuria AUTO-ESTIMA
Acento	Triste 39.5%	Deprimido 23.3%	
Acto criminal	Enojado 32%	Deprimido 32%	Maltrato, violación a su integridad física AUTO-CONFIANZA
Secuestrado	Enojado 40%	Deprimido 40%	
Detenido	Enojado 51.7%	Miedo 20.7%	
Asaltado	Enojado 36.7	Miedo 28.6%	
Obligado a trabajar	Enojado 40%	Deprimido 40%	Desposesión de derechos AUTO-RESPECTO

Tabla 5. Emociones mencionadas por migrantes centroamericanos ante situaciones estresantes.

Fuente: Tomado de Ramos Tovar (2017).

Cabieses, Gálvez y Ajraz (2018) afirman que es primordial la acción estatal y local de salud pública en relación al proceso migratorio y la salud. Más aún son contundentes en señalar que “en la Región Latinoamericana y del Caribe, existen iniciativas para prestar servicios de salud a migrantes internacionales, sin embargo, aún distan mucho de garantizar los derechos fundamentales en salud de quienes migran.” En el caso del Estado Mexicano el gobierno federal estableció la necesidad de un paradigma gubernamental sobre el fenómeno migratorio por tal motivo delineó el Programa Especial de Migración (PEM) 2014-2019 con los siguientes objetivos: 1) Fomentar una cultura de la legalidad, de derechos humanos y de valoración de la migración; 2) Incorporar el tema migratorio en las estrategias de desarrollo regional y local. 3) Consolidar la gestión migratoria eficaz, fundamentada en criterios de facilitación, corresponsabilidad internacional, seguridad fronteriza y seguridad humana. 4) Favorecer los procesos de integración y reintegración de los migrantes y sus familias. 5) Fortalecer el acceso a la justicia y seguridad de las personas migrantes, familiares y quienes defienden sus derechos.

En tanto que en la relativamente reciente Ley de Migración del 2011, específicamente en el artículo 27, se establece que los migrantes tienen derecho a recibir atención médica (independientemente de su estatus migratorio) tanto en sector público o privado. A la Secretaría de Salud le corresponde promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables; Así mismo, se señala que esta entidad debe de ejercer la vigilancia de los servicios de sanidad en los lugares destinados al tránsito internacional de personas, en transportes nacionales o extranjeros, marítimos, aéreos y terrestres, mediante visitas de inspección conforme a las disposiciones jurídicas aplicables; Y diseñar y difundir campañas en los lugares destinados al tránsito internacional de personas, para la prevención y control de enfermedades, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. En el artículo 107 se señala que las estaciones migratorias, deberán prestar servicios de asistencia médica, psicológica y jurídica. En ese mismo artículo se establece que el INM debe de asegurar que personas con necesidades especiales de nutrición (niñas, niños y adolescentes, personas de la tercera edad y mujeres embarazadas o lactando)

reciban una dieta adecuada, con el fin de que su salud no se vea afectada (Secretaría de Gobernación, 2011). Sin embargo, dentro de las medidas más concretas en materia de acceso a la salud solo se instituyó la afiliación temporal al Seguro Popular para migrantes en tránsito. Se comparte la idea de que han sido los albergues, las casas de acogida, las organizaciones de la sociedad civil quienes ha tenido un papel más importante para ofrecer atención de salud física y en algunos casos de salud mental para los migrantes en tránsito. Los albergues se constituyen “como un espacio de confianza y confort para migrantes, pues en este espacio se cubren sus necesidades más apremiantes” (Temores-Alcántara y colegas, 2015). No obstante, como lo señala Zúñiga y Sánchez (2017) “la labor de las organizaciones civiles con la población inmigrante, migrante y refugiada son el asistencialista y el de promoción de los derechos humanos”. Esto significa que la ayuda que se ofrece generalmente refiere a alojamiento, alimentación, orientación legal y laboral, así como la defensa de derechos humanos.

Lo mental como salud y las Relaciones Públicas

Dos elementos finales de reflexión, después de este recorrido contextual y analítico sobre la migración en tránsito, la salud y la salud mental en la migración: la necesidad de incorporar lo mental en la salud en la política y el uso de las relaciones públicas como herramienta para trabajar la salud de los migrantes en tránsito.

El primer factor, se reflexiona a partir de la propuesta de Saforcada y De Lellis (2006). Para estos autores lo mental está en el terreno de la salud y no de la enfermedad este enfoque parte del principio que la forma adecuada de atender lo mental debe de estar fundamentalmente centrado en la protección y promoción de la salud en donde los determinantes de las condiciones de la salud son “factores de naturaleza psicosocial y cultural”. Trabajar desde la perspectiva de lo mental en la salud “debilita el modelo asistencialista que toma como objeto de estudio al individuo descontextualizado, yacente y entendido como reservorio de la enfermedad” (Saforcada y De Lellis, 2006:115-116).

En el enfoque de lo mental en la salud, Safocada y De Lellis (2006:120-121) destacan varios elementos a considerar, pero de éstos solo parecen ser importantes puntualizar los siguientes: a) que las actividades protectivas y promocionales de la salud son de bajísimo costo; b) que las acciones de atención primaria de salud en el primer nivel de atención necesitan equipos multidisciplinarios. Y; c) que es necesario no patologizar a la población que, no estando enferma demanda atención en las instituciones de salud. No obstante, como se observaron en las estadísticas de los países centroamericanos sobre la prevención de la salud mental no se reporta programa operando, solo México hace referencia al programa del Hospital Psiquiátrico, pero esto solo refiere a población nativa y no a migrantes (ver Tabla 2). Es necesario insistir, como lo planteó la OMS (2001), que la salud mental involucra dimensiones físicas, psicológicas, sociales y culturales.

Desde la perspectiva de las Relaciones públicas, la pregunta a contestar es ¿de qué manera se podría informar/sensibilizar sobre la importancia de la salud mental a la población migrante? Desafortunadamente, pocos avances se encuentran al respecto. Incluso en problemas de enfermedad físicas como la tuberculosis, Stoesslé y colegas (2015) concluyeron que los migrantes enfrentan obstáculos como pobre educación y conocimiento sobre temas de salud que impide su acceso a los servicios de salud. Esto es particularmente más difícil en condiciones de tránsito pues éstos no tienen miedo a la deportación para buscar ayuda médica, a pesar de que el 78% de los migrantes que ellos encuestaron tenía al menos un problema dental en los últimos 6 meses previos a la entrevista. Y cuando los migrantes enfermaban acudían a servicios de salud baratos, de pobres condiciones de en lugar de hospitales generales. Eran los albergues y la automedicación las principales formas de atenderse, sobre todo porque otras alternativas eran caras o bien percibían que no eran “amigables” hacia los migrantes².

La salud mental es aún un espacio rodeado de mucho estigma y desconocimiento. El Estado mexicano busca garantizar el acceso a la salud de los migrantes sin embargo, éstos no encuentran sistemas de salud sensibles a sus problemas de salud ni física y mucho menos a la salud mental. No hay plataformas y métodos de comunicación para cumplir dichos compromisos signados en los distintos planes, programas, protocolos o la misma Constitución. Al parecer son las redes sociales que se entretajan en las ciudades que enfrentan los numerosos grupos de migrantes centroamericanos y el capital social que dibujan los propios migrantes para sortear sus necesidades de salud. En este sentido, Temores-Alcántara y colegas proponen que el sistema de salud fortalezca las alianzas con la sociedad civil y considere las características particulares de estos grupos para brindar servicios pertinentes, adecuados y de los que realmente puedan beneficiarse los migrantes en tránsito.

Como se plantea en el objetivo de este libro, los comunicadores pueden jugar un papel importante en este sentido. Ellos pueden desarrollar estrategias para crear plataformas de comunicación sobre la importancia de la salud mental de los migrantes en tránsito, de los recursos, aunque escasos, que dispone el gobierno federal o estatal y las organizaciones de la sociedad civil e incluso instituciones académicas. Creemos que en relación a la salud mental el primer paso consistiría en des-estigmatizar la salud mental, pues en general todo aquello que tiene que ver con este tema está rodeada de prejuicios de la población, de los cuidadores de salud, de personal de administración pública y de medios de comunicación. Segundo, se necesitaría pensar en la salud mental como producto de intervenciones que persiguen mejores en el bienestar de la población migrante, por tanto, no solo es ponderar las condiciones individuales sino el contexto socio-económico y cultura de las personas. Tercero, sería importante alternativas creativas de comunicar lo mental para poblaciones sui generis, como es el caso de migrantes en tránsito dado su constante movimiento geográfico. Consideramos que no sería posible en utilizar medios tradicionales (televisión, radio, medios impresos) para promover la prevención o atención en la salud mental, medios más accesibles para este grupo poblacional puede hacer uso de aplicaciones tecnológicas en aparatos móviles (celular). Es decir, se debe de usar una perspectiva denominada “comunicación para la salud” que significa diseñar programas de prevención y prevención. El impacto que tiene la comunicación en la salud ha hecho que las muertes por SIDA disminuyan, el cáncer de mama es más tempranamente atendido.

En resumen, la necesidad de atender la salud mental de los migrantes en tránsito por México es una realidad que no debe ser soslayada porque: 1) La migración es un fenómeno global que difícilmente se sellará con medidas restrictivas. 2) Es importante examinar las condiciones de salud de migrantes desde sus propias comunidades de origen para entender posibles factores de riesgo que pueden afectar en su itinerario migrante. 3) Como bien observamos, en México aún no existe una política de salud migratoria propiamente dicha y mucho menos en el tema específico de salud mental. 4) Es ineludible contar con una perspectiva de salud basada en la noción de derechos humanos y psicosocial. 5) La salud de población migrante obliga a la celebración acuerdos binacionales o multinacionales que promuevan la colaboración y comunicación entre países que sufren consecuencias por la migración. 6) Por último, es necesario pensar en lo mental desde el enfoque de salud, no de enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental* de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, 21, 39-52.
- ACNUR. (2017). México. Ficha de Datos del ACNUR. Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Mexico/Mexico_hoja_informativa_Julio_2016_ESP.pdf.
- Andrade, K.L., Izcarra Palacios, S.P. (2015). “Los migrantes irregulares y el ejército en Tamaulipas”, *iMex. México Interdisciplinario. Interdisciplinary Mexico*, 4(8).

- Beltrán Limón, T.T. (2014). *Enfermedades psicosomáticas y estrés en el proceso de migración centroamericana* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Breslau, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2007). The effect of migration to the United States on substance use disorders among returned Mexican migrants and families of migrants. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1847-1851.
- Cabieses, B., Gálvez, P., Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 35(2), 285-91.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2013). *Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México*. México. OEA.
- De Lellis, M. (2006). "La Psicología ante algunas problemáticas sanitarias emergentes en la Argentina", en Martin de Lellis y col. (editores): *Psicología y Políticas de Salud*, Argentina: Paidós.
- Fraser, N., Honneth, A. (2005). *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. New York: Verso Books.
- ITAM (2014). *Migración Centroamericana en tránsito por México hacia Estados Unidos. Diagnóstico y recomendaciones. Hacia una visión integral, regional y de responsabilidad compartida*. Disponible en: <http://www.acnur.org/ACNUR>
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion. A New Syntesis*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- López, V. (2013). Desarrollo, migración y seguridad. El caso de la migración hondureña hacia Estados Unidos. *Migración y Desarrollo*, 11(21), 65-105.
- Martínez, G., Cobo Salvador, D., Narváez, J.C. (2015). Trazando rutas de la migración de tránsito irregular o no documentada por México, *Perfiles Latinoamericanos*, 23(45).
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimés, J., Fleiz Bautista, C.; Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de-Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mora Castro, A. (2004). "Trabajo social con grupos de inmigrantes una experiencia de apoyo psico-social", *PORTULARIA* 4, 2004, 43-50.
- Organización Mundial de la Salud (2001), *Informe sobre salud en el mundo, 2001. Salud Mental; nuevo conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Internacional de las Migraciones (2003), Documento sobre la posición de la OIM con relación al bienestar psicológico, MC/INF/271 Original: inglés, 10 de noviembre de 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2018). Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018*. Washington, D.C., Estados Unidos de América.
- Pacheco, G. (1993). "Migraciones forzadas en Centroamérica. Evolución psicosocial". *Nueva Sociedad* no.127 septiembre- octubre, pp. 114-125.
- Ramos Tovar, M.E. (2017). "Formas de menosprecio y derechos humanos desde la perspectiva del reconocimiento. Los centroamericanos en tránsito por Monterrey", en María Elena Ramos Tovar (coord.): *Reconocimiento, derechos humanos e intervención social. Migrantes en el noreste de México*, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Santos Padrón, H., Limón Mercado, N., Martínez Calvo, S. (2016). La atención de los migrantes Centroamericanos en los servicios de Salud en Tabasco, 2012-2014. *Horiz sanitario*, 15(3), 143-53.
- Saforcada, E., De Lellis, M. (2006). "Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud", en Martin de Lellis y col. (editores): *Psicología y Políticas de Salud*, Paidós: Argentina.
- Secretaría de Gobernación (2018). *Estadísticas migratorias. Síntesis 2017*. Secretaría de Gobernación Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos. Unidad de Política Migratoria, México.
- Secretaría de Gobernación (2011). *Ley de Migración*, México: Subsecretaría De Población, Migración y Asuntos Religiosos, Instituto Nacional De Migración
- Stoesslé, P., González Salazar, F., Santos-Guzmán, J., Sánchez-González, N. (2015). Risk factors and current health-seeking patterns of migrants in northeastern Mexico: healthcare needs for a socially vulnerable population. *Front. Public Health*, 3: 191.
- Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., Santillanes-Allande, N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 227-33.
- Willers, S. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica (Méx)*, 31(89), 163-95.
- World Health Organization (2018). *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization.

Vilar Peyrí, E., Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 6 (13), 11-32.

Zúñiga Coronado, M., Sánchez Moreno, K.E. (2017). “Modelos de atención a migrantes en tránsito. Vacíos y retos de las organizaciones civiles del Área Metropolitana de Monterrey”, en María Elena Ramos Tovar (coord.): *Reconocimiento, derechos humanos e intervención social. Migrantes en el noreste de México*, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

1. Aquí no se aborda el tema de las recientes caravanas de migrantes por nuestro territorio.↵
2. Una mención es interesante respecto a la atención que se ha señalado en las caravanas de migrantes pues en éstas también es prestada por organizaciones como la Cruz Roja, o Médicos Sin Fronteras, inclusive por instituciones de salud estatales, y por supuesto de personal de salud de albergues.↵

Capítulo 5

La imagen personal en redes sociales: ¿una forma de atentar contra la salud mental?

Arturo González López ¹

(1) Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

La adicción a Internet la podemos observar tanto en el hogar como en las instituciones educativas y en el trabajo. El usuario está obligado a responder, a elegir y a discriminar. Conocemos el gran auge que han tenido las redes sociales a nivel mundial. Son pocos los jóvenes que no tiene una cuenta en Facebook, Twitter, o Instagram, aportando posibilidades impresionantes de alcanzar mayor proyección y cobertura universal; sin embargo, los jóvenes ven en este medio algo divertido donde expresan su forma de ser y de pensar, donde autogestionan su imagen, reputación y relación pública, no siendo conscientes del escaparate que puede ser para conocidos y desconocidos. Basándose en las teorías de la percepción y de la comparación social, el proyecto cabe en la categoría de investigación cuantitativa exploratoria, acercándose al conocimiento teórico y práctico sobre la proyección de la imagen y los estereotipos captados por las fotografías de perfil, considerando el modelo de usos y gratificaciones

Palabras Clave: *Imagen Personal, Comunicación, Redes Sociales.*

Introducción

Cuando las imágenes escaseaban, eran valiosas. Actualmente, hasta los álbumes familiares se están convirtiendo en reliquias, por la gran mayoría de retratos y *selfies* que se publican en las redes sociales revelando lo más destacado de su vida y su apariencia, generalmente imágenes trucadas, con filtros. Sin embargo, las relaciones públicas personales promueven comunicarte con tus públicos de manera genuina, auténtica, transparente y congruente entre el decir y el ser.

Cantantes y actrices a nivel mundial se han propuesto mostrarse tal cual son, sin maquillaje ni filtros que alteren su realidad. Es posible verse bien, sin embargo, día a día se lucha contra el fantasma de la ansiedad y la autoestima. La intención es eliminar el estigma asociado con la salud mental y hacer de las redes sociales una plataforma un poco más real; no obstante, en especial los jóvenes, comparten sus fotografías sin ser realmente conscientes de quién puede ver esos contenidos, por lo que su seguridad puede verse afectada.

De la misma forma, la inseguridad emocional o falta de autoestima de la mayoría de los adolescentes y la relación con las *selfies* está siendo asociada con las demandas de cirugías estéticas. El artículo “Cirugías plásticas aumentan en época de *selfies*” (El Universal, 2014) menciona que aunque no existe un indicador en concreto, una encuesta de la Academia Estadounidense de Cirugía Plástica Facial y Reconstructiva en 2013 revela un aumento en procedimientos como rinoplastias, trasplantes de cabello y reparación de párpados. Esto debido a que los pacientes desean mejorar su imagen en los medios sociales.

Las personas con deseos de autorretratarse se están enfrentando a situaciones peligrosas que pueden comprometer su integridad física. Los casos de muertes por descuidos al momento de tomarse una *selfie*, están aumentando. Perder el *smartphone* o la vida en el intento por tener el mejor paisaje detrás, son casos que se han estado registrado desde el 2014 a nivel mundial.

La imagen y autogestión de la reputación personal sin duda es un elemento tanto beneficioso como problemático y peligroso. Y debe ser de vital importancia educar a las nuevas generaciones mediante campañas de relaciones públicas diseñadas acorde a las nuevas generaciones principalmente, en los aspectos del lenguaje visual, por ejemplo: distinguir y ser críticos sobre los efectos que causan las fotos de perfil en su salud mental y/o emocional.

Nuestra sociedad está invadida y obsesionada por los estándares de belleza o el ideal promovido por la moda y la publicidad. Quienes tienen acceso a Internet, suben cada vez más fotos, especialmente en el Facebook o Instagram y aunque esto contribuye a que las personas se sientan más conectadas, una investigación de la Universidad de Michigan (iProfesional, 2013), expone que el uso de esta red social socava el bienestar.

¿Detrás de cada fotografía, se esconde inseguridad y una búsqueda de aprobación? ¿Los “Me gusta” determinan la popularidad y/o incremento de la autoestima de los usuarios?

Dentro de los resultados del proyecto que ahora se presenta, se puede destacar que el dispositivo más usado para conectarse a Internet es el teléfono móvil (94%) y un 89.13% de los jóvenes estudiantes universitarios utiliza como red social preferente Facebook, mientras que el 80.13% utiliza Twitter y un 87.0% prefiere Instagram vinculando a alguna de sus otras redes sociales¹. Cabe destacar que en la mayoría de los casos, el joven estudiante quiere compartir con sus amigos sus aventuras, sus pensamientos y amoríos dejando a un lado una visión como futuro profesionalista.

Según datos de El Economista (Rebolledo, 2017), “los principales usos de Internet en México son para acceder a redes sociales (83%), enviar y recibir correo electrónico (78%), enviar y recibir

mensajes instantáneos (77%) y buscar información (74%). Facebook (95%) se mantiene como la principal red social en México, seguida por WhatsApp (93%), YouTube (72%), Twitter (66%) e Instagram (59%)". El uso de smartphones en redes sociales, ha impulsado el crecimiento de usuarios, en específico con redes que nacieron sólo en versión móvil, como Snapchat, Waze e Instagram.

El 56% de los encuestados suelen estar conectados a toda hora, revisando constantemente los perfiles de sus amigos y haciendo alguna publicación de lo que consume o el lugar donde se encuentra desde su teléfono inteligente.

Dentro de los jóvenes encuestados para esta investigación, la mayoría del sexo femenino (64%), el 68% reconoce haber indagado sobre personas no populares o artistas en Google con el fin de conocer su trayectoria, verle físicamente o tomar una decisión posterior a los comentarios hechos sobre el (o la) individuo en cuestión.

Como era de imaginar, las nuevas generaciones viven su momento y las cosas que suben a la red es parte de su etapa de la vida juvenil, en las que se está más pendientes del grupo de amigos que de las consecuencias que puede provocar sus publicaciones. Todo queda registrado en la red. Es bastante conocida la frase que dice: "Internet no olvida".

Con base en ello, solo el 17% de los encuestados es consciente de la magnitud de su presencia activa como profesionista o futuro profesionista y consideran importante cuidar sus publicaciones. El 21% de los resultados responde no importarle la percepción que se tenga de su persona y sus actividades.

Objetivos

El proyecto de investigación pertenece a un proyecto macro sobre actitudes y proyecciones de los jóvenes regiomontanos para el logro de sus objetivos, sin embargo el objetivo principal de este capítulo en particular es el de analizar las fotografías de perfil y portada en la red social Facebook de nativos e inmigrantes digitales en el Área Metropolitana de Monterrey (México), con el fin de valorar la información e imágenes personales que denoten la necesidad de aprobación visual de un colectivo similar y abrir camino a nuevas campañas de comunicación y relaciones públicas que logre revertir los efectos negativos de la obsesión por la aceptación de la imagen personal en redes sociales.

Como objetivos particulares se busca, en primera instancia, identificar qué tipo de fotografías son utilizadas en el perfil y portada en la red social Facebook para comprobar que las fotos utilizadas no son aleatorias y tienen un significado en todos los casos. Para la realización de este objetivo se crea un instrumento de medición donde se codifican diferentes estilos de fotos de perfil.

De una manera subjetiva y como segundo objetivo particular, se cuantifica la cantidad de interacciones obtenidas por la fotografía de perfil, ya sea con el clásico "like" o algún tipo de *emoji* valorando la necesidad de aceptación del colectivo similar.

Caracterización del estudio o discusión teórica propuesta

León Festinger en 1954 menciona ocho hipótesis sobre la teoría de la comparación social; destacando las primeras dos, en una de ellas hace referencia a que "los humanos tienen un impulso innato para evaluar sus opiniones y habilidades y que la gente se evalúa a sí misma a través de medios objetivos y asociales". La segunda menciona que "si los medios objetivos asociales no estuviesen disponibles, las personas evaluarían sus opiniones y habilidades mediante la comparación con otra gente" (Festinger, 1954, p.117).

Por su parte, Thomas A. Wills (1981) “Las comparaciones afectan a todas las personas, pues tratan de aceptarse como son, pero termina acomplejándose, según la teoría, las mujeres son más susceptibles a estas comparaciones, pues los puntos con lo que ellas se diferencian suelen ser no realistas, por lo que al final se ven frustradas y terminan bajando su autoestima”.

Lisa G. Aspinwall y Shelley E. Taylor (1993) mencionan que “el humor, la autoestima y la amenaza como moderadores que conducen a los individuos a elegir entre hacer comparaciones sociales ascendentes o descendentes. Las comparaciones descendentes en casos en los que los individuos han experimentado una amenaza a su autoestima producen autoevaluaciones más favorables”.

Para Ivón V. Sánchez (2014) “los grupos sociales ejercerán presión sobre sus miembros para que haya uniformidad, tanto en las opiniones y creencias como en las habilidades; cuando entre los miembros de un grupo hay discrepancias de opinión, lo más frecuente es que las personas que mantienen ideas discrepantes reciban presiones para cambiar de opinión, de tal manera que se ajusten a las del grupo”.

Por otra parte, la percepción según Barthey (1982) “es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento”. Es también “la referencia que una sensación hace a un objeto externo” y “un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil”.

Para analizar los comportamientos sociales, se requiere usualmente prestar atención al proceso mediante el cual captamos los estímulos del ambiente. Es decir, a través de nuestros cinco sentidos, nuestro cerebro procesa información para su posterior interpretación.

Smith y Mackie (1995) explican que la materia prima de las primeras impresiones son las claves visibles de una persona: su apariencia física (la cual puede estar determinada con ciertos estereotipos), las claves no verbales (expresiones faciales, lenguaje corporal que nos ayuda a comunicar mucha información) y la conducta manifiesta (determinada por sus rasgos de personalidad y lenguaje corporal). En el caso de las redes sociales, nuestra percepción podría verse limitada a 1 o 2 sentidos.

Enfoque y/o metodología de abordaje

El diseño del estudio es de tipo experimental cuantitativo utilizando un razonamiento deductivo para llegar a la verificación de la hipótesis presentada en la línea de investigación y generación del conocimiento: “Tendencias del marketing holístico para el desempeño individual y profesional” en donde generalmente se utilizan mediciones ordinales, la operacionalización es esencial.

Como hipótesis del estudio se plantea (*Hi*) la búsqueda de aprobación social en las redes sociales se debe a la falta de conciencia que se tiene de la proyección visual de las imágenes compartidas.

El proceso metodológico define conceptos difusos, sin embargo se permiten ser medidos empírica y cuantitativamente a través de una definición operacional. Como primera fase, se estableció un sistema de medición numérica para permitir el análisis estadístico y replicación sobre las variables de edad, género y nivel socioeconómico, utilizando 60 ítems en una escala de *Linket* con afirmaciones referidas al manejo de Internet y las redes sociales; incluyendo aspectos sobre variables conceptuales tales como la primera impresión, vestimenta, actitud, personalidad y la influencia de lo atractivo, entre otros. La intención de las afirmaciones ha sido valorar las opiniones, los gustos, la satisfacción y el conocimiento frente a las áreas mencionadas explorando las tendencias y las discrepancias de las respuestas respecto a variables analizadas.

Para su análisis se ha empleado la *Chi cuadrada de Pearson*, ya que el objetivo es conocer qué tanto se parece la distribución observada con los resultados teóricos. El tipo de muestra es probabilístico estratificado, es decir, cada elemento de la población bajo estudio tiene una probabilidad de ser seleccionado dentro de las unidades de observación agrupadas con base a características similares en función al número de población clave dentro del área Metropolitana de Monterrey. Se consideró a hombres y mujeres de entre 18 y 28 años como parte de la muestra representativa.

Para una segunda etapa, se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de carácter estadístico y demográfico, de tipo sociológico y se limita a medir las variables que define en el proyecto de investigación. Se elaboró un instrumento que cubriera con las características visibles de una imagen o fotografía de perfil y portada y se aplicó a 150 perfiles de Facebook² de manera aleatoria enfocándose en grupos de Universidades locales o grupos de ventas, de habitantes de alguna de las ciudades del Área Metropolitana de Monterrey, siguiendo las variables demográficas establecidas en el primer instrumento. Se cuantificó si la imagen de perfil era *selfie*, es decir tomas de uno mismo (generalmente con el *smartphone*); retrato, imagen del protagonista tomada por otra persona; si se contaba con un paisaje; por último si contaba con alguna ilustración (avatar) o imagen con frases o mensajes. Se buscó identificar el estado de ánimo de la foto de perfil, basándose en si proyectaba alegría o felicidad, desprecio o desdén, enfado, ira rabia; repugnancia; miedo o temor; tristeza; sorpresa o simplemente no se distingue la cara del o la dueña del perfil de Facebook.

Uno de los aspectos más importantes en los que se quiso enfocar este experimento, ha sido conocer la cantidad de *likes* (me gusta) de las fotos de perfil, dando con ello un panorama de la aceptación o el rechazo de la misma ante la comunidad de la red social. Identificar, con apoyo de expertos, si la fotografía había sido retocada o aplicado algún filtro; si estaba solo, sola, en pareja, con mascotas, haciendo alguna actividad (gimnasio, deporte al aire libre, turismo...). Por último, se identificó el grado de privacidad que utilizaban.

Principales resultados, reflexiones y conclusiones

Las redes sociales se nutren de las aportaciones de los propios usuarios. El flujo de contenidos en base a la colaboración es gigantesca. Pero no existe un criterio jerarquizado de organización, evaluación o selección como el que tienen los medios tradicionales (Campos, 2008).

Ros (2009) señala que, aunque aparentemente pueda parecer que el objetivo de una red social exitosa se fundamente sobre su crecimiento rápido y amplio, lo cierto es que han surgido otras tipologías de redes más específicas enfocadas hacia un nicho específico de mercado.

La popularización de las plataformas que buscan la ampliación de relaciones virtuales, ha estado generando a las compañías o administraciones públicas a restringir sus usos dentro de la jornada laboral, pues el uso que le dan se relaciona más con el entretenimiento que con la productividad.

Facebook es un sitio de Internet que teje una amplia red de personas, instituciones, organizaciones sociales y escuelas, entre otras que quieren relacionarse. Es un sitio mediante el cual, además de publicar fotos, eventos, enlaces, videos, comentarios y sugerencias, se puede mantener comunicación con compañeros de trabajo, amigos y familiares, cada día las 24 horas (¿Qué es Facebook?, 2011).

El sitio web creado en el 2004 es gratuito y a través de sus diversas herramientas, permite conversar en tiempo real, encontrar, agregar amigos y establecer nuevos vínculos. Los nativos e inmigrantes digitales que utilizan este tipo de comunicación en línea, valoran los beneficios sociales que obtienen de ella, lo que habla de la inclusión social que se produce a través de esa

interacción. La comunicación en línea sobre todo de los jóvenes está influenciada por su percepción de identidad y autoestima, así como por la compensación y el ambiente social (Arcila & López, & Peña, 2017).

La popularidad del Facebook se le atribuye a la facilidad con la que se puede compartir las fotografías o videos. Además de la posibilidad de dar a conocer o vender un producto, crear una cuenta y convertirse en miembro. Este tipo de redes de alguna manera suple el aislamiento social y la falta de trato hacia las otras personas que trae consigo el desarrollo y la vida moderna (Mejía, 2015).

La misión de Facebook (Newsroom, 2017) es “ofrecer a las personas la posibilidad de crear comunidad y acercar el mundo. Las personas utilizan Facebook para mantenerse conectadas con sus familiares y amigos, para descubrir lo que está pasando en el mundo y para compartir y expresar todo lo que les interesa”. Según sus propios datos, esta plataforma cuenta con más de 1.370 millones de usuarios activos (en junio de 2017).

Entre sus diferentes opciones de interacción, esta red social permite a través de los *likes* o “Me gusta” comunicarle a otro usuario que lo publicado le genera identificación o deleite. No obstante, en esta red no existe la función de *dislike* (“No Me gusta”), únicamente se puede expresar que algo gusta, pero no que disgusta (Ayala, 2012).

Algunos de los datos proporcionados por el experimento observacional son los siguientes:

De los 150 perfiles valorados, el 51% ha sido de mujeres y el 41% de varones, siendo la *selfie* la principal carta de presentación a su perfil de Facebook. Solo el 5.3% usa algún tipo de ilustración.

En la mayoría de los perfiles observados, los protagonistas buscan dar la mejor versión física de su rostro, denotando alegría o felicidad (71.3%). El 42.7% suelen ser mujeres posando y buscando el mejor ángulo visual para la cámara. De igual manera, es el sexo femenino quienes utilizan con mayor frecuencia algún tipo de retoque digital con un 52%.

En las fotografías de perfil tipo selfies de las mujeres, aparentemente se ve incrementado el número de *likes* o “me gusta” cuando éstas se encuentran manipuladas con filtros y/o retoques digitales. Por el contrario, las fotografías de perfil de los hombres, tienen mayor aceptación ante la comunidad cuando no están trabajadas digitalmente.

El 15.7% de las fotografías de perfil tipo selfies retocadas digitalmente de las mujeres suelen estar acompañadas por gesticulaciones, medias sonrisas, poses diversas como alzando la ceja o resaltando sus atributos (busto o glúteos). Es común observar entre las jóvenes el gesto de “boca de pescado” conocida como “*fish gape*”. Consiste en dejar la boca entreabierta, un poco sutil; la idea es “chupar las mejillas” y mantener la barbilla hacia abajo, para dar una ilusión de un rostro más delgado. En un 19.7% de los perfiles masculinos se observa que en la foto de perfil prefieren usar lentes de sol o hacer una expresión de arrogancia alegre.

Se observó que un 48% de los perfiles observados mantiene un nivel de privacidad medio (32% mujeres y 16% hombres), esto al dejar penetrar en información expuesta tanto en fotografías como en datos personales; siendo presa fácil para la delincuencia organizada, acosadores o cualquier persona que desee hacerles algún tipo de daño.

En ningún tipo de los casos observados se detectó el uso de los *selfies-stick*. De igual manera no se observaron fotografías de perfil eróticas o insinuantes. De los 150 perfiles valorados de manera aleatoria, no se observó el acompañamiento de mascotas, o bien, en actividades recreativas o laborales.

Las fotografías que tenían un gran número de *likes* o comentarios positivos, generalmente tenían una correspondencia, ya sea con un agradecimiento o un *emoji*.

El estudio observacional ha dado inquietantes respuestas. Han sido poco los perfiles observados que no representan la muestra representativa de la cantidad de personas con perfiles en las redes sociales del AMM, sin embargo, ha dado pausa para seguir con el proyecto y valoración de las proyecciones que se emiten de manera inconsciente en este tipo de cuentas de interacción individual.

Las relaciones públicas personales y la percepción de las mismas a través de los perfiles de dicha plataforma están revolucionando el mundo de la comunicación, incluso llegando a afectar de manera íntima a nivel individual. No estar integrado en las redes sociales o no estar en tiempo real, se interpreta como algo extraño e incluso a un paso de la marginación.

No obstante, la representación visual en el ser humano, siempre ha cumplido un papel muy importante; por lo tanto, no se debe extrañar que se requiera, de vez en cuando, enaltecer nuestra imagen.

En las redes sociales se tiende a proyectar lo mejor de nuestras vidas, aunque no siempre se ajuste a la realidad, por lo que se recomienda que se toque fondo y se comiencen a trabajar campañas de comunicación y relaciones públicas más fuertes para lograr que las personas, especialmente las nuevas generaciones aprendan a aceptarse y valorarse tal cual son, encausando sus esfuerzos y energía a ser mejores seres humanos, colmados de valores que sobresalgan por encima de la banalidad.

Referencias bibliográficas

- “¿Qué es Facebook?” (04, enero, 2011). *Periódico La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/04/politica/003n2pol>
- Arcila, C., & López, M., & Peña, J. (2017). El efecto condicional indirecto de la expectativa de rendimiento en el uso de Facebook, Google+, Instagram y Twitter por jóvenes. *Revista Latina de Comunicación Social*, 72, 590-607.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1993). Effects of Social Comparison Direction, Threat, and Self-Esteem on Affect, Self-Evaluation, and Expected Success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 708-722.
- Ayala, H. (06, diciembre, 2012). “Expresión personal y empatía en las redes sociales: los estudiantes universitarios y el uso de Facebook”. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/33167/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Barthey, H. (1982). *Principios de percepción*. México D. F.: Trillas.
- Facebook. Newsroom. Disponible en: <https://ltam.newsroom.fb.com/company-info/>
- Festinger, L. (1954). *A Theory of Social Comparison Processes*. Indiana E.U.: Editorial Bobbs-Merrill.
- iProfesional. (2013, agosto 14) “Expertos revelan que el uso de Facebook socava la felicidad”. *iProfesional.com. Emprendimientos Corporativos S.A.* Buenos Aires, Argentina. <http://www.iprofesional.com/notas/167627-facebook-redes-sociales-felicidad-Expertos-revelan-que-el-uso-de-Facebook-socava-la-felicidad>
- Mejía, V. (2015). Análisis de la influencia en las redes sociales en la formación de los jóvenes de los colegios del Cantón Yaguachi. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7468/1/TESIS_COMPLETA.pdf
- Rebolledo R.A. (2017, mayo 17) “7 datos sobre los usuarios de internet en México en el 2017.” *El Economista*. México. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/empresas/7-datos-sobre-los-usuarios-de-internet-en-Mexico-en-el-2017-20170518-0161.html>
- Ross, M. (2009). Evolución de los servicios de Redes Sociales en Internet. *El Profesional de la Información*. Disponible en: <http://www.documentalistaenredado.net/contenido/2009/art-ros-redes-sociales.pdf>
- S. A. (11, diciembre, 2014) . “Cirugías plásticas aumentan en época de selfies”. *El Universal.mx Ciencia*. Disponible en: <http://archivo.eluniversal.com.mx/ciencia/2014/cirugias-plasticas-selfies-98759.html>
- Sánchez, I. (2014). *Teoría de la comparación social de León*. Disponible en: <http://sociologoholic.blogspot.mx/2014/02/teoria-de-la-comparacion-social-de-leon.html>

Smith, E. & Mackie, D. (1995). *Social psychology*. New York: Worth Publishers.

Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological bulletin*, 90 (2): 245.

1. Encuesta realizada en el Área Metropolitana de Monterrey a 325 personas de entre 18 y 28 años estudiantes de las siguientes instituciones educativas: Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Tecnológico de Monterrey, Universidad de Monterrey, Universidad Regiomontana, Universidad del Norte y Universidad Metropolitana de Monterrey. ↩
2. Para la presentación de este artículo académico, y con base en la Ley Federal de Protección de datos personales, no se mencionarán los datos proporcionados. Artículo 6 y 10. II, III y VI y Ley Federal del Derecho de Autor Artículo 87 y 152. ↩

Capítulo 6

¿Se contradicen las relaciones públicas con la promoción de la lactancia materna?

Marta Ausona Bieto¹

(1) Universidad Ramón Llull

Resumen

La lactancia materna es un tema culturalmente complejo cuya promoción e inhibición depende de múltiples factores. Considerada como una cuestión de salud pública, organismos como la OMS y UNICEF, desde 1974, advierten de la necesidad de emprender medidas para su promoción internacional. Dentro de este marco de promoción de la salud neonatal e infantil se han llevado a cabo una serie de campañas dirigidas a las madres para promocionar el amamantamiento tanto desde organismos oficiales internacionales y nacionales como desde asociaciones de apoyo a la lactancia y otros actores de la sociedad civil. Dentro de esta promoción se enmarcan campañas promocionales que colisionan de forma paradójica con informaciones de agentes de salud que las contradicen (médicos/as, pediatras, enfermeras,...) y/o con cierta publicidad subliminal de leche de fórmula dentro de los Centros de Atención Primaria de Salud (de ahora en adelante CAP).

Por otra parte, algunas académicas feministas, ven en estas campañas un control social sobre los cuerpos maternos. Factores que, enhebrados unos con otros, pueden ser condicionantes en las prácticas de lactancias contemporáneas, inhibiéndolas e invisibilizándolas. En este contexto, es necesario reflexionar e investigar sobre el impacto de estas campañas, su acogida, los factores que pueden condicionar su éxito y el papel de las relaciones públicas para contrarrestar los efectos indeseados.

Palabras clave : *Lactancia materna, Relaciones públicas, Lactancia de fórmula, Salud neonatal, Campañas*

Introducción

En 1974, la 27ª *Asamblea Mundial de la Salud* advierte del alarmante descenso de la lactancia materna y de los efectos negativos que la lactancia de fórmula tenía tanto en el llamado Occidente como, sobre todo, en los países empobrecidos¹. Relacionan este descenso con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales y recomiendan a los estados adoptar medidas correctoras. Para evitar la presión comercial ejercida por la lactancia de fórmula la *Asamblea Mundial de la Salud*, en 1981, aprueba el *Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna*. Una de sus principales disposiciones es la prohibición de los términos *maternizada* o *humanizada* para la leche de fórmula, así como las imágenes que idealizan estos productos. En España es de aplicación el R.D. 72/1998, que recoge la mayor parte de las disposiciones del Código pero que no se aplica a la leche de continuación ni a los biberones o tetinas.

En el 1991 UNICEF inicia un proyecto internacional de promoción de la lactancia materna, la *Baby Friendly Hospital Initiative*. En España se tradujo como iniciativa IHAN². El propósito de esta iniciativa es que las Maternidades que acreditasen buenas prácticas en la promoción de la lactancia obtuvieran una certificación de la OMS-UNICEF.

A partir de la década de los 80, siguiendo las recomendaciones de la OMS sobre el parto y la lactancia, diferentes organismos como la *Asociación Española de Pediatría*, la *Asociación Catalana de Comadronas* y el *Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña*, entre otras, realizan campañas de promoción de la lactancia exclusiva y *a demanda* editando materiales para profesionales de salud y para las madres. En paralelo a estas campañas se van estableciendo una serie de recomendaciones para protegerla vinculados a los protocolos del parto.

Otra medida de la OMS (2003) fue recomendar empezar la lactancia exclusiva y *a demanda* durante los primeros 6 meses, y una vez introducida la alimentación complementaria -que no debe ser sustitutiva-, se recomienda seguir con la lactancia hasta al menos dos años. Una vez pasados éstos, sigue recomendando su continuación hasta que madre y niño/a deseen.

En Cataluña, el *Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña* elabora el *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al neonato* (2003), incluyendo las recomendaciones de la OMS. Actualmente, a través de los Centros de Atención Primaria (CAP), se realizan cursos dirigidos a las madres de preparación al parto y de recuperación en el postparto, donde la lactancia es uno de los temas que se trabajan. Al mismo tiempo, en diferentes CAP, se llevan a término grupos de apoyo a la lactancia conducidos por una comadrona o una pediatra.

Aparte de la promoción oficial de la lactancia, existen toda una serie de asociaciones y grupos de apoyo, formados por madres, *asesoras de lactancia*³ y comadronas que promueven su normalización. A día de hoy, existen federaciones españolas que los agrupan. A nivel estatal, el año 2003, se funda FEDELMA (*Federación Española de Asociaciones pro Lactancia Materna*), que reúne a más de 50 asociaciones y grupos de apoyo, la mayoría de las cuales son asociaciones de mujeres. En Cataluña, un año antes, se funda la *Federación Catalana de Grupos de Suporte a la Lactancia Materna* con el objetivo de coordinar a las 23 entidades independientes que coexisten en Catalunya y que representan a un total de 50 grupos en activo.

En el campo de las asociaciones también se encuentran aquellas que nacen exclusivamente con el propósito de normalizar la lactancia en el llamado “espacio público”, como *Lactancia en libertad*. Este grupo tiene como objetivo conseguir leyes que protejan la lactancia materna en estos espacios. Visibiliza denuncias de madres lactantes que han sido expulsadas por amamantar en establecimientos abiertos al público: museos, restaurantes, centros comerciales, entre otros.

La *Semana Mundial de la Lactancia Materna* es un evento diseñado por UNICEF que se celebra en 120 países, entre ellos España. Evento que, conjuga los esfuerzos de organismos oficiales, asociaciones y grupos de apoyo para visibilizarla a la vez que pretende promoverla.

Para Montes (2007), Esteban (2000), detrás de todas estas campañas de promoción de la lactancia se encuentra un acto de biopoder (Foucault, 1992) y de violencia simbólica sobre las madres. No obstante, en mi tesis doctoral (Ausona, 2016), que parte de un trabajo etnográfico de 4 años, se demuestra cómo las madres que amamantan *a demanda* también reciben presiones médicas para dar el pecho de forma más pautada, “controlada” o que dejen paulatinamente de amamantar. Así como existen numerosas prácticas e intervenciones médicas que interfieren en la “libre demanda” que a través de las campañas se quiere promocionar.

Durante el transcurso de mi investigación realicé un análisis de los factores que inhiben o desnaturalizan la lactancia, especialmente cuando se prolonga en el tiempo, así como de algunas acciones y/o campañas que la promueven. Fruto de estos resultados, se plantea en este artículo cómo estas campañas —producto de las relaciones públicas—, pueden no producir el efecto deseado debidos a interferencias médicas y sociales que se deben de contemplar.

Objetivos de investigación

Uno de los objetivos planteados de mi investigación y que se vincula al objetivo del presente artículo, era descubrir las contradicciones que se encuentran entre la promoción institucional de la lactancia materna versus las presiones que las madres lactantes expresan padecer por parte del cuerpo médico.

Una de mis hipótesis, partía del hecho que nuestro concepto de Modernidad se articula en torno a la creación de individuos libres, concebidos como preexistentes a las relaciones sociales, viéndose las lactancias como fusiones materno-filiales que impiden la emergencia de la autonomía y diluyen la propia identidad. En este sentido, la gran parte de consejos pediátricos que reciben las madres van en consonancia en amamantar de forma pautada o directamente destetar para promover la autonomía del hijo/a y no malcriarlo. Por otra parte, la existencia de intereses comerciales alrededor de la industria de la nutrición infantil va en detrimento de los resultados que se esperan en la promoción de la lactancia materna realizada a través de las campañas de salud neo-natal.

Marco teórico

Se sabe que los protocolos médicos y consejos pediátricos asociados a la lactancia materna, iniciados durante los años 60 y 70 del siglo XX, interfirieron negativamente en la producción de la leche humana. Entre estas interferencias, hallamos el rechazo del calostro retrasando la primera toma, la abrupta separación entre la madre y el bebé durante su ingreso hospitalario; determinar un tiempo de espera entre cada toma estableciendo a la vez un tiempo de duración de las mismas, que solían ser de 10 minutos en cada pecho; así como recomendar la alternancia con la leche artificial y regalar o recomendar muestras gratuitas de algunas marcas (Ausona, Brigidi y Cardús, 2017).

Las prácticas en la regulación de horarios, que en menor medida se siguen llevando a cabo, responden, entre otras variables, a una regularización ligada “a las necesidades de organización del medio hospitalario así como a una racionalización de las tareas domésticas siguiendo unas pautas similares a la organización científica del trabajo” (Narotzky, 1995). En un contexto de producción de alimentos artificiales infantiles por parte de grandes multinacionales:

Podemos especular con los beneficios económicos que ambos pueden reportar ya que suponen por un lado el aumento hipotético de la demanda a largo plazo pero sobretodo adelantan la

necesidad de introducción de alimentación artificial, teniendo en cuenta que cuanto más se adelanta, más necesidad existe de recurrir a alimentos infantiles de producción industrial (leche en polvo, “potitos”,...) (Narotzky, 1995).

Para la antropóloga, este control biomédico de la lactancia en manos de expertos masculinos responde tanto a una expropiación de saberes maternos/femeninos como al crecimiento capitalista de la industria de alimentos infantiles. Cabe considerar si las campañas que se realizan de promoción de la lactancia tienen en cuenta estos saberes y las diferentes subjetividades de las madres a la hora de diseñar materiales donde ellas puedan sentirse identificadas.

En este sentido, para Montes (2007) y Esteban (2000), detrás de todas estas campañas de promoción se encuentra el protagonismo que quieren tener -y están teniendo- tanto los pediatras como otros profesionales médicos, en la regulación de la vida de las criaturas y de sus progenitores, “para acentuar su poder” (Eyer, 1995, en Montes, 2007) y su control sobre la población.

Esteban (2000) observa, en el trato actual que se le da a la lactancia, un ejemplo de cómo se proyecta la reacción médica y social frente “el avance del feminismo, los cambios en la vida de las mujeres y los éxitos en cuanto a una mayor autonomía” (Esteban, 2000). Montes (2007) interpreta la práctica de la lactancia materna exclusiva y *a demanda* como una *imposición* vivida como *voluntaria* por las madres que la practican y que genera culpabilidades sobre las madres reales. Especialmente sobre las que deciden no amamantar o las que viven *negativamente* la lactancia. Es por tanto necesario repensar campañas donde las madres no se sientan culpabilizadas, presionadas o estigmatizadas, frente de sus diversas prácticas lactantes. Al mismo tiempo que, matizando las observaciones de estas autoras, mi investigación doctoral detectó culpabilidades entre las madres lactantes que daban el pecho a demanda a medida que el/la hija iba creciendo (Ausona, 2016).

Metodología

Mi investigación se enmarcó dentro de la intersección entre la Antropología del Parentesco, del género y de la salud. El trabajo de campo se inició en setiembre del 2011 y finalizó en enero del 2015. Se utilizó una metodología cualitativa para recoger y analizar experiencias subjetivas de madres respecto a sus procesos de maternidad y lactancia.

Respecto a las técnicas de investigación, el mayor peso lo tuvieron las entrevistas en profundidad, semi-dirigidas, a 25 madres. El criterio del muestreo fue: 1) que fueran madres que hubiesen amamantado más de un año o tuvieran intención de hacerlo; 2) que participasen en grupos de apoyo a la lactancia materna y/o de crianza; 3) combinar madres primerizas con madres que tuvieran más de un hijo/a.

La búsqueda de informantes se realizó a partir de grupos pro-lactancia. A partir del diseño de un guion previo, se realizaron diferentes sesiones de entrevistas (40) con el fin de poder recopilar diferentes percepciones y representaciones de sus historias de vida y sus procesos de crianza, así como la percepción de las presiones recibidas para destetar o amamantar de forma más pautada.

Las informantes habían dado el pecho entre un mínimo de un año y un máximo de siete; siendo la media de 3 años. Todas las madres eran heterosexuales y la mayor parte de ellas (80%) vivían con el padre de los/as hijos/as (fuera porque estuvieran casadas o porque fueran pareja de hecho), no obstante, un 8% de ellas eran monomarentales. En cuanto a la franja de edad, la mayor parte de ellas (el 52%) tenían entre 36 y 40 años. El 60% de ellas tenían dos hijos/as. Finalmente, el 56% restante tenían estudios universitarios existiendo un 20% con estudios primarios y un 20% con formación profesional.

En paralelo a las entrevistas se realizó observación participante en diferentes grupos de Barcelona ciudad: 2 grupos de apoyo a la lactancia de dos asociaciones sin ánimo de lucro, 2 cursos de *Educación Maternal* realizados en dos CAP y, finalmente, 1 grupo de crianza no constituido como asociación. Asimismo, se analizaron campañas y discursos en los *mass media* y las redes sociales virtuales.

Todo el material recopilado fue analizado a través de un enfoque hermenéutico basado en la interpretación y análisis de los discursos recogidos. El consentimiento de las informantes se obtuvo en un encuentro preliminar con cada una de ellas donde se les explicaba el proyecto y su finalidad. Asimismo, se acordaba el tratamiento de sus datos personales, garantizándoles el anonimato y la confidencialidad.

Resultados

En la actualidad, se siguen llevando a cabo, por parte de profesionales de la salud, consejos y prácticas que interfieren negativamente en la producción de la leche humana a la vez que van en contra de la evidencia científica y de los protocolos existentes diseñados para proteger la lactancia. Estas malas praxis entran en confrontación con las campañas para promoverla y publicitarla. Existe una colisión con el trabajo de las relaciones públicas para apoyarla institucionalmente. Se puede decir, que existen unas relaciones públicas oficiosas en contradicción de las relaciones públicas oficiales propiamente dichas. La desactualización sobre la lactancia de algunos pediatras y enfermeras, entre otros profesionales que trabajan con madres lactantes, es otro factor que interfiere en esta labor.

Por otra parte, las campañas realizadas por asociaciones de apoyo a la lactancia tienen como objetivo normalizarla a través de recoger las demandas de los grupos de apoyo formados por madres. Como ejemplo encontramos el hecho de que, en el congreso anual de lactancia materna realizado por FEDALMA, se abre un concurso para recibir propuestas de diseños del cartel que se elegirá para el evento y que ha de ir acorde con la temática propuesta. Otro ejemplo fue la campaña *El mundo es mi sala de lactancia*, organizada por la tienda de artículos de bebés [Nanufacture](#) y diseñada por la agencia *Ladies & Gentlemens*. Dicha iniciativa privada, que empezó montando un escaparate de lactancia y diseñando un bolso de tela, se convirtió en viral a través de las redes de Facebook:





Figura 1 y 2. Fotografías de la campaña *Esta es mi sala de lactancia*. Extraído de *“Ladies & Gentlemen”* (2019).

Siguiendo con las campañas de promoción y normalización de la lactancia en el espacio público, surgió la *When Nurture Calls*, diseñada por los estudiantes de la Universidad de North Texas: Johnathan Wenske y Kris Haro, en el 2014. El cartel aludía, denunciándola, a la práctica de forzar a las madres a amamantar en los lavabos para no disturbar el orden público.



Figura 3. Campaña *When Nurture Calls*. Extraído de “*Medical Daily*” (2014)

Delante de las prohibiciones o censuras de mostrar la lactancia en espacios públicos, más que campañas oficiales han surgido acciones de las propias madres. En este sentido, existen las llamadas *tetadas* o concentraciones de madres lactantes delante de museos, centros comerciales u otros lugares semi-públicos de donde se ha expulsado a madres lactantes por dar el pecho a sus hijos/as sin ocultarse. Otra variante de reivindicación en esta línea se produjo cuando, en el marco de la Semana Mundial de la Lactancia en 2013, Facebook censuró, por considerarla inadecuada, una fotografía de mujeres lactando en una playa:



Figura 4 y 5. Fotografías de Maica Luis. Extraído de “Mimos y Tetas” (2013)

Otras acciones de promoción han surgido por parte de las propias madres como reacción no sólo a censuras o prohibiciones de visibilizar la lactancia en espacios públicos sino a artículos en los *mass media* que han sido vistos como ataques a la lactancia. El 17 de octubre del 2010, en el magazine dominical de *El Mundo* se publicó un polémico artículo sobre la lactancia materna. Más que por su contenido en sí, lo que suscito la indignación de las madres fue el hecho de que apareciesen fotografías de una mujer pintada como una vaca que representaba a una madre lactante. En las redes sociales virtuales, una madre activista creó un dibujo de una madre lactando

en el que se leía: “más que vaca yo soy una loba. Y los crío con amor y lo mimo ¿Algún problema al respecto?” (Ausona, 2016).





Figura 6 y 7. Portada y foto interior El Mundo (2010) y dibujo para camisetas. Extraído de “Aprendiz de madre” (2010).

Una polémica campaña oficial de la Ciudad de Méjico, que fue criticada por la propia Camila Sodi una de las actrices de la cual se utilizó su imagen sin su consentimiento, tenía el lema “No le des la espalda, dale el pecho”. La actriz, que veía la campaña de mal gusto, afirmaba a su vez que ella había dado el pecho un año y medio a su hijo. La formaban una serie de carteles con fotografías de famosas mexicanas, de cuyos torsos desnudos se tapaban los pechos con sábanas que llevaban el lema impreso. En los márgenes de la composición fotográfica se leían mensajes sobre los beneficios de la lactancia materna. El conflicto se produjo a causa del lema elegido ya que daba a entender que las madres que no amamantaban eran negligentes —les daban la espalda a sus hijos/as—. En este contexto, la campaña contenía en sí misma una amenaza culpabilizadora que alertó a asociaciones feministas siendo, a su vez, criticada por las misma madres lactantes.



Figura 8. Camila Sodi y la polémica por la campaña por la lactancia. Extraído de “Oliver Quintal Periodista” (2014).

Respecto a la medicalización de la lactancia citada en el marco teórico, relacionándola ahora con la industria de la nutrición infantil, una madre lactante y pediatra de profesión, que fue una de mis informantes clave (Ausona, 2016), resaltaba la propaganda subliminal existente en los CAP a través de carteles informativos en las paredes, tallímetros o tazas en los despachos, que llevan la marca de alguna de las grandes empresas de leche de fórmula y nutrición infantil. La informante, en algunas de sus charlas en congresos, ha denunciado que colegas suyos siguen ofreciendo muestras gratuitas de leche a las madres.

Otra de las connivencias entre algunos profesionales médicos y susodichas multinacionales se produjo también en España en el 2013 (Tardón, 2013), donde el 60% de los miembros del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) dimitían debido a la publicación de una propaganda de leche de fórmula —destinada a bebés nacidos por cesárea— en la contraportada de la revista de la AEP. Propaganda que, en contra de la normativa sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna, ponía en cuestión que ésta fuera la mejor manera de alimentar a estos recién nacidos.

Estas praxis chocan abiertamente con las campañas oficiales existentes a favor de la lactancia materna. Estas contradicciones recaen sobre la población diana, las madres lactantes, que se ven inmersas en mensajes y praxis contradictorias por parte del cuerpo médico pudiendo aumentar su confusión, su sentido de culpa delante de sus crianzas –sean con leche materna o de fórmula- y pueden incidir directamente en destetes tempranos.

Conclusiones

Todas las informantes habían recibido críticas y/o presiones, de distinta envergadura, en sus formas de amamantar, tanto en espacios públicos como por parte del cuerpo médico y sanitario. Las razones por las cuales son criticadas son múltiples, entrando en juego discursos sobre: 1) la dependencia materno-filial, 2) el acto de *malcriar* a los y las hijas al no saberles imponer una disciplina corporal basada en la espera y 3) la obscenidad o el mal gusto de amamantar en público. En todos los casos se critica la “no restricción” de la lactancia convirtiéndola, culturalmente y aunque se sigan las recomendaciones de la OMS, en una “lactancia excesiva”. Estas críticas son vividas por las madres como presiones para dejar de amamantar o hacerlo de tal modo que se acaba interfiriendo negativamente en la producción de leche materna conllevando destetes involuntarios.

Delante de este contexto cultural, donde se conjugan los intereses comerciales a favor de la lactancia de fórmula, a veces con el propio apoyo del sector sanitario, se diseñan campañas de apoyo a la lactancia tanto desde organismos oficiales como por parte de asociaciones de apoyo e incluso por particulares. No obstante, los protocolos y las campañas de promoción institucional entran en colisión con prácticas médicas que, en forma de consejos pediátricos, contradicen el contenido de las mismas. A esta paradoja se le une la publicidad subliminal de productos de lactancia artificial y la aún existente –y prohibida práctica- de ofrecer muestras de las mismas o prescribir lactancia de fórmula en casos donde no está clara su necesidad. Por otra parte, existen campañas que las propias madres lactantes, en redes sociales como Facebook, las han tildado de cupabilizadoras o de “mal gusto”. Finalmente, las campañas de las asociaciones y otros agentes de la sociedad civil, tienen más en cuenta las subjetividades de las madres lactantes, surgiendo a veces de las propias madres activistas. Mostrándose, así, más efectivas y menos culpabilizadoras.

Referencias bibliográficas

- Aprendiz de madre. (2010). *De “madres vacas” y periodistas fátuas*. Disponible en: <https://aprendizdemadre.wordpress.com/2010/10/17/de-%C2%ABmadres-vaca%C2%BB-y-periodistas-fatuas/>
- Ausona, M. (2016). *Alletaments de llarga durada social i altres usos de la corporalitat en la criança. (Tesis Doctoral)*. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Ausona, M; Brigidi, S.; Cardús, L. (2017). Lactancias, capital y soberanía alimentaria. La falaz escasez de la leche humana. *Dilemata*, 25, 135-142
- Bacai, S. (2014). 'When Nurture Calls' Campaign Depicts Mothers Breastfeeding In Filthy Bathrooms In Effort To Combat Feeding Stigma. *Medical Daily*. Disponible en: <https://www.medicaldaily.com/when-nurture-calls-campaign-depicts-mothers-breastfeeding-filthy-bathrooms-effort-combat-feeding>
- Esteban, M.L. (2000). La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia Materna. En Perdiguero y Comelles (coord.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 207-226). Barcelona: Bellaterra.
- Eyer, D. E. (1995), *Vinculación madre-hijo. Una ficción científica*. Herder, Barcelona.
- Foucault, M. (1992) “Del poder de soberanía al poder sobre la vida” a M. Foucault *Genealogía del racismo*. Madrid: La Piqueta, pp. 247-273
- Generalitat de Catalunya. (2003). *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al neonato*. Barcelona: Departamento de Salud.
- Ladies & Gentlemens. (2019). *El mundo es mi sala de lactancia*. Disponible en: <https://cargocollective.com/ladiesandgentlemen/El-mundo-es-mi-sala-de-lactancia>

- Montes, M.J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Barcelona: Universitat Rovira i Virgili
- Narotzky, S. (1995), *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Oliver Quintal, J. (2014). Camila Sodi y la polémica por la campaña de la lactancia. Disponible en: <http://johnnyoliverquintal.blogspot.com/2014/05/camila-sodi-y-la-polemica-por-la.html>
- OMS-UNICEF. (1981), *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS-UNICEF. (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- R.D. 72/1998 de 4 de febrero 1998, *Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación*. BOE 30/2417:3772-3780
- Scheper-Hughes, N. (1992), *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Tardón, L. (2013). Revuelo en la asociación española de pediatría. *El Mundo*. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/07/26/noticias/1374854756.html>
- UNICEF. (2005). *Estado mundial de la infancia La infancia amenazada*. Nueva York: UNICEF.
-

1. Aumento de la mortalidad debido a la preparación de biberones con agua no potable y/o a la falta de protección que se deriva de la lactancia, endeudamiento (Scheper-Hughes, 1997; UNICEF, 2005)↵
2. En España, se crea la Asociación IHAN en abril del 1996. Las siglas IHAN responden a Iniciativa Hospital Amigos de los Niños posteriormente llamada, conservando las mismas siglas, Iniciativa por la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (2009). La Información ha sido extraída de la página web de IHAN (2019, recuperado en <http://www.ihan.es/index1.asp> el 20 de marzo del 2019)↵
3. Existe una certificación oficial de sus conocimientos, IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultants*), que las acredita a nivel internacional.↵

Capítulo 7

Las relaciones públicas para la prevención de la ablación/ mutilación genital femenina entre las mujeres subsaharianas residentes en España

María del Mar Pastor Bravo¹

(1) Universidad de Murcia

Resumen

La ablación/mutilación genital femenina en cualquiera de sus tipos es un problema de salud pública que afecta a 200 millones de mujeres y niñas en el mundo. Es una práctica especialmente prevalente en diversos países del África Subsahariana, si bien, actualmente se estima que 69.086 mujeres que provienen de dichos países han sufrido o están en riesgo de sufrir el corte de sus genitales en España. Los profesionales sanitarios de países occidentales deben identificar y tratar las secuelas de dicha práctica, así como trabajar en la prevención de la ablación/mutilación genital femenina. Para ello se ha diseñado una intervención basada en las relaciones públicas que aumente los conocimientos de las mujeres subsaharianas en las consecuencias de la práctica, legislación, derechos humanos y desmitificación de las justificaciones por las que se realiza, a fin de promover un cambio de actitudes que las posicionen en contra de perpetuar la A/MGF en sus hijas. La intervención se realizó a un grupo piloto de mujeres subsaharianas mutiladas genitalmente residentes en España. Se estimuló que discutiesen sus vivencias respecto a la ablación/mutilación genital femenina y las consecuencias, se ofreció información y se reforzó mediante testimonios en audiovisuales. Se compararon los conocimientos pre y post intervención mediante cuestionario, obteniendo mayor información en los temas tratados y la oposición a mutilar a sus hijas. La evaluación de la actividad fue valorada como muy positiva por las participantes. Esta intervención puede servir como modelo para trabajar en la prevención de la A/MGF de forma respetuosa en países donde la A/MGF no es una práctica cultural.

Palabras clave: *Ablación/mutilación genital femenina, prevención, educación para la salud, enfermería, relaciones públicas, migración.*

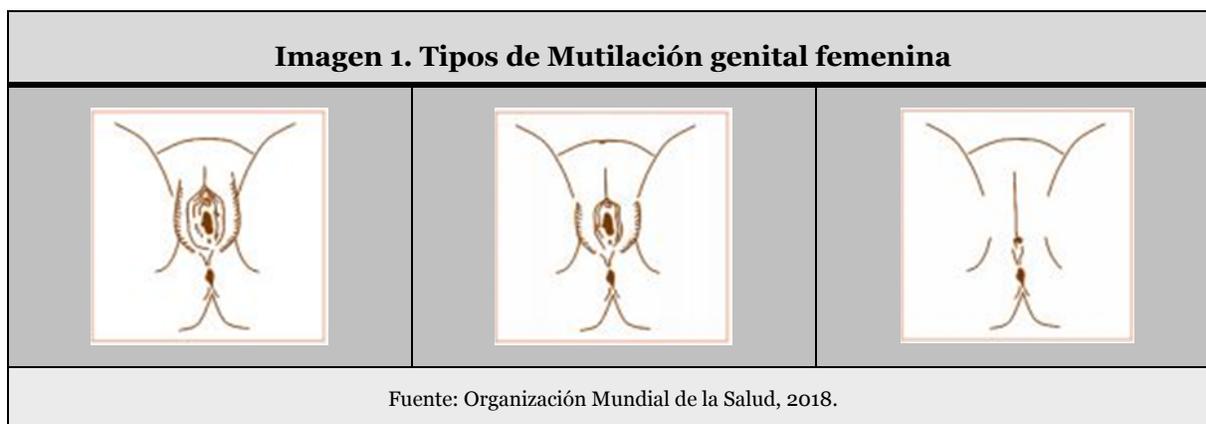
Introducción

Definición y tipos de Ablación/Mutilación Genital Femenina

La Organización Mundial de la Salud (OMS,2018), define la Ablación/ Mutilación Genital Femenina (A/MGF) como todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. La OMS diferencia cuatro tipos de A/MGF.

El tipo 1 o clitoridectomía consiste en la resección parcial o total del clítoris y, en casos infrecuentes, solo del prepucio. El tipo 2 o escisión engloba la resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores. El tipo más agresivo es la infibulación o tipo 3, que consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del clítoris. Además de los tipos descritos anteriormente, la Organización Mundial de la Salud engloba el resto de procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos (tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona) como tipo 4 (Oms, 2018) El tipo 1,2 y 3 de A/MGF puede visualizarse en la imagen 1.

La A/MGF está asociada a las tradiciones y a la cultura y, por tanto, no es percibida como una mutilación, por lo que no utilizan este término para referirse a ella, sino que la denominan Sunna, Circuncise o Circuncisión, Incisión, Excisión u otros nombres tradicionales en sus comunidades como Yonga, Cuiyao o Wall (Pastor Bravo, 2014).



Origen de la Ablación/Mutilación Genital Femenina

La A/MGF es una práctica muy antigua, anterior a la aparición de las religiones monoteístas. Presenta una procedencia incierta tanto en tiempo como geográficamente.

Algunos autores datan los orígenes de la A/MGF en los años 5000 y 6000 a. C, ya que se han encontrado momias con los genitales infibulados de hace 4.000 años (Adam Muñoz, 2003). Una evidencia de la instauración de la A/MGF en el antiguo Egipto es que se le conoce como circuncisión faraónica.

Otro término que nos acerca al origen y diseminación de la A/MGF es el término infibulación (posterior al de circuncisión faraónica), el cual se sospecha que proviene de “fibula” que se refiere al broche con el que se cerraban las togas, posiblemente por la similitud al cerrar los genitales. Se

ha documentado que en la antigua Roma las esclavas eran infibuladas para impedirles copular (Medicus Mundi-Andalucía, 2008).

El primer testimonio conocido sobre la A/MGF es el de Heródoto, que en el siglo V a.C., refiere que esta práctica se realizaba entre los fenicios, los hititas y los etíopes (García Bueno, 2014).

Desde el momento en que la A/MGF queda instaurada en el Egipto faraónico hasta la actualidad, se ha extendido enormemente. Probablemente debido a la influencia de la civilización egipcia, lo que explicaría que la realicen los cristianos coptos de Egipto y de Sudán, los judíos falasha de Etiopía y tribus africanas de culto animista (Casajoana Guerrero, Caravaca Nieto, & Martínez Madrigal, 2012). Los árabes también pudieron aprender el ritual en Egipto durante la conquista del norte de África y, a continuación, extender la práctica (Wassuna, 2000). En cualquier caso, fue extendiéndose por las sociedades tribales de muchos países africanos por proximidad (Adam Muñoz, 2003).

No puede excluirse la posibilidad de que haya habido varios focos de difusión que expliquen el procedimiento en las zonas del alta Amazonia o entre las mujeres Arunta en Australia (García Bueno, 2014).

Prevalencia de la Ablación/Mutilación Genital Femenina

Según la OMS (2018), se estima que, en todo el mundo, más de 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido sometidas a A/MGF en países pertenecientes a África, Oriente Medio y Asia y que 3 millones de niñas están en riesgo de ser mutiladas cada año (UNICEF, 2017).

En Asia, se conoce que esta actividad se lleva practicando durante mucho tiempo en ciertas etnias como la de las mujeres arunta (UNAF, 2013). Por otro lado también se han detectado casos en Suramérica o Centroamérica (Sequi, Touray, & Piniella, 2013) y lugares donde la práctica está en diáspora (Imagen 2).

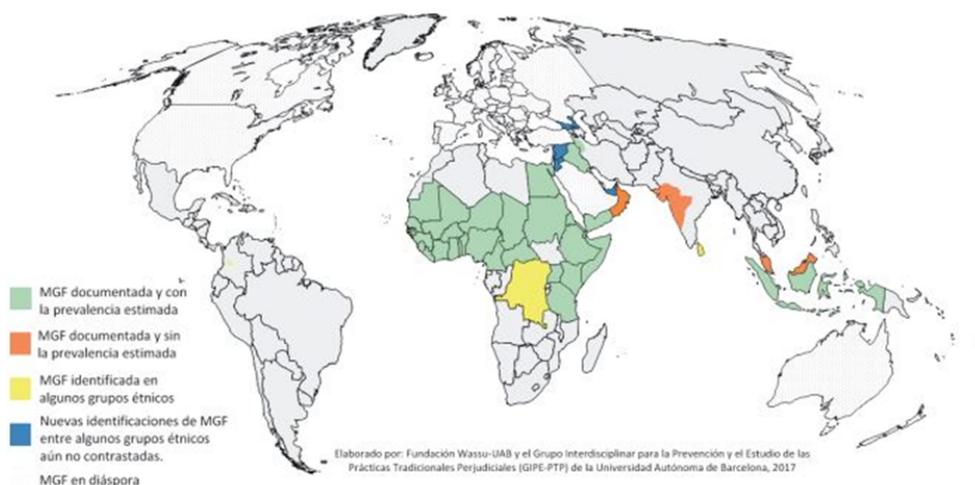


Imagen 2. Mapamundi de la Ablación/Mutilación Genital Femenina

Fuente: Fundación Wassu-UAB y el Grupo interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2017.

Esta práctica se concentra en 28 países africanos que llegan a prevalencias superiores al 90% en Somalia, Egipto, Mali, Yibutí, Sudán o Sierra Leona. Es importante destacar que no todos los grupos étnicos de estos países practican la A/MGF y que no todos los que la practican realizan el mismo tipo. El tipo 3 o infibulación se practica en Somalia, Etiopía, Sudán, parte de Chad, Egipto y Kenia, Eritrea, Yibutí, Omán y Yemén (Imagen 3).

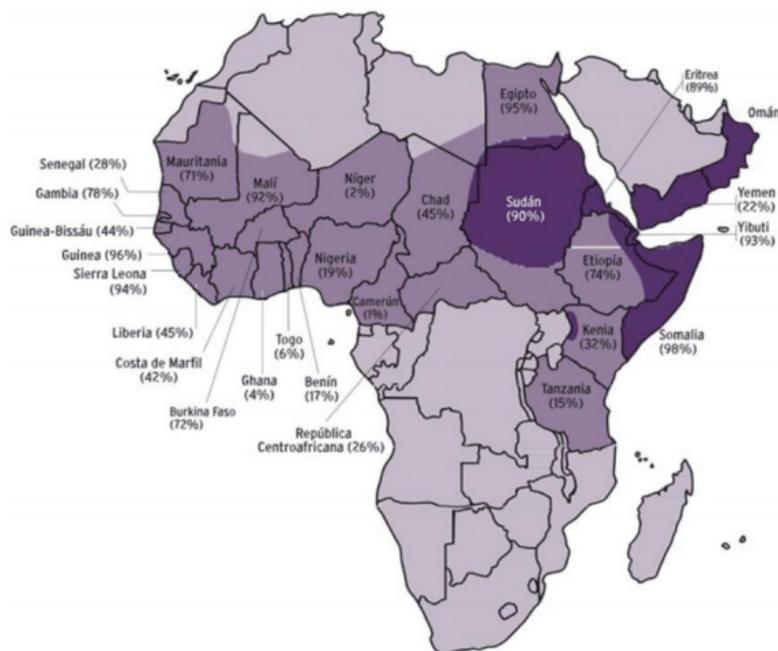


Imagen 3. Prevalencia y tipos de Ablación/Mutilación Genital Femenina en África

Fuente: GIPE/PTP – Fundación Wassu-UAB; a partir de datos del Demographic & Health Survey 2008. KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. (Kaplan, A.; Moreno, J. y Pérez Jarauta, 2010)

Entre las etnias practicantes de A/MGF se encuentran: Djola, Mandinga, Sarahyle, Fante, Bámbara, Dogon, Fulbé y Edos entre otras. Por el contrario, entre las etnias no practicantes se encuentran: Ndiago, Serer y Wolof (UNAF, 2013).

Se estima que 91,5 millones de mujeres y niñas mayores de 9 años, sufren en África las consecuencias de la mutilación genital femenina (OMS, 2018). A raíz de las migraciones poblacionales, esta práctica ha pasado de ser local a global (Wassu-UAB, 2019).

En Europa, se estima que 500.000 mujeres y niñas han sido víctimas de A/MGF y 180.000 niñas corren el riesgo de serlo cada año (Parlamento Europeo, 2009). Si bien, estas cifras están subestimadas, dado que no se contabilizan los inmigrantes indocumentados ni los de segunda generación (European Parliament, 2012).

En España, Kaplan & López Gay (2016), indican que residen 69.086 mujeres que provienen de países donde se practica la A/MGF, cifra que ha aumentado en un 5,2% con respecto a 2012. De estas mujeres, 18.396 son niñas entre 0 y 14 años, habiendo disminuido este grupo un 0,35% en los últimos cuatro años. Los principales países de procedencia son: Senegal, Nigeria y Gambia (Kaplan Marcusán & López Gay, 2016). La distribución de población originaria de países donde se practica la A/MGF por Comunidades Autónomas puede observarse en la imagen 4.

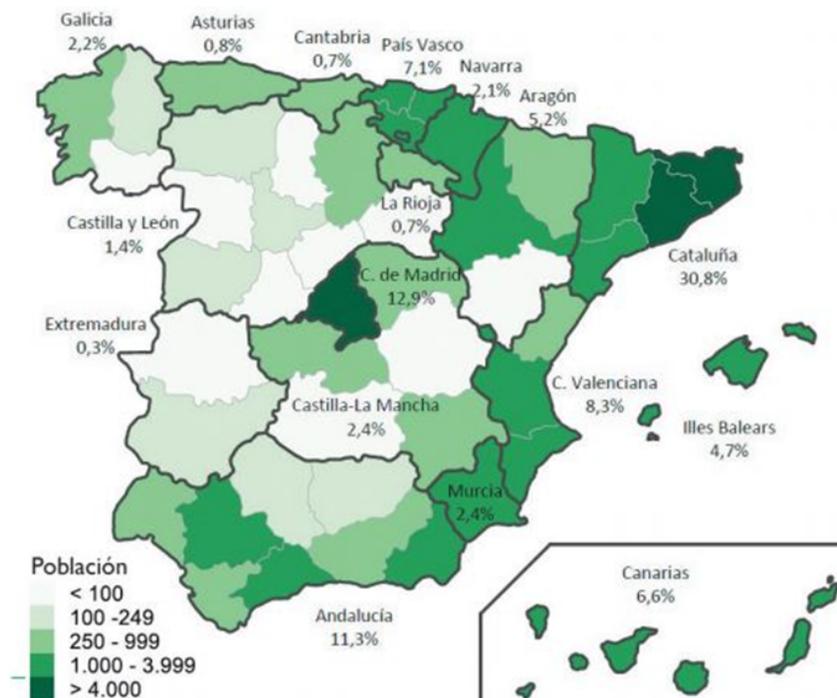


Imagen 4. Distribución territorial en España de la población femenina de las nacionalidades en las que se practica la Ablación/Mutilación Genital Femenina

Fuente: Kaplan, A., y Lopéz, A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. 2017.

Motivos por los que se realiza la práctica

Los principales motivos por los que se perpetúa la A/MGF son socioculturales, higiénicos, estéticos, religiosos y para mantener el control sobre la sexualidad femenina.

Socioculturales

En algunas comunidades, la A/MGF se realiza como parte de un rito de paso a la edad adulta, lo que refuerza el sentimiento de pertenencia al grupo (MedicusMundi-Andalucía, 2008). Este paso a la madurez va frecuentemente acompañado de una ceremonia de iniciación en la que las niñas reciben regalos y son dotadas de reconocimiento público (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005). El corte de los genitales de las niñas se considera una parte fundamental del rito de paso, así como el dolor que éste ocasiona, ya que supone una forma de superación y de valor que las prepara para la vida adulta. Posteriormente, se produce el aprendizaje de las iniciadas durante el tiempo en el que cicatriza la herida. En esta fase le son transmitidas las enseñanzas culturales y sociales de la comunidad mediante tabúes y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento. Por último, se celebra una gran fiesta en la que se presenta públicamente a las iniciadas en el que son aceptadas como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres (Kaplan Marcusan, 2003). Por eso, cumplir con la tradición proporciona a las niñas un sentimiento de orgullo, de mayoría de edad y de pertenencia a una comunidad contribuyendo a construir su identidad (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005). Además, en algunas comunidades la práctica es tan frecuente que no se concibe que una mujer no haya sido mutilada. Esta práctica se refuerza mediante una intensa presión social y no someterse a ella supone el aislamiento de la comunidad y el rechazo del futuro marido. Es por ello que incluso las familias más reacias a esta práctica, ceden a someter a sus hijas para facilitarles la vida en la comunidad (Pastor Bravo,

Almansa Martínez, Ballesteros Meseguer, & Pastor Rodríguez, 2012)(Jiménez Ruiz, Almansa Martínez, Pastor Bravo, & Pina Roche, 2012).

Higiénicas y estéticas

Algunas comunidades perciben los genitales femeninos como desagradables y excesivamente voluminosos y por eso se mutilan (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005). Además de feos, los genitales femeninos se consideran sucios, por lo que una mujer que no ha pasado por este ritual es tachada de sucia, y se le prohíbe la manipulación de agua y alimentos de la comunidad (Jiménez Ruiz et al., 2012). Según estos principios cortar los genitales hace a la mujer limpia y bella. Además, los genitales externos de las mujeres se asocian a la impureza, por lo que eliminarlos se relaciona con la pureza espiritual. Así mismo, se considera que los genitales mutilados son más estéticos, ya que el clítoris es considerado la parte masculina de la mujer, la cual podría crecer hasta colgar entre las piernas (UNAF, 2013).

Religiosas o espirituales

Ciertas comunidades creen que la A/MGF es un precepto religioso, necesario para que las mujeres sean espiritualmente puras. La A/MGF se asocia con frecuencia al Islam y, de hecho, algunas comunidades islámicas creen que su religión lo exige. Sin embargo, las únicas referencias a la A/MGF, en las que se basa cierta rama teológica del Islam, proceden de unos ahadith. Si bien, este ahadith no está considerado una fuente fiable, ya que no se ha establecido definitivamente la cadena de narradores (Casado, 2002). Además, el hecho de que la interpretación de los ahadith, haya estado reservada a los hombres, puede repercutir en una interpretación que perpetúe el poder patriarcal sobre el cuerpo femenino. De todos modos, aunque esos ahadith tuvieran validez, se trata de una recomendación, pero no de una obligación (Kaplan Marcusan, 2001), no siendo habitual entre la mayoría de países musulmanes (Jiménez Ruiz et al., 2012).

Psicosexuales

La realización de la A/MGF va asociada a la disminución del deseo sexual (Rahman & Toubia, 2000). Por lo que se utiliza para controlar la sexualidad de las mujeres, especialmente como forma de perpetuar los matrimonios polígamos en la justificación de disminuir las demandas sexuales de la mujer hacia su marido, pero también se realiza con el objeto de garantizar la virginidad hasta el matrimonio y la fidelidad durante éste, pues al no presentar deseo sexual las mujeres no buscarán tener relaciones sexuales. Otra de las motivaciones que se alega a favor de la A/MGF es que incrementa el placer sexual y de la vida sexual del hombre (Adam Muñoz, 2003), a quien sí se considera con derecho de disfrutar de su sexualidad. Ante estas justificaciones se entrevé la cultura patriarcal en su máximo exponente que es capaz de cortar los genitales de las mujeres o incluso coserlos para garantizar la fidelidad y virginidad, asociada en muchos países al honor de la familia (Rahman & Toubia, 2000), valorando a las mujeres por su virginidad y fidelidad, es decir por su himen y mutilación.

También se piensa que la A/MGF incrementa la fertilidad (Adam Muñoz, 2003) y que no llevarla a cabo puede tener consecuencias negativas para la salud de la mujer, la de sus hijos y la de sus maridos, ya que, según esta creencia, el contacto del bebé con el clítoris al momento del nacimiento puede causarle la muerte, al igual que para el marido a la hora de mantener relaciones sexuales. Aunque ninguna de estas teorías tiene en ningún caso sustento científico (Jiménez Ruiz et al., 2012). Algunos grupos étnicos creen que el clítoris podría crecer tanto que llegaría a obstruir la entrada de la vagina e impediría la penetración masculina (Adam Muñoz, 2003).

Contextualización de la Ablación/Mutilación Genital Femenina

La A/MGF puede practicarse en la casa de las niñas o de sus abuelas, en la casa de la mujer que realiza el procedimiento o incluso en una clínica y hospital, como sucede en Egipto, donde la

mayor parte de las jóvenes ha sufrido esta tradición a manos de personal médico cualificado (UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, WMA, 2010). Si bien, suele realizarse asociado al ritual de paso a la edad adulta, donde es característico que las mujeres entonen canciones, que lleven en procesión a la niña a la que se le va a practicar la A/MGF o toquen tambores denominados Yitantango, que simbolizan el útero de la mujer como elemento fértil (Pastor Bravo *et. al.*, 2012). Las niñas son conducidas al lugar de la celebración (típicamente un bosque) generalmente engañadas con la realización de una fiesta y una vez allí las introducen individualmente en una cabaña donde les cortan los genitales mientras suenan los tambores (Pastor Bravo *et. al.*, 2012).

El instrumento utilizado para cortar los genitales de las niñas suele ser un cuchillo, lanceta u hoja de afeitar, utilizando generalmente el mismo instrumento de una niña a otra. No se emplean medicamentos ni analgésicos, aunque pueden utilizarse remedios naturales como hojas machacadas. Para evitar que las niñas se muevan durante el procedimiento, le vendan los ojos y las sujetan entre varias mujeres de brazos y piernas (Pastor Bravo, 2014).

Una vez mutiladas, permanecen en este bosque en el que las mujeres les realizan curaciones de la herida con elementos tradicionales. Si bien, pueden salir por las noches, sin ser vistas por los hombres, regresando cada amanecer hasta que las niñas están curadas, momento en el que se realiza una fiesta y son presentadas como mujeres a la comunidad (Pastor Bravo, 2014).

La edad a la que se realiza es variable, generalmente antes de la primera menstruación, coincidiendo en algunos casos con la pubertad fisiológica, aunque generalmente está asociada a una pubertad social, pues las niñas pasan por este rito a edades comprendidas entre los seis y los ocho años. Si bien, existe una tendencia a realizar el procedimiento a edades más tempranas, en ocasiones siendo todavía bebés (Pastor Bravo, 2014).

La persona que realiza el procedimiento es siempre una mujer, generalmente de edad avanzada, que se dedica a esto durante toda su vida y por lo que son muy respetadas oficio (Pastor Bravo *et. al.*, 2012). No son mujeres formadas en el ámbito sanitario, sino que se trata de un oficio que se transmite de generación en generación, el cual les proporciona sustento económico puesto que reciben dinero o regalos de las familias de las niñas (Pastor Bravo, 2014).

Consecuencias para la salud de la Ablación/Mutilación Genital Femenina

Las consecuencias de la A/MGF son numerosas, tanto a nivel físico como mental, sexual y obstétrico. Las complicaciones físicas que produce puede dividirse en inmediatas y a largo plazo. En muchos casos el grado de mutilación condicionará el tipo de complicación, siendo más graves en el caso de las mujeres infibuladas.

Físicas

Entre las **complicaciones físicas** de la A/MGF, aquellas que aparecen en las primeras 10 horas tras el corte son:

- Hemorragia: Es una de las complicaciones más comunes y puede deberse a la sección arterial o secundaria al desprendimiento de un coágulo (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhoure, 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006; Ramírez Crespo et al., 2011).

- Dolor intenso: La gran cantidad de terminaciones nerviosas existentes en la región genital y el deficiente uso de medidas anestésicas, hace que el corte provoque un fuerte dolor en la zona (Kaplan et al., 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006; Ramírez Crespo et al., 2011). Incluso en caso de poner un anestésico, la inyección para infiltrarlo puede resultar muy dolorosa y el dolor procedente del corte reaparecerá tras el efecto del anestésico (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

- Retención urinaria: Puede aparecer como consecuencia del dolor intenso que se produce con la micción o derivada de una inflamación secundaria a una lesión en la uretra (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

- Shock: Tras la A/MGF puede aparecer shock hipovolémico, hemorrágico, distributivo, séptico, y neurogénico (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

- Infección: el tétanos, VIH/SIDA y hepatitis B y C son las infecciones que más se asocian a la práctica, generalmente debidas a la utilización del mismo material sin esterilizar para diferentes intervenciones en distintas niñas o mujeres (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

- Anemia aguda posthemorrágica: debido a que la pérdida de sangre deriva en una disminución del nivel de hematocrito por debajo de parámetros normales (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

- Lesiones en tejidos periféricos: debido a la dificultad de sujeción de las niñas/mujeres, unido a la habilidad y destreza de la persona encargada del corte (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006; Moraleda, 2010).

El agravamiento de las complicaciones descritas, junto con la escasez de servicios sanitarios y la tardanza en acudir a éstos, puede llevar a la muerte de la niña (MedicusMundi-Andalucía, 2011).

Entre las complicaciones físicas a largo plazo destacan:

- Anemia severa: Derivada de la hemorragia por el corte genital junto con situaciones como la malnutrición y anemias hereditarias.

- Cicatrización anormal: Puede provocar formación patológica de tejido fibroso o fibrosis, queloides y quistes (Hamoudi & Shier, 2010; Osifo & Evbuomwan, 2009), sinequia o cicatrización anormal de la zona (Kaplan et al., 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

- Infecciones recurrentes del tracto urinario: los cambios anatómicos que provoca la A/MGF pueden conducir a problemas en la micción, lo que favorece la proliferación de microorganismos y como consecuencia infecciones recurrentes del tracto urinario (Almroth et al., 2005).

- Dismenorrea secundaria: fuertes dolores menstruales asociados a la A/MGF, generalmente por la acumulación del flujo menstrual.

- Incremento de la vulnerabilidad hacia enfermedades de transmisión sexual: existe una mayor posibilidad de generar heridas por fricción durante el coito en mujeres mutiladas genitalmente, lo que las hace más vulnerables a enfermedades de transmisión sexual (Kaplan et al., 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

- Fístulas vésico-vaginales y recto-vaginales: Puede asociarse a la A/MGF cuando derivada de ésta se produce una infección que evoluciona a absceso y, posteriormente a fístula (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

En el caso de la infibulación, al ser la modalidad más cruenta tendrá también una serie de complicaciones añadidas, debido a la obstrucción que se produce por la cicatriz que cubre uretra y vagina. Algunas complicaciones asociadas a este tipo de A/MGF son: infecciones crónicas del tracto urinario, piedras en la uretra y en la vejiga, infecciones del tracto genital como consecuencia de la obstrucción del flujo menstrual, infecciones pélvicas e infertilidad, trastornos renales, tejido cicatricial excesivo, quistes dermoides y queloides, (Amnistía Internacional, 1998), dismenorrea

grave, estenosis del introito vaginal, hematócolpos y hematómetra y dificultades para orinar (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

Psicosociales

Algunos estudios revelan que las mujeres circuncidadas presentan mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático y otros síndromes psiquiátricos (Behrendt & Moritz, 2005). Los relatos personales de mujeres con A/MGF revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición (Pastor-Bravo, Almansa-martínez, & Jiménez-ruiz, 2018), los cuales probablemente tendrán consecuencias negativas a largo plazo (Amnistía Internacional, 1998). Otras consecuencias para la salud mental de estas mujeres son terrores nocturnos, angustia y depresión, así como sentimientos de insuficiencia, temor, inferioridad y represión (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Por otro lado, las mujeres mutiladas genitalmente residentes en países occidentales pueden experimentar una serie de problemas psicológicos relacionados con las diferencias existentes entre la cultura del país de origen y la del anfitrión, al enfrentarse al hecho de que la A/MGF no es una tradición universal, sino penalizada por la ley en otras culturas. Esto puede acarrear graves conflictos internos de identidad y de lealtad hacia su propia cultura, experimentando sentimientos de humillación, confusión, impotencia, sensación de traición de su familia y vergüenza (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain, & Irion, 2011). Esta vergüenza, que se produce incluso durante las exploraciones ginecológicas y en el parto (Pastor-Bravo et al., 2018), puede llevar a generar problemas de exclusión social y de autoestima.

Sexuales

El dolor durante el coito o dispareunia, que puede ser provocado por la falta de elasticidad del tejido cicatricial o por infecciones recurrentes secundarias a la A/MGF, puede provocar fobia sexual y trastornos de la excitación (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, *et al.*, 2006). En lo referente al placer sexual, éste puede permanecer intacto, aunque en un gran número de casos suele estar disminuido o abolido. Esto se debe a la extirpación de zonas erógenas de gran importancia en la sexualidad femenina, como el clítoris y labios genitales, al tejido cicatricial poco elástico y a las fobias asociadas al dolor, que pueden afectar a la capacidad de excitación y de sentir placer con el coito en estas mujeres. También se han documentado casos de anorgasmia (Kaplan et al., 2011). En ocasiones, el primer acto sexual sólo puede realizarse tras la dilatación vaginal gradual y dolorosa, siendo necesario en algunos casos, la incisión previa o desinfibulación (Amnistía Internacional, 1998).

Obstétrico-ginecológicas:

Un estudio de la OMS (2006) realizado sobre 28.393 mujeres de seis países africanos estableció que las mujeres mutiladas genitalmente presentan una mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo, en el momento del alumbramiento y en el puerperio en mujeres que han sufrido A/MGF comparadas con las que no la han sufrido, siendo estas complicaciones más graves en los casos más graves de A/MGF.

Las mujeres mutiladas genitalmente presentan mayor necesidad de realizar cesárea en el parto y a su vez un mayor índice de hemorragias postparto, mayor probabilidad de permanecer hospitalizadas durante un tiempo más prolongado, aumento del número de episiotomías, aumento de la tasa de mortalidad materna, aumento del número de neonatos que precisaron reanimación inmediatamente después del parto y Mayor mortalidad perinatal en hijos/as cuyas madres han sufrido A/MGF del tipo II y III. De hecho, se estima que en el continente africano la práctica ocasiona entre 10 y 20 muertes adicionales de bebés por cada 1000 partos (OMS, 2006). Este tipo de mutilación también se asocia a una mayor tasa de desgarros del esfínter anal durante el parto (Isman, Ekéus, & Berggren, 2013).

Actuación de los profesionales en España

La A/MGF es considerado un acto de violencia internacional contra mujeres y niñas (Jiménez Ruiz, 2015), atentando contra la salud, seguridad e integridad física y psicosexual de las mismas (Pastor Bravo et al., 2012).

Las profesionales de Enfermería a través del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) han manifestado su oposición a la A/MGF y a la tendencia a medicalizarla, es decir, a todos aquellos casos de A/MGF realizados por profesionales de la salud o en un centro sanitario, ya que, estos casos también vulneran los derechos de las mujeres y niñas y suponen dañar intencionadamente partes sanas de su cuerpo, representando esto una clara discriminación hacia el sexo femenino. Otros colectivos de profesionales del ámbito sanitario también han manifestado su oposición, tales como la Confederación Internacional de Matronas o la Asociación Médica Mundial.

La OMS (2018) propone abolir esta práctica a través de fortalecer la respuesta de la salud mediante la elaboración de materiales formativos, herramientas, políticas y directrices que ayuden a los profesionales sanitarios a tratar y aconsejar a mujeres y niñas víctimas de esta praxis.

La necesidad de prevenir y abordar los casos de A/MGF en España ha derivado en la creación de un Protocolo Nacional para la prevención de la A/MGF cuyo objetivo es orientar la actuación de los profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Entre las acciones de los profesionales de la salud no basta con la identificación y tratamiento de las secuelas que esta práctica produce, sino que los profesionales socio-sanitarios, son un recurso de suma importancia para su prevención.

Es por ello, y teniendo en cuenta que los varones a favor de la A/MGF carecen de conocimientos sobre las consecuencias que produce y manifiestan su percepción del bienestar de las mujeres mutiladas (Jiménez Ruiz, Almansa Martínez, & Pastor Bravo, 2016) y que las mujeres residentes en España que se oponen a la A/MGF presentan más información en derechos humanos, la legislación existente, las consecuencias para la salud que produce y desmitifican las justificaciones por las que se realiza (Pastor Bravo, 2014), se propone la presente intervención educativa realizada en un grupo piloto de mujeres subsaharianas.

Objetivo

Diseñar una intervención educativa basada en las relaciones públicas para mujeres subsaharianas residentes en España que aumente sus conocimientos en las consecuencias de la práctica, desmitificación de las justificaciones por las que se realiza, legislación y derechos humanos a fin de promover un cambio de actitudes que las posicione en contra de perpetuar la Ablación/Mutilación Genital Femenina.

Método

Descripción de la intervención

La intervención consistió en dotar a mujeres originarias de países en los que se realiza la A/MGF residentes en España un espacio de intimidad y confianza en el que se propició la conversación entre ellas y la resolución de dudas con respecto a la práctica común que le habían realizado en su niñez: la ablación/mutilación genital femenina.

Se optó por un grupo de mujeres en lugar de grupo mixto con hombres, tal y como recomienda la guía de UNAF (2013) para aumentar las intervenciones entre ellas y favorecer el clima de conversación, ya que la A/MGF es un tema tabú (Pastor Bravo, 2014) perteneciente a la sociedad de las mujeres (Kaplan Marcusan, 2003).

Para crear un ambiente respetuoso y de confianza los grupos fueron reducidos (5 personas) y se establecieron unas normas básicas de confidencialidad con lo que se mencionase durante la sesión. Una vez establecido el clima de confianza para dialogar sobre la A/MGF, se procedió con una actividad formativa.

Durante la formación se comenzó por las necesidades detectadas y sentidas, ya que se recomienda partir de los intereses prácticos (UNAF, 2013), para posteriormente ir abordando los derechos de las mujeres, el contexto de la A/MGF, las consecuencias para la salud que produce, la legislación al respecto y los argumentos para desmitificarla. Para ello fueron previamente entrevistadas individualmente, conociendo la formadora las vivencias, intereses y necesidades de cada una de las participantes en la formación. Dicha entrevista también fue una herramienta para conocer los valores, relaciones y estilos de vida de las participantes, tal y como recomienda la guía de UNAF (2013) al realizar intervenciones con esta población.

La sesión formativa fue informal y se estimuló tras cada información proporcionada que relataran sus propias vivencias y opiniones al respecto.

Tras cada nueva información y argumentaciones contrarias a la práctica se utilizaron testimonios de mujeres y hombres africanos, dado que es conveniente reforzar lo aprendido con testimonios de las personas originarias de países donde la A/MGF es una práctica habitual y han realizado su proceso de cambio. Especialmente aquellos con mayor influencia, tales como líderes locales o religiosos que desmientan que la A/MGF es un precepto religioso, así como matronas o mujeres que realizaban el corte de los genitales y han sido testigos en numerosas ocasiones de las consecuencias que produce (Pastor Bravo, Almansa Martínez, Jiménez Ruiz, & Pastor Rodríguez, 2015).

Para reforzar las informaciones mediante testimonios un recurso eficaz son los mediadores interculturales (UNAF, 2013)(Pastor Bravo *et. al.*, 2015). Ante la dificultad de encontrar mediadores en la comunidad en la que se realizó la intervención se optó por los medios audiovisuales, ya que los documentos visuales proporcionan una amplia información de la A/MGF en el contexto en el que se realiza (Pastor Bravo *et. al.*, 2012) y constituyen una herramienta educativa y pedagógica de gran valor (Pastor Bravo *et. al.*, 2015). Dichos vídeos en que mujeres y hombres de la misma cultura contaban su experiencia y motivos para posicionarse en contra de la práctica estimuló el discurso de las propias experiencias y actitudes de las participantes.

Los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención pueden observarse en la tabla 1.

Recursos para la intervención	
Recursos materiales necesarios:	Recursos humanos necesarios:
Proyector y pantalla	Moderadora/Formadora
Videos	Observadora externa
Power point	
Diario de campo	
Cuestionarios	
Libretas	
Bolígrafos	
Diario de campo	
Grabadora de voz	

Tabla 1. Recursos para la intervención

Participantes

Las participantes del estudio piloto fueron captadas a través de asociaciones de mujeres africanas. La presidenta de cada una de las asociaciones con las que nos pusimos en contacto nos invitó a una reunión para que explicásemos el estudio y la posibilidad de participar en él a las integrantes de la asociación. Al final de la reunión las mujeres que se mostraron interesadas nos proporcionaron sus datos de contacto para poder establecer la fecha de la realización de la entrevista personal de forma individual. Tras dicha entrevista personal algunas participantes fueron invitadas a la actividad formativa diseñada en base a las necesidades detectadas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres adultas originarias de países donde se realice habitualmente la A/MGF.
- Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen.
- Haber sufrido la mutilación de sus genitales.
- Hablar con fluidez el castellano.

De las participantes entrevistadas se seleccionaron 5 mujeres para formar parte de la intervención. Se tuvo en cuenta su deseo de participar y que conformasen un grupo heterogéneo con respecto a sus actitudes sobre la perpetuación de la A/MGF.

Consideraciones éticas

Previo a las entrevistas individuales se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia. Así mismo, anteriormente a comenzar las entrevistas se explicó a cada participante los objetivos del estudio. La información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa con los participantes y una carta de presentación del estudio. Se tuvo en cuenta la comprensión de la información facilitada por parte de los participantes, explicando la información de forma clara y accesible. Se informó de la voluntariedad como requisito para participar en el estudio y se solicitó permiso para grabarlas con grabador de voz. Posteriormente se les facilitó dos copias de la “Declaración de Consentimiento Informado”, una para la participante, con el fin de que tenga referencia del escrito, y otra debidamente cumplimentada y firmada por la entrevistada para la investigadora.

Del mismo modo, se tuvieron en cuenta otras consideraciones para facilitar la participación sin suponer perjuicio económico o social. El lugar de las entrevistas fue en sus casas a elección de las participantes, en el momento que ellas propusieron, aprovechando la ausencia del marido. Así mismo la intervención se programó en el horario más adecuado para ellas, y en un punto céntrico para los distintos pueblos en los que residían. Se les ofreció la opción de traslado al centro donde se realizó la intervención, lo que aceptaron las participantes que tenían dificultades para desplazarse hasta el lugar de encuentro.

Evaluación de la intervención

Los instrumentos utilizados para analizar la eficacia de la intervención fueron:

- Cuestionario pre y post-test para medir las actitudes y conocimientos respecto a la A/MGF.
- Notas de campo de la observadora junto con la grabación de la sesión para analizar el discurso de las participantes del grupo durante la intervención.
- Cuestionario de satisfacción al final de la intervención.

El cuestionario pre-postest consta de datos sociodemográficos, actitud ante la A/MGF y si desea perpetuarla en sus hijas, y conocimientos de la A/MGF que a su vez consta de tipos de A/MGF, motivos por los que se practica, consecuencias para la salud que produce, legislación y derechos humanos que inflige.

Los cuestionarios fueron contruidos a través de la revisión de la literatura por una investigadora experta, una pedagoga y una de las participantes en las entrevistas individuales que permitió adaptarlo al lenguaje más apropiado.

El análisis de los cuestionarios se realizó con estadísticos descriptivos y el de las narraciones e interacciones de las participantes mediante la técnica cualitativa de análisis del discurso.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio en el análisis de los resultados se encuentra que la discapacidad social puede haber influido en la respuesta de algunas cuestiones sobre sus actitudes hacia la A/MGF debido a que eran fácilmente identificables por la formadora debido al bajo número de participantes a pesar de que los cuestionarios eran anónimos.

Resultados y discusión

Durante las entrevistas en profundidad se obtuvo información de las diversas experiencias con la A/MGF, las actitudes que presentaban respecto a su perpetuación y de la preocupación o necesidad sentida sobre métodos anticonceptivos. Dicha necesidad se detectó por expresión directa de las participantes en las entrevistas. Algunas expresaron prejuicios ante los métodos

anticonceptivos y otras, a pesar de estas informadas, no los utilizaban por no saber cómo acceder a ellos o demandarlos en los servicios de salud. Esta necesidad se verificó además porque, aunque en su mayoría no deseaban tener más hijos, no utilizan métodos anticonceptivos o utilizaban métodos poco confiables.

Los resultados de planificación familiar insatisfecha en las entrevistadas coincide con el estudio de Solana Morete (2015), que indica que dentro del grupo de mujeres inmigrantes en España, las subsaharianas presentan menos conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos. Además dentro del grupo de mujeres subsaharianas, las mutiladas genitualmente poseen menor capacidad para negociar un sexo más seguro (Chai, Xiangnan; Sano, Yujiro; Kansanga, Moses; Baada, Jemima; Antabe, 2017). Es posible que la causa por la que, a pesar de tener contacto con los profesionales sanitarios y un trato que definen como agradable no hayan conseguido establecer el clima de confianza para preguntar temas de anticoncepción y otras necesidades específicas, tal y como se observa en el estudio de Ballesteros Meseguer, Almansa Martínez, Pastor Bravo, & Jiménez Ruiz (2014). Esto hace que los profesionales sanitarios en general y las enfermeras en particular tengan un papel fundamental en orientar a esta población en planificación familiar desde una perspectiva transcultural (Solana Morete & González López, 2015) proporcionando la información necesaria sin esperar a que pregunten específicamente, debido al tabú que envuelve los temas relacionados con la sexualidad.

Una vez seleccionado el tema de la anticoncepción y el acceso a ésta por su necesidad y el interés que genera para introducir la sesión formativa en A/MGF, se detectaron durante las entrevistas personales otras necesidades en las que precisaban más información, entre ellas: la preocupación sobre la satisfacción en sus relaciones sexuales. Es por ello que el inicio de la sesión se centró en los métodos anticonceptivos y en la sexualidad, desde una perspectiva amplia y no centrada en la genitalidad, incluyendo también los conceptos de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Durante las entrevistas también se observó que las mujeres no relacionan la mutilación de los genitales que sufren con problemas en el parto ni otras complicaciones físicas a largo plazo derivadas de la práctica, ya que no consideran que se trate de una costumbre dañina. Esto es común al estudio de Vanegas Estrada, Fatou, & Valdez Álvarez (2009), donde el 60,8 % de las pacientes no relacionaron la A/MGF con complicaciones en la salud a pesar de estar sufriendo algunas de ellas. Por lo tanto, se detectó una necesidad de educación para la salud que ayude a reconocer las complicaciones derivadas de la práctica, lo cual se considera una herramienta de sensibilización y concienciación en la lucha contra esta tradición (Jiménez Ruiz, Almansa Martínez, & Pastor Bravo, 2016).

Dicho tema se introdujo a modo de discusión utilizando las relaciones públicas, tras escuchar un testimonio en un documental en el que una mujer cortada genitualmente comenta algunos problemas derivados de la práctica que sufre. Es precisamente durante la expresión de sus experiencias, discusión e interacción entre ellas que comienzan a plantearse si la anorgasmia y los problemas que sufrieron durante el embarazo pueden ser consecuencia de este rito. Siendo necesario romper el tabú y la discusión sobre la A/MGF para que las afectadas pasen a interpretar un problema individual como colectivo y común a las mujeres mutiladas genitualmente.

Tras esta primera discusión sobre las complicaciones para la salud de la A/MGF las participantes realizaron a la moderadora, como profesional de salud, algunas preguntas y solventaron dudas sobre el proceso por el que el corte de los genitales influye en el desarrollo de problemas de salud. Así mismo, las explicaciones fueron reforzadas mediante presentación en power point.

Así mismo se utilizó el formato de presentación a través de videos con testimonios y fomento de la discusión para abordar los derechos de las mujeres, la legislación contra la A/MGF y las

desmitificaciones por las que se realiza la práctica.

El ambiente de confidencialidad, actitud positiva y los fragmentos de vídeos de testimonios promovieron el debate y participación de las seleccionadas.

Con respecto a los conocimientos adquiridos, la comparativa de respuestas del pre-test con el post-test denota que, tras la intervención, las mujeres presentaron más conocimientos respecto a la legislación existente, derechos humanos y consecuencias que produce la práctica en la salud. Estos resultados se refuerzan con los comentarios que escribieron al final del cuestionario en los que manifestaron que la sesión les había ayudado a aprender sobre las consecuencias para la salud, derechos de las mujeres y la existencia de cirugías reparadoras del clítoris.

Así mismo, todas las mujeres respondieron en el cuestionario anónimo que no deseaban perpetuar la A/MGF en sus hijas tras la intervención.

La evaluación de la actividad formativa realizada mediante relaciones públicas fue valorada como muy positiva por las participantes, así como la evaluación de la formadora y la autoevaluación personal sobre su actitud y comodidad en la sesión.

Conclusiones

Esto permite concluir que la intervención fue eficaz para aumentar conocimientos sobre la práctica, especialmente relacionados con las consecuencias para la salud que produce, romper el tabú, introducir temas de sexualidad, anticoncepción y derechos humanos y finalmente para ir desmitificando las justificaciones por las que perpetuar la A/MGF.

Esta intervención que utiliza las relaciones públicas para la prevención de la ablación/mutilación genital femenina, puede servir como modelo para futuras intervenciones que trabajen en la prevención de ésta práctica de forma respetuosa en países donde la A/MGF no es una tradición. Así mismo, puede ser replicada para comprobar su eficacia en poblaciones masculinas.

Referencias bibliográficas

- Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly*, 140, 8.
- Abdulcadir, J., Say, L., & Pallitto, C. (2017). What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reproductive Health*, 14(1), 64.
- Adam Muñoz, M. D. (2003). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del Derecho Internacional Privado*. Córdoba: Publicaciones Universidad de Córdoba. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=323860>
- Almroth, L., Bedri, H., El Musharaf, S., Satti, A., Idris, T., Hashim, M. S., Suliman, G.I., Bergström, S. (2005). Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital-based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, 9(2), 118–124.
- Amnistía Internacional. (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Editorial Amnistía Internacional (EDAI). Londres. Disponible en: <http://amnistiainternacional.org/publicaciones/12-refugiados-los-derechos-humanos-no-tienen-fronteras.html>
- Ballesteros Meseguer, C., Almansa Martínez, M. P., Pastor Bravo, M. M., & Jiménez Ruiz, I. (2014). The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain). *Gaceta sanitaria*, 24 (4), 263-350.
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000–1002.
- Casado, V. (2002). *La mutilación genital femenina como forma de violación de los derechos humanos*. (A. García & E. Lombardo, Eds.), Género y derechos humanos. Zaragoza: Mira Editores.

- Casajoana Guerrero, M., Caravaca Nieto, E., & Martínez Madrigal, M. I. (2012). Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas Profesión*, 13(3-4), 76-82. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16517/173/una-vision-global-de-la-mutilacion-genital-femenina>
- Centro de Investigación Innocenti de UNICEF. (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. (A. Lewnes, Ed.). Florencia: Unicef Comité Español. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-e.pdf>
- Chai, X., Sano, Y., Kansanga, M., Baada, J., Antabe, R. (2017). Married women's negotiation for safer sexual intercourse in Kenya: Does experience of female genital mutilation matter? *Sexual & Reproductive Healthcare*, 51, 79-84.
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2014). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*, 31(1):229-38.
- European Parliament. (2012). European Parliament resolution of 14 June 2012 on ending female genital mutilation. Strasbourg. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+XML+Vo//EN>
- García Aguado, S., & Sánchez López, M. I. (2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas de enfermería*, 16(7),3.
- García Bueno, M. P. (2014). *Manual de Prevención Mutilación Genital Femenina*. Buenas Prácticas. (Confederación Nacional Mujeres en Igualdad, Ed.). Madrid. Disponible en: http://issuu.com/confederacionmujeresenigualdad/docs/manual_mgf
- Hamoudi, A., & Shier, M. (2010). Late complications of childhood female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol Can*, 32, 587-589. Disponible en: http://www.jogc.com/abstracts/full/201006_CaseReport_1.pdf
- Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: an explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(3), 93-98.
- Isman, E., Mahmoud Warsame, A., Johansson, A., Fried, S., & Berggren, V. (2013). Midwives' Experiences in Providing Care and Counselling to Women with Female Genital Mutilation (FGM) Related Problems. *Obstetrics and Gynecology International*, 785148.
- Jiménez Ruiz, I; Almansa Martínez, P & Pastor Bravo, M. (2016). Key points for abolishing Female Genital Mutilation from the perspective of the men involved. *Midwifery*, 34, 30-35.
- Jiménez Ruiz, I, Almansa Martínez, P., & Pastor Bravo, M. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 258-264.
- Jiménez Ruiz, I, Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. del M., & Pina Roche, F. (2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural: Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 11(28), 396-410.
- Jiménez Ruiz, I. (2015). *Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación /Mutilación Genital Femenina*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.
- Kaplan, A., Moreno, J., Pérez Jarauta, M. J. (coords) (2010). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Barcelona: Bellaterra.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8, 26.
- Kaplan Marcusan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, 4, 23-30. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publicacions/articulo_MGF-FPFE_OK.pdf?iframe=true&width=100%25&height=100%25
- Kaplan Marcusán, A., & López Gay, A. (2016). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. *Antropología Aplicada* 3. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Kaplan Marcusan, A., Torán Monserrat, P., Bermúdez Anderson, K., & Castany Fàbregas, M. J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Grupo Interdisciplinar Para La Prevención y El Estudio de Las Prácticas Tradicionales Perjudiciales*, 19, 189-217.
- Medicus Mundi-Andalucía. (2008). *Mutilación Genital Femenina, más que un problema de salud*. Granada: Medicus Mundi Andalucía. Disponible en: http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/guias/lucha_contra_la_mutilacion_genital_femenina_vol_i
- Medicus Mundi-Andalucía. (2011). *Acercándonos a las distintas violencias contra las mujeres para su erradicación*. Granada: Medicus Mundi. Disponible en: http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/libros/acercandonos_a_las_distintas_violencias_contra_las_mujeres_para_su_erradicacion

- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_verse5feb2015.pdf
- Moraleda, N.I. (2010). Nuevo mapa de la mutilación genital femenina en España. Disponible en: <http://areapsicologica.blogspot.com.es/2010/04/nuevo-mapa-de-la-mutilacion-genital.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367, 1835–1841.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Mutilación genital femenina. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Osifo, D. O., & Evbuomwan, I. (2009). Female genital mutilation among Edo people: the complications and pattern of presentation at a pediatric surgery unit, Benin City. *African Journal of Reproductive Health*, 13, 17–25.
- Parlamento Europeo. (2009). Resolution of 24 March 2009 on combating female genital mutilation in the EU. In P6_TA(2009)0161 (p. 9). Parlamento Europeo. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0161+O+DOC+PDF+Vo//EN>
- Pastor-Bravo, M., Almansa-Martínez, P., & Jiménez-Ruiz, I. (2018). Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119–126.
- Pastor Bravo, M. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina: saberes para la disciplina enfermera. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.
- Pastor Bravo, M., Almansa Martínez, P., Ballesteros Meseguer, C., & Pastor Rodríguez, J. D. (2012). Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería: Análisis videográfico. *Enfermería Global*, 11(25), 426–439.
- Pastor Bravo, M.M., Almansa Martínez, P., Jiménez Ruiz, I., & Pastor Rodríguez, J. D. (2015). Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica. *Index de Enfermería*, 24(3), 159–163.
- Pastor Bravo, M.M., Almansa Martínez, P., Ballesteros Meseguer, C., & Pastor Rodríguez, J. D. (2012). Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería: Análisis videográfico. *Enfermería Global*, 11(25), 426–439.
- Rahman, A., & Toubia, N. (2000). Female genital mutilation: A practical guide to worldwide laws & policies. Londres: Zed Books.
- Ramírez Crespo, M. V., Carmona Rubio, A. B., de la Cruz Martín-Romo, C., Pardos Martínez, L. C., Losada Castro, C., Moreno Sánchez, M., Ceesay, B. S. (2011). La MGF en España. Prevención e intervención. Madrid: UNAF. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1331726409_12_guia_mgf.pdf
- Sequi, A., Touray, I., & Piniella, Z. (2013). La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. Disponible en: <https://www.mujeresparalasalud.org/la-erradicacion-de-la-mutilacion-genital-femenina-enfoques-y-perspectivas-desde-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo/>
- Solana Morete, Á., & González López, J. R. (2015). Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 14(37), 455–466.
- Unión de Asociaciones Familiares (2013). Guía para profesionales. la MGF en España. Prevención e intervención. Madrid: UNAF. Disponible en: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
- UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, WMA. (2010). Global strategy to stop health-care providers from performing the female genital mutilation. Geneva, Switzerland: WHO. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/en/
- UNICEF. (2017). Mutilación genital femenina: debemos acabar con ella. Disponible en: <https://www.unicef.es/prensa/acabar-mutilacion-genital-femenina>
- Utz-Billing, I., & Kantenich, H. (2008). Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 29, 225–229.
- Vanegas Estrada, R. O., Fatou, A., & Valdez Álvarez, O. (2009). Mutilación sexual femenina, características de esta práctica: Features of this practice. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35(3), 9.
- Vázquez Moya, C., & Almansa Martínez, P. (2012). Mutilación genital femenina: Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en la Región de Murcia. *Ética de Los Cuidados*, 5(9).
- Fundación Wassu-UAB (2019). Disponible en: <https://mgf.uab.cat/esp/index.html>
- Wassuna, A. (2000). Towards redirecting the female circumcision debate: Legal, ethical and cultural considerations. *McGill Journal of Medicine*, 5(2), 104–110.

AUTORES



SELENE CÉSPEDES DEL FIERRO

<http://orcid.org/0000-0003-3988-3640>

selene.cespedesf@uanl.mx

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Doctora en Educación, Sociedad y Calidad de Vida con mención internacional por la Universidad de Lleida, España. Profesora de Relaciones públicas en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL. Ha participado en diversos congresos con temas sobre el perfil axiológico del comunicador y ha publicado artículos y capítulos de libros acerca del desarrollo moral del comunicador y el marketing holístico para el desempeño individual y profesional (branding axiológico). Es miembro del Cuerpo Académico de Investigación *Marketing desde la perspectiva de la comunicación*, bajo la línea de investigación *Las relaciones públicas axiológicas*.



ERICA BRIONES VOZMEDIANO

<https://orcid.org/0000-0001-8437-2781>

erica.briones@dif.udl.cat

Universidad de Lleida, España

Lectora Serra-Húnter en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Lleida. Se licenció en Humanidades por la Universidad de Alicante, donde también cursó el programa de doctorado en Sociología y se doctoró en Ciencias de la Salud con la Tesis Doctoral con mención Internacional y premio extraordinario “La construcción social de la fibromialgia como problema de salud desde la perspectiva de las políticas, profesionales y personas afectadas”. Máster en Igualdad de género en el ámbito público y privado por la Universidad Miguel Hernández de Elche, especialista universitaria en cultura y violencia de género por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Editora Asociada de la revista *Gaceta Sanitaria*. Desde 2010 ha publicado en revistas científicas en diversas áreas de Salud Pública —en las líneas de salud de las mujeres, violencia de género, servicios sanitarios, inmigración, salud laboral, y efectos de la crisis en la salud entre otros. Pertenece al grupo Global Migration and Health Initiative (GLOMhi), Grup de Recerca en Cures en Salut (GRECS) del Institut de Recerca Biomèdica (IRB) de Lleida, al Grupo de Estudios en Salud, Educación y Cultura (GESEC) de la Universidad de Lleida, y al Grupo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante.



MONCERRAT ARANGO MORALES

ayeryhoy5@yahoo.com

Universidad Autónoma de Nuevo León

Doctora en Filosofía en Ciencias Políticas. Maestra de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL. Cuenta con 31 años de experiencia como productora de televisión cultural. Miembro del Cuerpo Académico de Estudio de Comunicación, Administración y Cultura; participante en congresos como FELAFACS, AMIC, CONEIC, WAPOR, entre otros. Actualmente asesora cuatro programas de la televisora estatal, resultado de su tesis doctoral. Actualmente ocupa la Coordinación general de la Facultad de Ciencias de la Comunicación.



Arturo González López (1972-2019)
<http://orcid.org/0000-0003-4031-4592>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Doctor en Ciencias de la Información con énfasis en Comunicación Audiovisual y Publicidad por la Universidad Complutense de Madrid. Docente e investigador en diversas instituciones de educación superior en México desde el 2003. En el 2007 se incorporó a la Universidad Autónoma de Nuevo León como Profesor Titular. Autor de libros y artículos científicos sobre *marketing* holístico para el desempeño individual y profesional (*personal branding*); la inserción al mercado laboral y emprendimiento; gestión de la imagen pública y sociología emocional. En el 2009 fue reconocido con el Perfil Deseable del Programa para el Mejoramiento del Profesorado, otorgado por la Secretaría de Educación Pública a nivel federal; y en el periodo de enero 2014 a diciembre 2016, asimismo fue reconocido como miembro del Sistema Nacional de Investigadores con el Nivel I. Fungió como Subdirector de Estudios de Posgrado e Investigación en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL. QEPD.



Janet García González

<http://orcid.org/0000-0002-7188-5331>

janetgarcia71@yahoo.com.mx

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Graduada en dos licenciaturas: Ciencias de la Comunicación y en Educación; Especialista en Salud Pública, Maestra y Doctora en Comunicación. Coordinadora del grupo de trabajo de Comunicación y Salud y Coordinadora de Investigación de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Comunicación (AMIC); Vicecoordinadora del grupo de investigación de Comunicación y Salud de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de Comunicación (ALAIIC). Su formación básica y de posgrado le ha permitido introducirse en la salud pública y crear equipos multidisciplinarios para el estudio de problemáticas socioculturales y de políticas públicas desde la prevención en salud. Ha publicado diversos libros y artículos científicos en revistas arbitradas en países europeos y latinoamericanos, sobre prevención, promoción, políticas de salud y TIC, estrategias de comunicación, *marketing* social y digital en salud, eSalud.



Norma Leticia Serna Saucedo

<http://orcid.org/0000-0002-2867-3763>

norma.sernasc@uanl.edu.mx

Universidad Autónoma de Nueva León, México

Licenciada en Ciencias de la Comunicación con especialidad en Comunicación y Desarrollo Organizacional. Máster en Relaciones Públicas y Gabinetes de Comunicación por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Marketing Digital y Analítica Web por Neetwork Business School. Cuenta con diplomados en *Marketing Digital* y en *Community Management*. Sus líneas de investigación son: comunicación organizacional, relaciones públicas, TICs y *marketing* digital. Ha presentado y publicado diversos artículos científicos en eventos y publicaciones académicas del sector. Actualmente es Coordinadora General del Portal Web y Maestra de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la misma Universidad.





MARÍA ELENA RAMOS TOVAR

maria.ramostv@uanl.edu.mx

Universidad Autónoma de Nueva León, México

Profesora de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Socióloga por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Nuevo León (1991), Maestría en Sociología y Doctorado con la misma especialidad realizados en la Universidad de Tulane, New Orleans, USA, en 1994 y 1999 respectivamente. Reconocida por el Sistema Nacional de Investigadores, Nivel 2. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado “Género, Cultura e Identidades” CA-UANL-235. Dictaminadora de revistas internacionales y nacionales. Coordinadora de Asuntos Internacionales de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Miembro de la Red Conacyt “Ciencia, Tecnología y Género”

↳



Marta Ausona i Bieto

<https://orcid.org/0000-0003-2604-7168>

martaausona@gmail.com

Universidad Ramón Llull, España

Doctora en Antropología Social y Cultural. Posgrado en salud mental e intervención en minorías étnicas, inmigrantes y refugiados. Diplomada en Trabajo Social. Profesora colaboradora en la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés-URL. Realizó su tesis etnográfica sobre lactancias maternas de larga duración y otros usos de la corporalidad en la crianza. Investigadora colaboradora en un proyecto I+D sobre la individualización del parentesco en el siglo XIX. Ponente en conferencias nacionales e internacionales sobre antropología con comunicaciones en torno a las lactancias maternas contemporáneas (AIBR, APA, FAAEE), así como conferenciante invitada en congresos y conferencias sobre la promoción de la lactancia materna organizadas por asociaciones que forman parte de FEDALMA. Conferenciante invitada en la *Journée d'Étude Nourrir les Bébé*s organizada por la Universidad de Lausana (UNIL). Ha publicado varios artículos científicos en revistas y libros especializados. Actualmente es miembro cofundador de la Asociación *MATER-Observatorio de la Maternidad y las Paternidades Contemporáneas* y al grupo de investigación GENI (Universidad de Barcelona).

[↩](#)



María del Mar Pastor Bravo

<https://orcid.org/0000-0001-9831-470X>

marpastorbravo@um.es

Universidad de Murcia, España.

Doctora en Enfermería en la línea “Factores relacionados con el derecho a la salud de las mujeres en el mundo” con mención internacional Cum Laude. Posdoctorado en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Mexico, y en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, Canadá. Pertenece al grupo de investigación Enfermería, mujer y cuidados de la Universidad de Murcia, al grupo Global Migration and Health Initiative (GLOMhi) y es presidenta del Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos (EJE). Ha trabajado en la temática de la ablación/mutilación genital femenina. Entre sus publicaciones destaca “Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women’s health and the healthcare system in Spain”. Entre sus reconocimientos destacan el Premio del Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia al “Estudio de los conocimientos y actitudes ante la mutilación genital femenina del personal sanitario y las familias afectadas. Propuesta Formativa”; el Premio XXIX Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla al trabajo “La voz de mujeres senegalesas sometidas a mutilación genital femenina. Abordaje desde enfermería”; Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, 2013 y la beca de cooperación de Fundación Mutua Madrileña para trabajar con la ONG World Vision para la prevención de la ablación/mutilación genital femenina en Kenia.

↳

COLABORADORES

Patricia Odalis Rivera Juárez

Mtro. Jorge Adrián Garza Sepúlveda

Mtro. Hiram Garrido Ledezma

Evelyn Giselle Rodríguez Castillo

Victoria Ivette López Aguero

Mayte Alejandra Duarte Rivera

Samantha Llein Vázquez Flores

Tabla de Contenido

1. [Resumen](#)
2. [Prólogo](#)
3. [Presentación](#)
4. [Los prestadores de servicios de salud, y la utilización de las relaciones públicas para la prevención y atención del embarazo adolescente](#)
5. [Las relaciones públicas a través de los medios de comunicación: la difusión de información sobre fibromialgia en la prensa escrita española](#)
6. [El uso de las TICs como parte del proceso de relaciones públicas en el sector salud gubernamental](#)
7. [Lo mental de la salud. Salud de migrantes Centroamericanos en su tránsito por México](#)
8. [La imagen personal en redes sociales: ¿una forma de atentar contra la salud mental?](#)
9. [¿Se contradicen las relaciones públicas con la promoción de la lactancia materna?](#)
10. [Las relaciones públicas para la prevención de la ablación/ mutilación genital femenina entre las mujeres subsaharianas residentes en España](#)
11. [Autores](#)