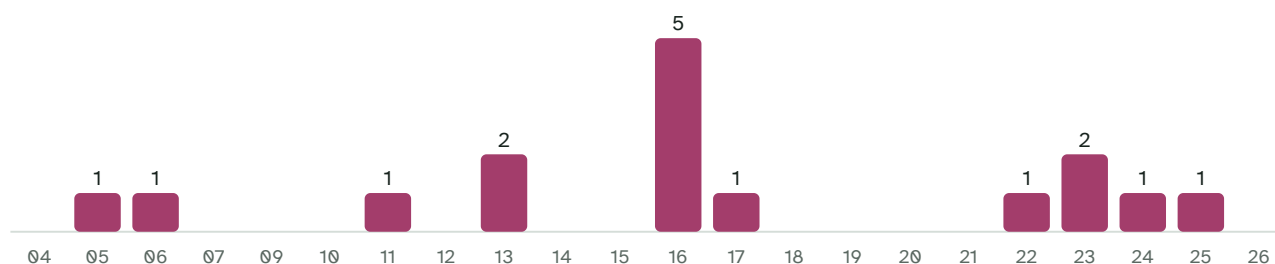


Grupos, antropología, interculturalidad y género

Tema de ciencias sociales aplicadas a los cuidados: los grupos y su estructura (roles, estatus, liderazgo, grupos de ayuda mutua), la antropología de la salud (cultura, biomedicina, creencias), la interculturalidad y la migración (aculturación, asimilación, mediación intercultural), la soledad no deseada y el género como determinante de la salud. En el EIR cae sobre todo como definición: dar con el término exacto (asimilación, estatus, heterosexismo, suelo pegajoso, síndrome de Yentl) ante un caso o una frase.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



16 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

●● Aculturación: asimilación (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	7
1. Las ciencias sociales y de la conducta: origen y autores	8
2. Grupos: concepto, tipos, tamaño y estructura	11
3. Grupos de apoyo y de ayuda mutua; la persuasión	13
4. Antropología de la salud: cultura, biomedicina y creencias	16
5. Interculturalidad: aculturación, asimilación e integración	19
6. Migración, mediación intercultural y cuidados culturales	22
7. Soledad no deseada y aislamiento social	24
8. Género y salud: conceptos, desigualdades y sesgos	26
9. Brechas de género en el trabajo y en lo digital	30
Todas las preguntas del tema (16)	32
Preguntas que también podrían ser de este tema (6)	36
Solucionario	38
Fuentes	39

Resumen para repasar

1. Las ciencias sociales y de la conducta: origen y autores

- **Ilustración** (s. XVIII): principios para explicar la vida social; la sociología se consolida en el **s. XIX** ^{F3}
- **Comte** reintrodujo «sociología» en 1838 (Sieyès la usó en 1780) y llamó **positivismo** a su estudio científico ^{F3}
- **Durkheim: hechos sociales objetivos**, primer departamento europeo (Burdeos, 1895), *El suicidio* (1897); **no** rechazaba el método científico ^{F3}
- **Weber**: *verstehen*, interpretar el significado de la acción social; **Marx**: conflicto de clases ^{F3}
- **Wundt**: primer laboratorio de psicología, **Leipzig 1879** (s. XIX); el antropométrico fue de **Galton** (Londres, 1884) ^{F7,F8}
- **Psicología social**: cómo las personas **se influyen unas a otras** ^{F9}
- **Sociología**: estudio científico y sistemático de los grupos y sus interacciones; **antropología**: estudio de la humanidad en el tiempo y el espacio ^{F1,F2}
- Hechos sociales de Durkheim: leyes, moral, valores, creencias religiosas, costumbres, moda y rituales ^{F5}
- Marx **rechazó el positivismo** de Comte; la teoría del conflicto es un enfoque macro ^{F3,F5}

2. Grupos: concepto, tipos, tamaño y estructura

- Grupo: **dos o más** personas que interactúan y comparten identidad; agregado = coinciden sin interactuar ^{F10}
- **Primario** (familia, cara a cara, expresivo) frente a **secundario** (impersonal, instrumental) ^{F10}
- Díada y tríada (Simmel); a más tamaño, **menos cohesión y satisfacción** ^{F12,F13}
- **Estatus** = rango en la jerarquía; **rol** = conducta **esperada** de quien lo ocupa ^{F14}
- **Poder** = imponer la voluntad; **autoridad** = poder aceptado (tradicional, carismática, legal-racional) ^{F6}
- Liderazgo instrumental o expresivo; estilos democrático, *laissez-faire* y autoritario ^{F12}
- Grupo en la organización: **normas compartidas, roles diferenciados y objetivos comunes** ^{F11}
- Tamaño y productividad: **sin relación clara**; no hay un número correcto de miembros ^{F13}
- Estatus **adscrito** (no se elige) o **adquirido** (por elección o mérito) ^{F14}
- **Cultura organizacional**: valores y significados compartidos; para Schein, supuestos tácitos aprendidos por el grupo ^{F15}

3. Grupos de apoyo y de ayuda mutua; la persuasión

- Grupo de apoyo: lo **convoca y lidera** un profesional; **GAM**: autónomo, **no depende de profesionales** ^{F16}
- GAM ideal de **8 a 12** miembros; el profesional puede crearlo, facilita el inicio y acaba de **observador**; el líder es la tarea ^{F17}
- En EpS el profesional es **facilitador**, no directivo ^{F18}
- Persuasión: fuente **creíble y atractiva**; la **autoestima** del receptor **sí influye** (moderada = más persuadible) ^{F19}
- Ruta **central** (argumentos fuertes, cambio duradero) y **periférica** (emociones positivas) ^{F19}
- Fases del GAM: **creación, primeros contactos** (rol activo), **acompañamiento** (entrenar la ayuda mutua) y **observación** (observador pasivo) ^{F17}
- Normas del GAM: confidencialidad, respeto y **las decisiones sobre el grupo se toman en el grupo** ^{F17}
- Mensajes **sutiles** persuaden más que los directos; los jóvenes de 18-25 años son más persuadibles ^{F19}
- Alta **necesidad de cognición**: examina los argumentos; fuertes y débiles polarizan más su evaluación ^{F20}

4. Antropología de la salud: cultura, biomedicina y creencias

- **Cultura**: creencias, valores y prácticas **compartidos y aprendidos**; es dinámica ^{F21,F23}
- **Disease** biológica, **illness** experiencia, **sickness** percepción social ^{F24}
- **Biomedicina**: perspectiva **orgánica**, sin lo psicológico ni lo social (Engel propone el modelo **biopsicosocial**) ^{F27,F23}
- **Creencia**: información que la persona cree, hace suya y **dirige su conducta** ^{F18}
- La cultura influye en la **expresión, presentación, reconocimiento y diagnóstico** de los trastornos mentales ^{F23,F28}
- Biomedicina, **etnomedicina** y **pluralismo médico** (usar ambas) ^{F25}
- Kleinman: distinción fundamental entre **disease** e **illness** ^{F26}
- Áreas de la persona: **cognitiva** (lo que sabe), **emocional** (lo que cree y siente) y **habilidades** ^{F18}
- DSM-5: variaciones culturales en la **presentación**, conceptos culturales de malestar y **entrevista de formulación cultural** ^{F28}

5. Interculturalidad: aculturación, asimilación e integración

- **Aculturación:** cambios tras el **contacto intercultural** (proceso general) ^{F30}
- Berry: **integración** (ambas culturas), **asimilación** (deja la de origen por la receptora), **separación**, **marginación** ^{F30}
- **Asimilación** (OIM): interiorizar idioma, tradiciones y costumbres de la sociedad receptora hasta ser **menos distinguible** ^{F32}
- **Etnocentrismo:** juzgar otra cultura con las normas propias; **relativismo:** con las suyas ^{F35}
- **Estereotipo** = generalización; **prejuicio** = actitud; **discriminación** = acción ^{F36}
- **Estrés aculturativo:** el que aparece al adaptarse a una cultura nueva ^{F23}
- **Integración** (OIM): adaptación **mutua y bidireccional**, sin pérdida de la cultura de origen ^{F32,F33}
- La OIM ya no considera la asimilación un enfoque deseable; el PECE niega la simple asimilación ^{F32,F34}
- **Subcultura** (identidad propia dentro de la sociedad) frente a **contracultura** (rechaza sus patrones) ^{F21}
- **Multiculturalismo** preserva la diversidad; **interculturalismo** subraya lo común y el aprendizaje mutuo ^{F32,F34}

6. Migración, mediación intercultural y cuidados culturales

- País **receptor:** **enriquecimiento cultural**, mano de obra, rejuvenecimiento ^{F34,F37}
- País de **origen:** **remesas** y fuga de cerebros ^{F37,F32}
- Persona **migrante:** barreras, **vulnerabilidad**, **duelo migratorio** ^{F38,F29}
- Problemas de entendimiento en la MGF: **mediación intercultural** ^{F39}
- **Leininger:** enfermería transcultural, cuidado **culturalmente congruente**; preservación, acomodación y reestructuración ^{F40,F41,F63}
- Remesas: unos **831.000 millones** de dólares en 2022 y **905.000 millones** en 2024 ^{F37,F62}
- Los inmigrantes no suelen llegar enfermos: la vulnerabilidad **empieza en el país receptor** ^{F33}
- **Duelo migratorio:** parcial, recurrente y múltiple; siete duelos según Achotegui ^{F29}
- Mediador cultural: **figura puente**; intérpretes **ajenos a la familia** ^{F33,F29}

7. Soledad no deseada y aislamiento social

- **Soledad:** **subjettiva**, discrepancia entre relaciones deseadas y reales; **aislamiento:** falta **objetiva** de redes ^{F42,F43}
- **Weiss:** soledad **emocional** y **social** ^{F42}
- Escalas: **UCLA** y De Jong-Gierveld ^{F44}
- Soledad = **más morbilidad** (unas 871.000 muertes al año) ^{F43}
- El Marco de AP 2019 solo la menciona una vez, de pasada ^{F47}
- OMS: soledad **no deseada** o involuntaria ^{F44}
- ESP 2022: soledad no deseada **20 %** y aislamiento **25 %** en mayores ^{F45}
- PAPPs 2024: UCLA de **20 ítems**; más útiles las versiones cortas; la soledad solo se valora **preguntando** ^{F46}
- Mortalidad: soledad **+9-22 %**, aislamiento +32-33 % ^{F44}

8. Género y salud: conceptos, desigualdades y sesgos

- **Género** = construcción social; **sexo** = biología ^{F48}
- Explican las desigualdades de género: **biología, socialización, roles familiares, trabajo, poder y recursos** ^{F51}
- **Heterosexismo**: la heterosexualidad como única orientación válida; **homofobia**: rechazo ^{F53,F54}
- **Invisibilidad**: suponer a las mujeres iguales a los hombres y extrapolar ^{F52,F55}
- **Efecto Matilda**: científicas sin reconocimiento; **dobles estándares**: criterios distintos ^{F56,F53}
- **Síndrome de Yentl** (Healy, 1991): infradiagnóstico e infratratamiento de la mujer, p. ej. cardiopatía isquémica ^{F57,F58,F49}
- **Igualdad** de género: sin discriminación por sexo; **equidad**: justicia en el reparto de beneficios y responsabilidades ^{F49}
- Inequidad de género = diferencias **innecesarias, evitables e injustas** ^{F49}
- LO 3/2007, art. 27: necesidades distintas, **esfuerzo diagnóstico y terapéutico**, datos **por sexo** ^{F50}
- Hombres como **prototipo** de los ensayos: presunción errónea de igualdad ^{F55}
- Healy (1991): manejo coronario **menos agresivo** y menos procedimientos en mujeres ^{F58}

9. Brechas de género en el trabajo y en lo digital

- **Techo de cristal**: barreras al acceso a la dirección ^{F53}
- **Suelo pegajoso**: retiene a las mujeres abajo, atrapadas por las **cargas afectivas y emocionales domésticas** ^{F53,F59}
- Segregación **horizontal** (sectores) y **vertical** (niveles) ^{F53}
- Brechas digitales: **acceso, usos y competencias, beneficios** ^{F60}
- Pocas mujeres dirigiendo en el sector digital = **brecha vertical** ^{F60}
- **Patriarcado**: sistema social de dominación masculina ^{F53}
- Doble segregación: horizontal (ocupaciones) y **vertical** (trabas a la promoción) ^{F49}
- Brecha digital mayor en **competencias informáticas** que en navegación ^{F60}
- ONTSI 2026: uso semanal de internet **ligeramente mayor en mujeres** (95,7 % frente a 95,1 %) ^{F61}

Puntos clave

- 1 Durkheim defendía estudiar los hechos sociales objetivos con método científico; la Ilustración sentó las bases de las ciencias sociales ^{F3}
- 2 Wundt fundó el primer laboratorio de psicología en Leipzig en 1879 (siglo XIX) ^{F7}
- 3 Estatus es el rango en la jerarquía; rol, la conducta esperada de quien lo ocupa ^{F14}
- 4 En un grupo de ayuda mutua el profesional puede ayudar a crearlo y lo apoya según sus necesidades, sin que el liderazgo recaiga en él ^{F17}
- 5 La autoestima del receptor influye en la persuasión ^{F19}
- 6 La biomedicina ha visto la enfermedad desde una perspectiva orgánica ^{F27,F23}
- 7 La cultura influye en la expresión, presentación y diagnóstico de los trastornos mentales ^{F23,F28}
- 8 Asimilación: adoptar idioma, tradiciones y costumbres de la sociedad receptora; integración: sin perder la cultura de origen ^{F32,F30}
- 9 Ante problemas de entendimiento con mujeres afectadas por la MGF, mediación intercultural ^{F39}
- 10 Soledad es subjetiva; aislamiento social, objetivo; la escala de UCLA mide la soledad ^{F43,F44}
- 11 Heterosexismo: la heterosexualidad como única orientación válida ^{F53}
- 12 Síndrome de Yentl: infradiagnóstico e infratratamiento de las mujeres ^{F57,F49}
- 13 Suelo pegajoso, techo de cristal y brecha vertical: tres barreras distintas ^{F53,F59,F60}

1. Las ciencias sociales y de la conducta: origen y autores

La **sociología** es el **estudio científico y sistemático de los grupos y de sus interacciones**, de las sociedades y de las interacciones sociales, desde los grupos pequeños y personales hasta los muy grandes ^{F1}. La **antropología**, dicho de forma sencilla, es el **estudio de la humanidad a través del tiempo y del espacio** ^{F2}.

Origen. En el **siglo XVIII**, los filósofos de la **Ilustración** desarrollaron **principios generales que podían usarse para explicar la vida social** ^{F3}. A comienzos del **siglo XIX** llegaron grandes cambios —la **Revolución Industrial**, más movilidad, nuevos tipos de empleo— y una nueva generación de filósofos creyó que podía darles sentido ^{F3}. La disciplina se institucionalizó a finales del XIX: **Durkheim** fundó el **primer departamento europeo de sociología** en la Universidad de **Burdeos en 1895** y ese mismo año publicó *Las reglas del método sociológico* ^{F3}. Los antropólogos del siglo XIX, por su parte, detallaban esquemas hipotéticos de las etapas de desarrollo que cada cultura recorrería en pos del ideal europeo de civilización ^{F4}.

Autor	Qué aportó
Auguste Comte (1798-1857)	Reintrodujo el término «sociología» en 1838 (la primera vez lo usó Sieyès en 1780, en un manuscrito inédito). Llamó positivismo al estudio científico de los patrones sociales. Con Saint-Simon pensaba que la sociedad podía estudiarse con los mismos métodos científicos de las ciencias naturales ^{F3}
Émile Durkheim (1858-1917)	Los sociólogos pueden estudiar hechos sociales objetivos ; con ellos se podría saber si una sociedad está «sana» o es «patológica». En 1897 publicó <i>El suicidio</i> : comparó estadísticas de suicidio de distintos distritos para demostrar la eficacia de sus reglas de investigación social ^{F3} . Hechos sociales son las leyes, la moral, los valores, las creencias religiosas, las costumbres, la moda y los rituales, que gobiernan la vida social ^{F5}
Max Weber	Introdujo con Dilthey el concepto de verstehen (comprender en profundidad). La sociología debe interpretar el significado de la acción social y dar así una explicación causal de su curso y sus efectos ^{F3} . Definió el poder como la capacidad de imponer la propia voluntad a otros ^{F6}
Karl Marx	Rechazó el positivismo de Comte . Las sociedades crecen y cambian por la lucha de las clases sociales por los medios de producción ; su idea de que el conflicto social produce el cambio sigue siendo una de las grandes teorías de la sociología ^{F3} . La teoría del conflicto es un enfoque macro asociado sobre todo a Marx ^{F5}



Lo que más cae

La **Ilustración** (s. XVIII) dio los principios para explicar la vida social; la disciplina se consolida en el **s. XIX** ^{F3}. **Durkheim no se oponía al método científico**: defendía estudiar **hechos sociales objetivos** con reglas de investigación ^{F3}. Weber = **comprender el significado de la acción social**; Marx = **capitalismo y conflicto de clases** ^{F3}.

Ilustración y origen de las ciencias sociales

¿Cuál de las opciones que se muestran es la correcta?:

1. Las ciencias sociales se configuran como disciplinas a partir del S.XVIII.
2. Paradigmas comunes a la Sociología y la Antropología son el idealismo y el positivismo.
3. La Ilustración favoreció la configuración teórica de las ciencias sociales.
4. Ancestros comunes de la Antropología y la Sociología son: Marx, Goffman, Comte y Durkheim.

¿Quién acuñó «sociología»?

La pregunta EIR2016-051 pide la afirmación **incorrecta** y su clave es la de Durkheim, así que da por buena «Comte acuñó el término de Sociología». OpenStax lo matiza: el término lo usó **por primera vez Sieyès en 1780**, en un manuscrito inédito, y **Comte lo reintrodujo en 1838** ^{F3}. La respuesta oficial no cambia: la afirmación falsa sin discusión es que Durkheim estuviera en contra del método científico, cuando defendía estudiar hechos sociales objetivos ^{F3}.

Durkheim y el método científico en lo social

¿Cuál es la respuesta INCORRECTA?:

1. Durkheim estaba en contra de utilizar el método científico en el estudio de los fenómenos sociales.
2. Comte acuñó el término de Sociología.
3. Para Weber las Ciencias Sociales deben explicar los significados de la acción social.
4. Marx analizó la influencia del capitalismo y el conflicto de clases.

Psicología. Es una ciencia relativamente joven, con sus **raíces experimentales en el siglo XIX** ^{F7}. **Wilhelm Wundt** (1832-1920), el primero al que se llamó psicólogo, creó el **primer laboratorio de investigación psicológica** en la **Universidad de Leipzig en 1879** ^{F7}.

El laboratorio antropométrico era de Galton

El enunciado de EIR2005-076 llama «antropométrico» al laboratorio de Wundt. El **laboratorio antropométrico** fue el de **Francis Galton**, instalado en **1884** en la Exposición Internacional de Salud de South Kensington (Londres), donde los visitantes rellenaban fichas de medidas ^{F8}. El de Wundt (Leipzig, 1879) fue el primer laboratorio de **psicología experimental** ^{F7}. Los dos son del **siglo XIX**, así que el siglo que pide la pregunta no cambia ^{F7,F8}.

Wundt: fundación de la psicología experimental (s. XIX)

La creación del laboratorio antropométrico de Wundt en Leipzig supuso el hito fundacional de la Psicología Experimental a finales del siglo:

1. XVII.
2. XV.
3. XVIII.
4. XIX.
5. XX.

La **psicología social** examina **cómo las personas se influyen unas a otras** y el poder de la situación ^{F9}. Según la definición de la APA que recoge OpenStax, a los psicólogos sociales les interesa la **influencia de las relaciones interpersonales y de grupo en la conducta**; sus temas interpersonales son los que atañen a **diadas y grupos**, los procesos grupales y las relaciones entre grupos ^{F9}.

Psicología social según Zajonc

Aquella disciplina que, según Zajonc (1966) estudia la “dependencia e interdependencia” entre los individuos es la:

1. Pedagogía.
2. Psicología evolutiva.
3. Psicología clínica.
4. Psicología social.
5. Psicología del trabajo.

2. Grupos: concepto, tipos, tamaño y estructura

Un **grupo** es cualquier conjunto de **al menos dos personas que interactúan con cierta frecuencia** y comparten la sensación de que su **identidad** está ligada a la del grupo ^{F10}. Las personas que coinciden en un lugar sin interactuar ni compartir identidad (la cola de una cafetería) forman un **agregado** o multitud, no un grupo ^{F10}. En las organizaciones, un grupo es un conjunto de individuos que **comparten normas**, suelen tener **roles diferenciados** e **interactúan para perseguir juntos objetivos comunes** ^{F11}.

Tipo	Rasgos
Primario (Cooley)	Pequeño; relación cara a cara , duradera y emocional; cumple funciones expresivas . El mejor ejemplo es la familia ^{F10}
Secundario	Más grande e impersonal ; a menudo centrado en una tarea y limitado en el tiempo; función instrumental ^{F10}
Endogrupo / exogrupo (Sumner)	El grupo al que uno siente que pertenece frente al que siente ajeno ^{F10}
Grupo de referencia	Aquel con el que la persona se compara : le da un patrón de medida ^{F10}
Formal / informal	Los formales los crea la organización para una tarea; los informales surgen de las relaciones entre sus miembros ^{F11}

Tamaño. Simmel distinguió la **diada** (dos miembros), que desaparece si uno se retira, de la **triada** (tres), que sobrevive a la marcha de uno y en la que pueden formarse alianzas de dos contra uno y una opinión mayoritaria ^{F12}. Los grupos pequeños suelen tener **fuerte cohesión interna**; cuanto más crece el grupo, **más riesgo de división y de falta de cohesión** ^{F12}.

Efecto del tamaño (Organizational Behavior, tabla 9.2)	Grupo pequeño	Grupo grande
Interacción entre miembros	Mayor	Menor ^{F13}
Cohesión	Mayor	Menor ^{F13}
Satisfacción de los miembros	Mayor	Menor ^{F13}
Absentismo y rotación	Menores	Mayores ^{F13}
Holgazanería social	Menor	Mayor ^{F13}
Productividad	Sin relación clara	Sin relación clara ^{F13}

No hay un número correcto de miembros para la mayoría de actividades de grupo ^{F13}. La **cohesión** es el grado en que los miembros están motivados para seguir en el grupo, y la **norma** de grupo es un patrón compartido que regula la conducta de sus miembros ^{F13}.

Roles. Un **rol** es el **patrón de conducta esperado** asignado o atribuido a una posición; define las responsabilidades de cada uno en nombre del grupo ^{F13}. Hay roles **orientados a la tarea**, **orientados a las**

relaciones y orientados a uno mismo; el conjunto de roles de una persona es su *role set*, y pueden aparecer conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol ^{F13}.

Estatus. Los sociólogos llaman estatus a las **responsabilidades y beneficios que una persona tiene según su rango y su rol en la sociedad**; puede ser **adscrito** (no se elige) o **adquirido** (se obtiene por elección o mérito) ^{F14}. La distinción que cae: **el estatus es el rango en la jerarquía social; el rol es la conducta que se espera de quien ocupa ese estatus** ^{F14}. En las organizaciones, el estatus se diferencia por cinco bases: nacimiento, características personales, logros, posesiones y autoridad formal ^{F13}.

Concepto	Definición
Poder	Capacidad de imponer la propia voluntad a otros (Weber) ^{F6}
Autoridad	Poder aceptado , que la gente acepta seguir; Weber distingue la tradicional , la carismática y la legal-racional ^{F6}
Rol	Conducta esperada de quien ocupa un estatus o posición ^{F14,F13}
Estatus	Rango o posición en la jerarquía social, con sus responsabilidades y beneficios ^{F14}
Liderazgo	El líder instrumental se orienta a la tarea; el expresivo , al bienestar emocional del grupo. Estilos: democrático (participación en todas las decisiones), laissez-faire (deja que el grupo se gestione) y autoritario (da órdenes sin apenas escuchar) ^{F12}



Estatus frente a rol

Estatus = el **rango** del puesto o de la persona en la jerarquía, la posición que se le reconoce. **Rol** = lo que se **espera que haga** quien ocupa ese estatus ^{F14}.

Cultura organizacional. Es el conjunto de **valores y significados compartidos** por los miembros de una organización, que sus líderes expresan y practican ^{F15}. Schein la definió como un patrón de **supuestos tácitos compartidos**, aprendidos por un grupo al resolver sus problemas de adaptación externa e integración interna, que ha funcionado lo bastante bien como para enseñarse a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir ^{F15}.

EIR 2010 · 110

P21 · respuesta en el solucionario

Cultura organizacional: estatus

En la cultura organizacional la consideración o estimación del puesto o persona se refiere al concepto de:

1. Poder.
2. Autoridad.
3. Rol.
4. Estatus.
5. Liderazgo.

3. Grupos de apoyo y de ayuda mutua; la persuasión

Grupo de apoyo frente a grupo de ayuda mutua. Los grupos de apoyo los **convocan y lideran profesionales** (de la salud o de las ciencias sociales, con entrenamiento previo) para crear un ambiente acogedor en el que gestionar los recursos de los miembros ante una situación de cambio, y los forman personas con problemas similares ^{F16}. Los **grupos de ayuda mutua** (GAM, o de autoayuda) se diferencian en que para formarse y funcionar **no dependen de profesionales**: funcionan de forma **autónoma** con los recursos que aportan sus miembros ^{F16}.

La guía del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha define los GAM como una **pequeña reunión de personas** que se reúnen de forma **voluntaria y libre** para responder a un **problema o enfermedad compartido por todos**, afrontar una misma situación o lograr cambios personales o sociales ^{F17}. Proporcionan sobre todo **apoyo emocional**, facilitan la toma de decisiones, pero **nunca deciden por el otro** ^{F17}. Entre sus normas: confidencialidad, respeto y que **las decisiones sobre el grupo se toman en el grupo** ^{F17}. El número ideal es de **8 a 12 miembros**, aunque pueden llegar a 20, y pueden ser abiertos, semiabiertos o cerrados ^{F17}.

Fase del GAM (SESCAM)	Papel del profesional
1. Creación	La iniciativa puede venir de una necesidad detectada por el profesional o de algunos de los futuros miembros ^{F17}
2. Primeros contactos	Rol activo : facilita el inicio progresivo de la consolidación del grupo ^{F17}
3. Acompañamiento	El grupo se entrena en la metodología de la ayuda mutua , enseñando a cada miembro y al grupo a comunicarse ^{F17}
4. Observación	Queda relegado a observador pasivo ^{F17}

El coordinador **debe alejarse del papel de experto** y entender que **el liderazgo no recae en él**: el líder es la tarea, la propia ayuda mutua ^{F17}. Los grupos con recorrido **aspiran a coordinarse por los propios usuarios, con el apoyo de profesionales en función de las necesidades del grupo** ^{F17}. Pueden llevarlos o observarlos distintos miembros del equipo, **enfermería** incluida ^{F17}. En educación para la salud, el profesional desempeña igualmente un **rol de facilitación, de ayuda y de apoyo**, más que un rol directivo o prescriptivo ^{F18}; la educación para la salud a veces termina en la **constitución de un grupo de autoayuda**, por ejemplo de personas cuidadoras que comparten experiencias y amplían su red social ^{F18}.



Lo que caracteriza a un grupo

Todo grupo tiene **objetivos comunes** y **roles diferenciados** entre sus miembros ^{F11}; el tamaño **sí importa**: los grupos pequeños tienen más cohesión y más satisfacción ^{F13}, y el ideal de un GAM es de 8 a 12 miembros ^{F17}. En un GAM el profesional puede **ayudar a crearlo**, tiene un papel activo al principio y luego apoya **en función de las necesidades del grupo**, sin que el liderazgo recaiga en él ^{F17}.

¿Dirige la enfermera el grupo?

EIR2011-073 (grupo **de apoyo** de cuidadores) tiene como respuesta oficial que hay que **distribuir tareas y asumir roles**, y da por falso que «la enfermera es responsable de dirigir la dinámica del grupo». La guía colombiana que distingue los tipos de grupo dice que los grupos de apoyo son **convocados y liderados por un profesional** ^{F16}, así que esa opción no es falsa según esta fuente; la clave sí se deduce de que todo grupo tiene objetivos comunes y roles diferenciados ^{F11}. En EIR2013-021 (grupo **de autoayuda**), la respuesta (reconstruida por un tercero) es **ayudar a formar el grupo y participar en él cuando sea conveniente**, lo que encaja con la guía del SESCOG: la iniciativa puede ser del profesional y su apoyo depende de las necesidades del grupo ^{F17}; pero la misma guía deja al profesional, en la última fase, como **observador pasivo**, algo parecido a la opción 3 que la clave da por incorrecta ^{F17}. Las respuestas no se corrigen.

EIR 2013 · 21

P12 · respuesta en el solucionario

Grupo de autoayuda: papel de la enfermera

El señor RPT tiene un problema de salud y su enfermera considera que su participación en un grupo de autoayuda puede mejorar su situación, estando él de acuerdo. En este caso la función de la enfermera es:

1. Identificar a otras personas con el mismo problema que este señor, hasta contar con un número adecuado, y crear un grupo de autoayuda.
2. Recomendarle que se integre en un grupo ya existente y asistir con él a las reuniones, actuando en estas como moderadora, hasta que este señor se sienta integrado.
3. Recomendarle que se integre en un grupo ya existente y realizar un seguimiento de su participación. La enfermera participará en el grupo simplemente como observadora.
4. Ayudar a este señor a formar un grupo y participar en el mismo cuando sea conveniente.
5. No tiene ninguna función, ya que si la enfermera no tiene el problema no puede compartir la experiencia.

EIR 2011 · 73

P14 · respuesta en el solucionario

Grupo de apoyo: distribución de tareas y roles

Una enfermera se propone formar un grupo de apoyo de personas que se ocupan del cuidado de familiares con enfermedades crónicas. A la hora de conformar el grupo tendrá en cuenta que:

1. El número de componentes no es un factor a considerar.
2. Es necesario distribuir tareas y asumir diferentes roles.
3. No es necesario que todos los miembros compartan un mismo objetivo.
4. La enfermera es responsable de dirigir la dinámica del grupo.
5. Un mayor número de integrantes favorece la motivación y satisfacción de los componentes en la conjunción de esfuerzos para lograr los objetivos propuestos.

Persuasión (enfoque de Yale, Hovland). La eficacia de un mensaje depende de la **fuentes**, del **mensaje** y de la **audiencia** ^{F19}. De la fuente: los oradores **creíbles** (expertos y dignos de confianza) y los más **atractivos**

persuaden más ^{F19}. Del mensaje: los mensajes **sutiles** persuaden más que los directos ^{F19}. De la audiencia: influyen la **atención**, la **inteligencia**, la **autoestima** y la **edad**; las personas de **autoestima moderada** se persuaden más fácilmente que las de autoestima alta o baja, y los adultos de 18 a 25 años más que los mayores ^{F19}.

Modelo de probabilidad de elaboración (Petty y Cacioppo). Por la **ruta central** el argumento tiene que ser **fuerte** y, si convence, el cambio de actitud es **duradero**; la **ruta periférica** se apoya en asociaciones con rasgos positivos, como las **emociones positivas** o el aval de un famoso, y suele producir un cambio menos permanente ^{F19}. La **necesidad de cognición** distingue a quienes disfrutan del esfuerzo analítico: estas personas evalúan el mensaje examinando sus argumentos, y los mensajes fuertes y débiles producen en ellas **evaluaciones más polarizadas** que en quienes tienen baja necesidad de cognición ^{F20}. El **estado de ánimo** actúa como clave periférica: influyó en las actitudes de quienes sabían poco del tema, no en las de quienes sabían mucho ^{F20}.



La autoestima del receptor sí influye

En persuasión cuentan las características del **receptor**, entre ellas su **autoestima**: los de autoestima **moderada** son los más persuadibles ^{F19}.

EIR 2015 · 54

P20 · respuesta en el solucionario

Persuasión: influencia de la autoestima del receptor

La persuasión es una forma de modificar actitudes. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?:

1. La fuente que comunica un mensaje tiene que ser creíble, atractiva, cercana y afín.
2. El mensaje positivo persuade mejor que el negativo o el neutro.
3. Los estados de ánimo positivos favorecen más la persuasión que los estados neutrales.
4. Las actitudes de las personas con alta necesidad cognitiva son más difíciles de modificar sobre todo si se utilizan argumentos débiles.
5. La autoestima del receptor no influye en la persuasión.

4. Antropología de la salud: cultura, biomedicina y creencias

Cultura. En sociología, las **creencias, valores y prácticas compartidos** por un grupo ^{F21}. En antropología, la **forma de vida completa** de una sociedad: objetos materiales, tecnologías, relaciones sociales, prácticas cotidianas, valores profundos e ideas compartidas ^{F22}. Es un patrimonio común de creencias, normas y valores, **compartido y en gran parte aprendido**, y es **dinámica**: cambia continuamente ^{F23}.

Antropología médica. Distingue tres dimensiones del mal (*malady*) ^{F24}:

Término	Qué es
Disease (enfermedad)	Estrictamente biológica : una anomalía de la estructura, la química o la función del organismo ^{F24}
Illness (padecimiento)	La experiencia sociocultural de la persona ante la alteración de su bienestar físico o mental ^{F24}
Sickness (enfermedad social)	La percepción social de la mala salud de alguien, que marca cómo le ven y le tratan los demás; el rol de enfermo es la expectativa social sobre quien la sufre ^{F24,F25}

Kleinman, Eisenberg y Good (1978) propusieron como concepto clínico fundamental la **distinción entre disease e illness** y la construcción cultural de la realidad clínica ^{F26}. La **biomedicina** es el sistema de atención basado en el conocimiento científico europeo y norteamericano; la **etnomedicina**, el conocimiento y los tratamientos tradicionales de una cultura; usar ambas es **pluralismo médico** ^{F25}.

Modelo biomédico. Engel (1977) escribió que el modelo dominante de enfermedad es **biomédico** y **no deja lugar a las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales** del padecimiento; propuso a cambio el **modelo biopsicosocial** ^{F27}. La cultura de la medicina occidental, nacida en la Grecia antigua, **enfatisa la primacía del cuerpo humano en la enfermedad**; hacia 1900 empezó a concebir la enfermedad como influida también por fenómenos sociales ^{F23}.



Biomedicina = perspectiva orgánica

La biomedicina ha mirado la enfermedad desde el **cuerpo**, como *disease* biológica, dejando fuera lo psicológico y lo social ^{F27,F23}.

EIR 2006 · 58

P15 · respuesta en el solucionario

Biomedicina: perspectiva orgánica de la enfermedad

Tradicionalmente la biomedicina ha contemplado la enfermedad desde una perspectiva:

1. Psicológica.
2. Social.
3. Orgánica.
4. Psicosocial.
5. Epidemiológica.

Creencias. Forman parte del **área emocional** de la persona, junto con actitudes, valores y sentimientos; tienen un **componente cognitivo y otro emocional**: son una **información que la persona cree, hace suya y que dirige sus comportamientos** ^{F18}. El manual separa en la persona el área **cognitiva** (lo que sabe), la **emocional** (lo que cree y siente) y la de las **habilidades** (lo que sabe hacer) ^{F18}: una afirmación que alguien da por cierta sobre lo que es bueno para la salud pertenece a lo que cree, no a lo que hace. Con gran influencia en la salud, el Manual de Educación para la Salud de Navarra describe la **atribución de causalidad** (la enfermedad se debe a factores internos o externos), las **creencias de gravedad**, las **creencias coste-beneficio** y las **creencias y expectativas de otras personas** ^{F18}.

EIR 2016 · 95

P19 · respuesta en el solucionario

Creencia sobre la salud

Acude a la consulta Mar con su hijo de 18 meses y su madre Carmen, viuda de 67 años que actualmente cuida de su nieto. Durante la entrevista Mar refiere “mi madre está siempre intentando que mi hijo coma un huevo al día porque dice que es necesario para que crezca fuerte”. Esta afirmación confirmada por Carmen refleja en la abuela el concepto de:

1. Acción de autocuidado.
2. Creencia sobre la salud.
3. Conducta positiva de salud.
4. Protección ineficaz.

Cultura y salud mental. Según el informe del Surgeon General de EE. UU., la cultura influye en muchos aspectos de la enfermedad mental: en **cómo expresan y manifiestan sus síntomas** los pacientes, en su forma de afrontarla, en sus apoyos y en su disposición a buscar tratamiento; y **la cultura del clínico y del sistema influye en el diagnóstico**, el tratamiento y la prestación de servicios ^{F23}. Los pacientes de otra cultura pueden manifestar y comunicar sus síntomas de un modo poco comprensible para la cultura del clínico ^{F23}.

El DSM-5 sustituyó la simple lista de síndromes ligados a la cultura por criterios que reflejan las **variaciones culturales en la presentación**, información sobre los **conceptos culturales de malestar** y una **entrevista de formulación cultural**; distintas culturas **muestran o explican los síntomas de formas diversas** (por ejemplo, llanto incontrolable y cefalea como síntomas de pánico en unas, dificultad respiratoria en otras), y entenderlo ayuda a **diagnosticar con más precisión** ^{F28}. En la literatura española sobre el inmigrante, **la cultura determina cómo se definen los síntomas** e incluso si un mismo síntoma se considera o no patológico ^{F29}.



Por qué importa la cultura en salud mental

La cultura influye en la **expresión, la presentación, el reconocimiento y el etiquetado (diagnóstico)** de los síntomas y trastornos mentales ^{F23,F28,F29}.

Cultura y expresión de la salud mental

En el cuidado a personas que presentan problemas de salud mental es importante tener en cuenta los aspectos socioculturales que pueden influir en el proceso salud/enfermedad debido a:

1. El diagnóstico de los trastornos mentales en personas de otras culturas ha de ser distinto al del resto de los pacientes.
2. La cultura influye en la expresión, presentación, reconocimiento y etiquetado de la salud mental y la patología mental.
3. Las características sociológicas de cada grupo de individuos inciden en la mala praxis terapéutica.
4. Las enfermeras de otras culturas planifican estrategias terapéuticas diferentes.

5. Interculturalidad: aculturación, asimilación e integración

Aculturación es el conjunto de **cambios culturales y psicológicos** que se producen en grupos e individuos **tras su contacto intercultural** (Redfield y cols., 1936; Sam y Berry, 2016) ^{F30}. El informe del Surgeon General la describe como el proceso de socialización por el que los grupos minoritarios **aprenden y adoptan elementos selectivos** de la cultura dominante, que a su vez se transforma con esa interacción ^{F23}. El **estrés aculturativo** es el estrés que aparece durante el proceso de adaptación a una nueva cultura (Berry y cols., 1987) ^{F23}.

Estrategias de aculturación de Berry. Resultan de cruzar dos actitudes: **mantener la cultura y la identidad de origen y tener contacto con la sociedad mayoritaria** ^{F30}.

Estrategia	Cultura de origen	Contacto con la sociedad receptora	Definición
Integración	Sí	Sí	Preferencia por ambas: implicación en la cultura de origen y en la sociedad mayoritaria ^{F30}
Asimilación	No	Sí	Desvincularse de la cultura de origen para participar en la sociedad mayoritaria ^{F30}
Separación	Sí	No	Preferencia solo por la cultura de origen ^{F30}
Marginación	No	No	Ninguna de las dos ^{F30}

Un artículo español sobre el inmigrante, sin remitir a Berry, recoge cuatro situaciones posibles de la adaptación a una nueva cultura: **integración, resistencia, asimilación y marginación** ^{F29}.

Asimilación. Proceso por el que una persona o grupo minoritario **abandona su propia identidad adoptando las características de la cultura dominante**: en lugar de mantener su sabor cultural, deja sus tradiciones para ajustarse al nuevo entorno ^{F31}. Para la OIM es un «enfoque normativo **unidireccional** de la integración» que propugna que un grupo, normalmente minoritario, **adopte las prácticas culturales** de otro, habitualmente mayoritario; supone **interiorizar el idioma, las tradiciones, los valores, las costumbres y el comportamiento**, lo que suele hacer a la parte asimilada **menos distinguible** de los demás miembros de la comunidad receptora; la OIM añade que las políticas de asimilación **ya no se consideran un enfoque deseable** para integrar a los migrantes ^{F32}.

Integración. Para la OIM es un proceso **bidireccional de adaptación mutua** entre los migrantes y las sociedades en las que viven, por el que los migrantes se incorporan a la vida social, económica, cultural y política de la comunidad receptora ^{F32}. En la definición de Giménez que recoge *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, la minoría se incorpora en igualdad de condiciones **sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen** ^{F33}. El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014 **niega la posibilidad de una simple asimilación** a las pautas culturales dominantes ^{F34}.

Aculturación, asimilación e integración

Aculturación nombra el **proceso general** de cambio tras el contacto entre culturas ^{F30}; la **asimilación** es uno de sus desenlaces: adoptar el idioma, las tradiciones, las costumbres y el comportamiento de la sociedad receptora hasta ser menos distinguible de ella ^{F32}. Lo que separa la asimilación de la **integración** es si la cultura de origen **se abandona o se conserva** ^{F30,F33}.

Asimilación o integración

La respuesta oficial de EIR2016-079 es **asimilación** para una joven inmigrante que se siente parte del pueblo, tiene amigos y organiza las fiestas locales (la opción «integración» no figura). Con las definiciones actuales, lo que distingue la asimilación de la **integración** es **abandonar** la cultura de origen (Berry: «desvincularse de la cultura de origen para participar en la sociedad mayoritaria») frente a conservarla ^{F30,F33}, y el enunciado no dice que la abandone. El criterio de la clave es el de la asimilación como **interiorización de las tradiciones, costumbres y comportamiento** de la comunidad receptora, que hace a la persona **menos distinguible** de ella ^{F32}; **aculturación** no vale porque nombra el **proceso general** de cambio tras el contacto, no su desenlace ^{F30}. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2013 · 20

P13 · respuesta en el solucionario

Aculturación: asimilación

RPF es una señora de 48 años, nicaragüense y que lleva viviendo en España 2 años. Al realizarle la valoración la enfermera observa que, en todas las respuestas sobre sus cuidados, responde que lleva a cabo actividades normales y que hace todo como se hace acá. Al enjuiciar esta información, desde el punto de vista cultural, la enfermera la etiquetará como:

1. Prejuicio.
2. Bicultural.
3. Aculturación.
4. Asimilación.
5. Discriminación.

Aculturación: asimilación

Acude a la consulta por primera vez Christina, una joven de 20 años de origen nórdico que lleva viviendo en España seis meses. Durante la entrevista refiere que “a pesar de que al comienzo fue difícil, ahora he comenzado a sentirme parte del pueblo” Christina reside en una pequeña localidad gallega con sus padres y desde hace un par de meses ha comenzado la universidad, donde se ha integrado formando un pequeño grupo de amigos con los que participa en la organización de las fiestas locales. Esta situación describe el concepto de:

1. Subcultura.
2. Asimilación.
3. Aculturación.
4. Estereotipo.

Concepto	Definición
Subcultura	Grupo que comparte una identificación propia, distinta de la mayoría, aunque sus miembros viven dentro de la sociedad más amplia F21
Contracultura	Grupo que rechaza y se opone a los patrones culturales aceptados por la sociedad F21
Etnocentrismo	Evaluar y juzgar otra cultura según las normas de la propia F35
Xenocentrismo	Lo contrario: creer que otra cultura es superior a la propia F35
Relativismo cultural	Valorar una cultura según sus propios criterios , no a través de la lente de la propia F35
Choque cultural	Desorientación y frustración al encontrarse en una cultura nueva F35
Estereotipo	Generalización simplificada sobre un grupo de personas F36
Prejuicio	Creencias, pensamientos, sentimientos y actitudes sobre un grupo; es un juicio previo , no basado en la experiencia personal F36
Discriminación	Acciones contra un grupo: el prejuicio es pensamiento sesgado; la discriminación, conducta F36
Pluralismo	Mezcla de culturas en la que cada una conserva su identidad y aporta al conjunto («ensaladera») F31
Multiculturalismo	Modelo de integración que fomenta preservar y expresar la diversidad cultural mientras los migrantes se hacen miembros de pleno derecho F32
Interculturalismo	Pone el énfasis en lo común y lo que une , en la interacción positiva y el aprendizaje mutuo entre diferentes F34

6. Migración, mediación intercultural y cuidados culturales

La migración ha beneficiado durante siglos a millones de personas en los países de **origen, de tránsito y de destino**, dando oportunidades y **enriqueciendo la vida humana** ^{F37}. Sus implicaciones se reparten así:

Para quién	Implicaciones que recogen las fuentes
País receptor (destino)	Aporta competencias, decisivo en países con declive demográfico ; aumenta los ingresos y la mano de obra en sectores con escasez; los trabajadores jóvenes alivian los sistemas de pensiones ^{F37} . El PECE recoge el 8.º Principio Básico Común de la UE: las culturas y religiones de los nuevos ciudadanos pueden facilitar el entendimiento y el enriquecimiento de la nueva sociedad ; del intercambio intercultural nacen nuevas realidades culturales en las que todos pueden resultar transformados y enriquecidos ^{F34} . En España, la mayor juventud de los inmigrantes elevó su peso en el crecimiento vegetativo (24,19 % de los nacidos en 2009) ^{F34}
País de origen	La migración es motor de desarrollo; las remesas pasaron de unos 128.000 millones de dólares en 2000 a unos 831.000 millones en 2022 ^{F37} y a unos 905.000 millones en 2024 ^{F62} . Fuga de cerebros : pérdida de capital humano por la emigración de trabajadores cualificados; remesas sociales : ideas, comportamientos y capital social que vuelven a las comunidades de origen ^{F32}
Persona migrante	Peor salud por barreras lingüísticas y culturales , discriminación y políticas restrictivas; en situación vulnerable o irregular, por condiciones precarias y determinantes desfavorables; xenofobia y obstáculos de acceso ^{F38} . Los inmigrantes no suelen llegar enfermos: su vulnerabilidad empieza en el país receptor por las malas condiciones laborales y de vivienda y la falta de apoyos ^{F33} . Duelo migratorio : parcial, recurrente y múltiple; según Achotegui, al menos siete duelos (familia y amigos, lengua, cultura, tierra, nivel social, grupo étnico y riesgos físicos) ^{F29}



Para el país receptor

Para el **país receptor**, las fuentes hablan de **enriquecimiento** de la nueva sociedad ^{F34}, además de aportes demográficos y de mano de obra ^{F37}. La vulnerabilidad y el duelo son de la **persona migrante**; remesas y fuga de cerebros, del **país de origen** ^{F38,F29,F37,F32}.

Migración: implicaciones para los países receptores

Dentro de las implicaciones presentes en los procesos migratorios para los países receptores se encuentran:

1. El alivio de la presión demográfica.
2. La ruptura de la transmisión cultural.
3. El enriquecimiento cultural.
4. La vulnerabilidad y la desprotección.

Mediación intercultural. El Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (Ministerio de Sanidad, 2015) recomienda recordar siempre que **se puede recurrir a la mediación intercultural si hay problemas de entendimiento** con las afectadas o con las personas en riesgo, que además pueden apoyar con intérpretes ante la barrera idiomática ^{F39}. En el embarazo puede ser valiosa la colaboración de alguna mujer de la comunidad o de **mediadores culturales**, que ante dificultades con el idioma ayudan a encontrar un intérprete si el servicio no lo tiene ^{F39}. El trabajo en red incluye, además, trabajo social, protección de la infancia, fiscalía, asociaciones y ONG ^{F39}.

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración incluyó entre sus medidas de salud el **desarrollo de programas de mediación sanitaria intercultural** y la traducción e interpretación ^{F34}. En atención primaria, si el paciente no habla nuestro idioma, conviene buscar un **mediador cultural cualificado**, «figura puente» entre los servicios y las comunidades inmigrantes ^{F33}; se recomiendan **intérpretes ajenos a la familia** que conozcan las peculiaridades culturales, sobre todo las creencias sobre la enfermedad ^{F29}.

Mutilación genital femenina: mediadora intercultural

De los siguientes recursos, ¿cuál es el más recomendable si tenemos problemas de entendimiento con mujeres afectadas o en riesgo de padecer mutilación genital femenina?:

1. Trabajadora social del centro.
2. Mediadora intercultural.
3. Enfermera de pediatría.
4. Departamento de protección a la Infancia y Fiscalía.

Enfermería transcultural. Madeleine **Leininger** la definió como un área formal de estudio y práctica centrada en las **semejanzas y diferencias culturales del cuidado humano**, para prestar un cuidado **culturalmente congruente**, significativo y beneficioso; en **1974** fundó la Transcultural Nursing Society ^{F40}. Su teoría es la de la **diversidad y universalidad de los cuidados culturales** (*Culture Care Diversity and Universality*) ^{F63}, que propone tres modos de decisión y acción: **preservación o mantenimiento, acomodación o negociación y reestructuración o remodelación** de los cuidados culturales ^{F41}.

7. Soledad no deseada y aislamiento social

Soledad. Perlman y Peplau (1981) la definieron como la **experiencia desagradable** que se produce cuando la red de relaciones sociales de una persona es **deficiente**, en cantidad o en calidad; es un fenómeno **subjetivo**, no sinónimo de aislamiento objetivo (se puede estar solo sin sentirse solo), y la entienden como una **discrepancia entre las relaciones deseadas y las logradas** ^{F42}. Weiss (1973) distinguió la **soledad emocional** (ausencia de una relación personal íntima) de la **soledad social** (falta de «conexión» social o de sentido de comunidad) ^{F42}.

La OMS (2025) describe la soledad como el **sentimiento doloroso** que surge de la distancia entre las conexiones sociales deseadas y las reales, y el **aislamiento social** como la **falta objetiva** de conexiones sociales suficientes ^{F43}. Su Comisión sobre Conexión Social precisa que en algunas culturas se habla de soledad «involuntaria» o **«no deseada»**, y así la considera el informe ^{F44}. La Estrategia de Salud Pública 2022 define el **aislamiento social** como la **insuficiencia de redes sociales** por proximidad, tamaño o falta de apoyo emocional, y cifra en un **20 %** la soledad no deseada y en un **25 %** el aislamiento social entre las personas mayores de España ^{F45}.

	Soledad (no deseada)	Aislamiento social
Naturaleza	Subjetiva: sentimiento ^{F43}	Objetiva ^{F43} : se valora por la cantidad de relaciones y la frecuencia de contacto ^{F44}
Definición	Discrepancia entre las relaciones deseadas y las reales ^{F42,F43}	Falta o insuficiencia de redes y contactos sociales ^{F43,F45}
Cómo se valora	Preguntando a la persona si se siente sola ^{F46}	Tamaño y frecuencia de la red y de las interacciones ^{F44}

La «carencia de redes» no es la definición de soledad

Definir la soledad no deseada como **carencia de redes sociales** la acerca al **aislamiento social** (objetivo), que es el que la ESP 2022 define como insuficiencia de redes ^{F45,F43}. Weiss no dio una definición única: distinguió dos formas, la soledad **emocional** y la **social**, y solo esta última se basa en la falta de «conexión» social o de sentido de comunidad ^{F42}.

Medida. Las dos escalas de soledad más usadas son la **escala de soledad de UCLA** (Universidad de California en Los Ángeles) y la de **De Jong-Gierveld** ^{F44}. La actualización PAPPS 2024 incluye la escala de UCLA en su tabla de escalas para detectar el aislamiento social, como medida de la soledad percibida (versión original de **20 ítems**) y considera más útiles sus versiones cortas de 10, 7, 6 y 4 ítems; recuerda que la soledad **solo puede evaluarse preguntando** a las personas si se sienten solas ^{F46}.

Efectos en la salud. Según la OMS, la soledad se asocia a unas **100 muertes cada hora**, más de **871.000 al año**, y la soledad y el aislamiento aumentan el riesgo de **ictus, cardiopatía, diabetes, deterioro cognitivo y muerte prematura**; quien se siente solo tiene el doble de probabilidad de deprimirse ^{F43}. En metaanálisis, sobre todo en mayores, la soledad aumenta la mortalidad por todas las causas un **9-22 %** y el aislamiento social un **32-33 %** ^{F44}. El PAPPS la considera factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, ictus, demencia, depresión y **mortalidad** ^{F46}: es decir, se relaciona con **mayor morbimortalidad**.

Políticas. El **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (2019)** nombra la soledad **una sola vez**: en la acción A.4.4, entre los protocolos del trabajo compartido de las trabajadoras sociales sanitarias con el resto de profesionales, orientados a cronicidad, dependencia, vulnerabilidad o maltrato «y/o **atención a la soledad no deseada**»; no le dedica objetivo, acción ni indicador propios ^{F47}. La Estrategia de Salud Pública 2022 incluye la soledad no deseada entre los determinantes que deben abordarse de forma **transversal e intersectorial** ^{F45}.

¿Aborda la soledad el Marco de Atención Primaria de 2019?

La pregunta EIR2023-045 pide la afirmación **incorrecta** y su clave es la definición atribuida a Weiss, así que da por cierta «No se aborda en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019». El texto publicado en el BOE sí menciona la «atención a la soledad no deseada», aunque de pasada y solo dentro de la acción A.4.4, sin objetivo ni indicador propios ^{F47}. La clave solo se sostiene si «abordar» se entiende como tratarla como línea específica. La respuesta oficial se deduce igual: definir la soledad como carencia de redes sociales la reduce a lo que la ESP 2022 llama aislamiento y a una sola de las dos formas que distinguió Weiss ^{F42,F45}; UCLA mide la soledad ^{F44} y la soledad se asocia a mayor morbilidad ^{F43}.

EIR 2023 · 45

P17 · respuesta en el solucionario

Soledad no deseada: concepto

Con relación a la soledad como problema de salud, señale la respuesta INCORRECTA:

1. La soledad no deseada es la carencia de redes sociales satisfactorias en el entorno próximo (Weiss, 1973).
2. La sensación de soledad se puede medir con la escala de soledad de UCLA.
3. Se relaciona con una mayor morbilidad.
4. No se aborda en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019.

8. Género y salud: conceptos, desigualdades y sesgos

Sexo y género. El **género** son las características **socialmente construidas** de mujeres y hombres —normas, roles y relaciones—; el **sexo**, un conjunto de **atributos biológicos**. Son términos distintos y **no deben usarse como sinónimos** ^{F48}. La **igualdad de género** es la ausencia de discriminación por sexo en oportunidades, recursos, beneficios y acceso a servicios; la **equidad de género**, la imparcialidad y la justicia en el reparto de beneficios y responsabilidades, reconociendo necesidades y poder distintos ^{F49}. No toda diferencia de salud entre mujeres y hombres es inequidad de género: el término se reserva para las **innecesarias, evitables e injustas** ^{F49}.

La **Ley Orgánica 3/2007** (art. 27) obliga a que las políticas de salud integren las **distintas necesidades de mujeres y hombres**, eviten discriminaciones por diferencias biológicas o estereotipos, fomenten la investigación sobre las diferencias en el **esfuerzo diagnóstico y terapéutico**, busquen una presencia equilibrada en los puestos directivos del SNS y desagreguen los datos **por sexo** ^{F50}.

Qué explica las desigualdades de género en salud. Incorporar la perspectiva de género exige considerar las **diferencias en la socialización** de mujeres y hombres (valores, actitudes y conductas), las **desigualdades de poder y de acceso a los recursos** y la **división sexual del trabajo** entre producción y reproducción; hay además **diferencias biológicas y de género** que explican diferencias de salud, una **segregación laboral** horizontal y vertical y el **sexismo** ^{F51}. La OMS añade las **normas y los roles de género** ^{F48}.

Factor explicativo (agrupación de este tema)	Qué dicen las fuentes
Biológicos ligados al sexo	Diferencias biológicas que explican diferencias de salud ^{F51}
Roles y obligaciones familiares	Reparto desigual del trabajo reproductivo (doméstico-familiar) ^{F51}
Ocupación	Segregación laboral: horizontal (sectores) y vertical (menos cualificación y autoridad) ^{F51}
Socialización	Valores, actitudes y conductas distintos según el género ^{F51}
Poder y recursos	Menor acceso y control de los recursos para proteger la salud ^{F51,F48}

¿Explican los factores ambientales las desigualdades de género?

La pregunta EIR2016-046 da como respuesta oficial que los **factores ambientales** son los que **no** pueden explicar las diferencias y desigualdades de género en salud. Borrell y Artazcoz no dan una lista cerrada: hablan de diferencias biológicas y de género, socialización, poder y acceso a recursos, división sexual del trabajo y segregación laboral, y **no mencionan** lo ambiental ^{F51}. En cambio, Valls-Llobet (Instituto de las Mujeres, 2022) incluye los factores **ambientales** entre los mecanismos de las diferencias **por sexo y género** en la enfermedad, junto con los epigenéticos, genéticos, endocrinológicos, sociales, económicos y conductuales ^{F52}. La clave se deduce porque las otras tres opciones (biología ligada al sexo, obligaciones y roles familiares, ocupación y socialización) sí aparecen en Borrell y Artazcoz ^{F51}; la respuesta oficial no se corrige.

EIR 2016 · 46

P11 · respuesta en el solucionario

Desigualdades en salud por género: factores explicativos

Entre los factores que NO pueden explicar las diferencias y desigualdades en salud relacionados con el género se incluyen:

1. Factores biológicos ligados al sexo.
2. Obligaciones y roles familiares.
3. Ocupación y patrones de socialización.
4. Factores ambientales.

Orientación sexual y discriminación. El **heterosexismo** es la presunción de que **toda persona debería ser heterosexual**, lo que margina a quien no lo es; implica que la heterosexualidad es **superior** a otras orientaciones y es una cuestión de poder ^{F53}. La **heteronormatividad** presupone la heterosexualidad de las personas ^{F53}. La **homofobia** es toda actitud, conducta o discurso de **rechazo, prejuicio, discriminación o intolerancia hacia las personas homosexuales** por el hecho de serlo; la **LGTBIfobia**, lo mismo hacia las personas LGBTI ^{F54}. La **orientación sexual** es la atracción física, sexual o afectiva hacia una persona ^{F54}.



Heterosexismo frente a homofobia

Heterosexismo = la heterosexualidad como la **única orientación válida** o superior (una idea) ^{F53}.

Homofobia = **rechazo** a las personas homosexuales ^{F54}. Heterosexual y homosexual son **orientaciones**, no actitudes ^{F54}.

Heterosexismo

Qué término define a la “actitud que predica la heterosexualidad como la única orientación sexual válida”:

1. Heterosexual.
2. Heterosexismo.
3. Homosexual.
4. Homofobia.

Sesgos de género en la investigación. Muchos estudios biomédicos, como los ensayos clínicos, han usado a los **hombres como prototipo** poblacional e inferido los resultados en las mujeres, a partir de una **presunción errónea de igualdad** entre ambos ^{F55}. Valls-Llobet lo resume así: se suponía que al estudiar a los hombres se estudiaba también a las mujeres; se **invisibilizan** los diagnósticos **suponiendo que los riesgos y la morbilidad de hombres y mujeres son iguales**, cuando en muchos casos son diferentes, y a la vez se suponen diferencias donde hay semejanzas ^{F52}. Borrell y Artazcoz señalan la **exclusión sistemática de las mujeres de los ensayos**, asumiendo que lo hallado en hombres se puede extrapolar ^{F51}.

Término	Qué nombra
Invisibilidad de las mujeres	Asumir como norma que la situación de las mujeres es igual a la de los hombres y extrapolar lo estudiado en ellos ^{F52,F55}
Dobles estándares	Criterios distintos para evaluar y regular a mujeres y a hombres, en beneficio de ellos ^{F53}
Efecto Matilda (Rossiter, 1993)	Científicas ignoradas, sin reconocimiento de sus aportaciones o borradas; complemento del efecto Mateo de Merton ^{F56}
Techo de cristal	Barreras invisibles que frenan el acceso de las mujeres a los puestos de decisión y dirección ^{F53}
Síndrome de Yentl (Healy, 1991)	Menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres; ser «igual que un hombre» ha sido el precio de la igualdad ^{F57,F58,F49}

Paradigma de invisibilidad de las mujeres en investigación

Un obstáculo recurrente en la presentación de los resultados de la investigación en salud, ha sido la asunción, como norma, de que las mujeres presentan la misma situación que los hombres. A esto se le conoce como:

1. Efecto Matilda.
2. Paradigma de Invisibilidad.
3. Dobles estándares.
4. Techo de cristal.

Síndrome de Yentl. Bernadine Healy tituló así su editorial de 1991 en el *New England Journal of Medicine*. Yentl, la heroína de un cuento de Isaac Bashevis Singer, tuvo que **disfrazarse de hombre** para estudiar el Talmud, y ser «**igual que un hombre**» ha sido históricamente el precio que las mujeres han tenido que pagar por la igualdad ^{F57}. El editorial comentaba dos estudios del mismo número: con la cardiopatía coronaria, los médicos seguían un **manejo menos agresivo** en las mujeres pese a su mayor discapacidad cardíaca, y las mujeres ingresadas recibían **menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos** mayores ^{F58}. El Informe Salud y Género 2005 recuerda que el infarto se describía como patología «masculina» y que la falta de conocimiento sobre su presentación en la mujer, puesta de manifiesto por Healy (1991), puede originar **retrasos diagnósticos, infradiagnóstico** y errores ^{F49}.



Yentl = invisibilidad clínica de la mujer

El **síndrome de Yentl** nombra la **invisibilidad médica de las mujeres**, con **infradiagnóstico e infratratamiento**; el ejemplo clásico es la **cardiopatía isquémica** ^{F57,F58,F49}.

EIR 2025 · 44

P1 · respuesta en el solucionario

Síndrome de Yentl

Los aspectos tradicionales de la investigación centradas en pacientes masculinos, que suponía una invisibilidad médica hacia las mujeres, prestando menor atención a los resultados adversos en mujeres, al igual que el subdiagnóstico y el subtratamiento en diferentes patologías se denomina:

1. Síndrome de Streisand.
2. Síndrome de Yentl.
3. Síndrome de Gilbert.
4. Síndrome de Wendy.

9. Brechas de género en el trabajo y en lo digital

Término (glosario del EIGE)	Definición
Techo de cristal	Impedimentos artificiales y barreras invisibles que dificultan el acceso de las mujeres a los puestos de decisión y dirección ^{F53}
Suelo pegajoso	Metáfora de un patrón de empleo que mantiene a trabajadores, sobre todo mujeres, en los escalones bajos de la escala laboral, con poca movilidad ^{F53}
Segregación horizontal	Concentración de mujeres y hombres en sectores y ocupaciones distintos ^{F53}
Segregación vertical	Concentración de mujeres y hombres en distintos niveles de responsabilidad o puestos ^{F53}
Patriarcado	Sistema social de dominación masculina sobre las mujeres ^{F53}
Brecha salarial	Diferencia entre la ganancia media por hora de mujeres y hombres, en porcentaje de la de los hombres ^{F53}

El Informe Salud y Género 2005 habla de **doble segregación**: una horizontal, que orienta a hombres y mujeres a ocupaciones específicas, y una **vertical, que pone trabas a la promoción laboral de ellas** ^{F49}.

Suelo pegajoso y familia. Un estudio español sobre las fuerzas armadas parte de la definición laboral de Berheide (1992): mujeres atrapadas en empleos con pocas posibilidades de ascenso y salarios bajos ^{F59}. Su tesis es que las trabajadoras están estancadas en ese suelo porque asumen como propias, y a menudo en exclusiva, las **responsabilidades del cuidado del hogar y de la familia**, con **cargas afectivas y emocionales**; estas responsabilidades frenan su acceso al mercado laboral y **las atrapan en el espacio privado** ^{F59}.

Suelo pegajoso: qué es y de dónde viene

El suelo pegajoso es un **patrón de empleo** que retiene a las mujeres en los puestos bajos ^{F53}; lo que lo produce, según el estudio citado, son las **cargas afectivas y emocionales del ámbito doméstico** que las atrapan en él ^{F59}. El **techo de cristal**, en cambio, frena el **ascenso** a la dirección ^{F53}.

Suelo pegajoso

Dentro de la violencia de género, cuando hablamos de un término que “alude a las responsabilidades y cargas afectivas y emocionales que, en el ámbito doméstico, acaban recayendo sobre las mujeres, atrapándolas con los lazos de los afectos que dificultan o impiden su salida y realización personal lejos del ámbito familiar”, nos referimos a:

1. Techo de cristal.
2. Patriarcado.
3. Suelo pegajoso.
4. Brecha de género a nivel vertical.

Brecha digital de género. El informe *Mujeres y digitalización* del Instituto de las Mujeres (2020) distingue tres: la **primera**, el desigual **acceso** a infraestructuras y herramientas digitales; la **segunda**, las diferencias en **usos y competencias** digitales; la **tercera**, los **beneficios** del uso de internet en relación con las desigualdades sociales y de género ^{F60}. La brecha es mayor en las **competencias informáticas** (programación, software) que en la navegación ^{F60}. Y el sector digital mantiene una fuerte **brecha de género a nivel vertical: hay muy pocas mujeres liderando equipos y ocupando puestos de alta dirección** ^{F60}.

Según el ONTSI (2026), el acceso y el **uso semanal de internet** es prácticamente universal y **ligeramente superior entre las mujeres** (95,7 % frente a 95,1 % de los hombres), pero persisten diferencias por **edad, especialización** y exposición a violencias digitales ^{F61}.

★ **Vertical frente a horizontal**

Pocas mujeres en la **dirección** = brecha o segregación **vertical** ^{F60,F53}. Mujeres concentradas en ciertos **sectores** = segregación **horizontal** ^{F53}.

Brecha de género vertical

Señale el concepto que se refiere a este hecho: “Al igual que en otros sectores y ámbitos de trabajo, en el sector digital hay muy pocas mujeres liderando equipos y ocupando puestos de alta dirección”:

1. Brecha simbólica.
2. Brecha de género a nivel vertical.
3. Las competencias del futuro, las “soft-skills”.
4. Pobreza informacional.

Todas las preguntas del tema (16)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2025 · 44

P1 · respuesta en el solucionario

Los aspectos tradicionales de la investigación centradas en pacientes masculinos, que suponía una invisibilidad médica hacia las mujeres, prestando menor atención a los resultados adversos en mujeres, al igual que el subdiagnóstico y el subtratamiento en diferentes patologías se denomina:

1. Síndrome de Streisand.
2. Síndrome de Yentl.
3. Síndrome de Gilbert.
4. Síndrome de Wendy.

EIR 2024 · 37

P2 · respuesta en el solucionario

Dentro de la violencia de género, cuando hablamos de un término que “alude a las responsabilidades y cargas afectivas y emocionales que, en el ámbito doméstico, acaban recayendo sobre las mujeres, atrapándolas con los lazos de los afectos que dificultan o impiden su salida y realización personal lejos del ámbito familiar”, nos referimos a:

1. Techo de cristal.
2. Patriarcado.
3. Suelo pegajoso.
4. Brecha de género a nivel vertical.

EIR 2023 · 189

P3 · respuesta en el solucionario

Señale el concepto que se refiere a este hecho: “Al igual que en otros sectores y ámbitos de trabajo, en el sector digital hay muy pocas mujeres liderando equipos y ocupando puestos de alta dirección”:

1. Brecha simbólica.
2. Brecha de género a nivel vertical.
3. Las competencias del futuro, las “soft-skills”.
4. Pobreza informacional.

EIR 2023 · 188

P4 · respuesta en el solucionario

Qué término define a la “actitud que predica la heterosexualidad como la única orientación sexual válida”:

1. Heterosexual.
2. Heterosexismo.
3. Homosexual.
4. Homofobia.

Un obstáculo recurrente en la presentación de los resultados de la investigación en salud, ha sido la asunción, como norma, de que las mujeres presentan la misma situación que los hombres. A esto se le conoce como:

1. Efecto Matilda.
2. Paradigma de Invisibilidad.
3. Dobles estándares.
4. Techo de cristal.

En el cuidado a personas que presentan problemas de salud mental es importante tener en cuenta los aspectos socioculturales que pueden influir en el proceso salud/enfermedad debido a:

1. El diagnóstico de los trastornos mentales en personas de otras culturas ha de ser distinto al del resto de los pacientes.
2. La cultura influye en la expresión, presentación, reconocimiento y etiquetado de la salud mental y la patología mental.
3. Las características sociológicas de cada grupo de individuos inciden en la mala praxis terapéutica.
4. Las enfermeras de otras culturas planifican estrategias terapéuticas diferentes.

Acude a la consulta por primera vez Christina, una joven de 20 años de origen nórdico que lleva viviendo en España seis meses. Durante la entrevista refiere que “a pesar de que al comienzo fue difícil, ahora he comenzado a sentirme parte del pueblo” Christina reside en una pequeña localidad gallega con sus padres y desde hace un par de meses ha comenzado la universidad, donde se ha integrado formando un pequeño grupo de amigos con los que participa en la organización de las fiestas locales. Esta situación describe el concepto de:

1. Subcultura.
2. Asimilación.
3. Aculturación.
4. Estereotipo.

¿Cuál es la respuesta INCORRECTA?:

1. Durkheim estaba en contra de utilizar el método científico en el estudio de los fenómenos sociales.
2. Comte acuñó el término de Sociología.
3. Para Weber las Ciencias Sociales deben explicar los significados de la acción social.
4. Marx analizó la influencia del capitalismo y el conflicto de clases.

¿Cuál de las opciones que se muestran es la correcta?:

1. Las ciencias sociales se configuran como disciplinas a partir del S.XVIII.
2. Paradigmas comunes a la Sociología y la Antropología son el idealismo y el positivismo.
3. La Ilustración favoreció la configuración teórica de las ciencias sociales.
4. Ancestros comunes de la Antropología y la Sociología son: Marx, Goffman, Comte y Durkheim.

Dentro de las implicaciones presentes en los procesos migratorios para los países receptores se encuentran:

1. El alivio de la presión demográfica.
2. La ruptura de la transmisión cultural.
3. El enriquecimiento cultural.
4. La vulnerabilidad y la desprotección.

Entre los factores que NO pueden explicar las diferencias y desigualdades en salud relacionados con el género se incluyen:

1. Factores biológicos ligados al sexo.
2. Obligaciones y roles familiares.
3. Ocupación y patrones de socialización.
4. Factores ambientales.

El señor RPT tiene un problema de salud y su enfermera considera que su participación en un grupo de autoayuda puede mejorar su situación, estando él de acuerdo. En este caso la función de la enfermera es:

1. Identificar a otras personas con el mismo problema que este señor, hasta contar con un número adecuado, y crear un grupo de autoayuda.
2. Recomendarle que se integre en un grupo ya existente y asistir con él a las reuniones, actuando en estas como moderadora, hasta que este señor se sienta integrado.
3. Recomendarle que se integre en un grupo ya existente y realizar un seguimiento de su participación. La enfermera participará en el grupo simplemente como observadora.
4. Ayudar a este señor a formar un grupo y participar en el mismo cuando sea conveniente.
5. No tiene ninguna función, ya que si la enfermera no tiene el problema no puede compartir la experiencia.

RPF es una señora de 48 años, nicaragüense y que lleva viviendo en España 2 años. Al realizarle la valoración la enfermera observa que, en todas las respuestas sobre sus cuidados, responde que lleva a cabo actividades normales y que hace todo como se hace acá. Al enjuiciar esta información, desde el punto de vista cultural, la enfermera la etiquetará como:

1. Prejuicio.
2. Bicultural.
3. Aculturación.
4. Asimilación.
5. Discriminación.

Una enfermera se propone formar un grupo de apoyo de personas que se ocupan del cuidado de familiares con enfermedades crónicas. A la hora de conformar el grupo tendrá en cuenta que:

1. El número de componentes no es un factor a considerar.
2. Es necesario distribuir tareas y asumir diferentes roles.
3. No es necesario que todos los miembros compartan un mismo objetivo.
4. La enfermera es responsable de dirigir la dinámica del grupo.
5. Un mayor número de integrantes favorece la motivación y satisfacción de los componentes en la conjunción de esfuerzos para lograr los objetivos propuestos.

Tradicionalmente la biomedicina ha contemplado la enfermedad desde una perspectiva:

1. Psicológica.
2. Social.
3. Orgánica.
4. Psicosocial.
5. Epidemiológica.

Aquella disciplina que, según Zajonc (1966) estudia la “dependencia e interdependencia” entre los individuos es la:

1. Pedagogía.
2. Psicología evolutiva.
3. Psicología clínica.
4. Psicología social.
5. Psicología del trabajo.

Preguntas que también podrían ser de este tema (6)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2023 · 45

P17 · respuesta en el solucionario

Con relación a la soledad como problema de salud, señale la respuesta INCORRECTA:

1. La soledad no deseada es la carencia de redes sociales satisfactorias en el entorno próximo (Weiss, 1973).
2. La sensación de soledad se puede medir con la escala de soledad de UCLA.
3. Se relaciona con una mayor morbilidad.
4. No se aborda en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019.

EIR 2020 · 160

P18 · respuesta en el solucionario

De los siguientes recursos, ¿cuál es el más recomendable si tenemos problemas de entendimiento con mujeres afectadas o en riesgo de padecer mutilación genital femenina?:

1. Trabajadora social del centro.
2. Mediadora intercultural.
3. Enfermera de pediatría.
4. Departamento de protección a la Infancia y Fiscalía.

EIR 2016 · 95

P19 · respuesta en el solucionario

Acude a la consulta Mar con su hijo de 18 meses y su madre Carmen, viuda de 67 años que actualmente cuida de su nieto. Durante la entrevista Mar refiere “mi madre está siempre intentando que mi hijo coma un huevo al día porque dice que es necesario para que crezca fuerte”. Esta afirmación confirmada por Carmen refleja en la abuela el concepto de:

1. Acción de autocuidado.
2. Creencia sobre la salud.
3. Conducta positiva de salud.
4. Protección ineficaz.

EIR 2015 · 54

P20 · respuesta en el solucionario

La persuasión es una forma de modificar actitudes. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?:

1. La fuente que comunica un mensaje tiene que ser creíble, atractiva, cercana y afín.
2. El mensaje positivo persuade mejor que el negativo o el neutro.
3. Los estados de ánimo positivos favorecen más la persuasión que los estados neutrales.
4. Las actitudes de las personas con alta necesidad cognitiva son más difíciles de modificar sobre todo si se utilizan argumentos débiles.
5. La autoestima del receptor no influye en la persuasión.

En la cultura organizacional la consideración o estimación del puesto o persona se refiere al concepto de:

1. Poder.
2. Autoridad.
3. Rol.
4. Estatus.
5. Liderazgo.

La creación del laboratorio antropométrico de Wundt en Leipzig supuso el hito fundacional de la Psicología Experimental a finales del siglo:

1. XVII.
2. XV.
3. XVIII.
4. XIX.
5. XX.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2025 · 44	2	
P2	EIR 2024 · 37	3	
P3	EIR 2023 · 189	2	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2023 · 188	2	hoja del archivo oficial
P5	EIR 2022 · 66	2	
P6	EIR 2017 · 156	2	
P7	EIR 2016 · 79	2	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2016 · 51	1	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2016 · 48	3	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2016 · 47	3	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2016 · 46	4	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2013 · 21	4	reconstruida por un tercero
P13	EIR 2013 · 20	4	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2011 · 73	2	
P15	EIR 2006 · 58	3	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2005 · 84	4	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2023 · 45	1	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2020 · 160	2	
P19	EIR 2016 · 95	2	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2015 · 54	5	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2010 · 110	4	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2005 · 76	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §1.1 «What Is Sociology?». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/1-1-what-is-sociology> · consultada 2026-09-28
- **F2** Hasty J, Lewis DG, Snipes MM. Introduction to Anthropology, §1.1 «The Study of Humanity, or Anthropology Is Vast». Houston: OpenStax, Rice University; 2022. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-anthropology/pages/1-1-the-study-of-humanity-or-anthropology-is-vast> · consultada 2026-09-28
- **F3** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §1.2 «The History of Sociology». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/1-2-the-history-of-sociology> · consultada 2026-09-28
- **F4** Hasty J, Lewis DG, Snipes MM. Introduction to Anthropology, §1.4 «Western Bias in Our Assumptions about Humanity». Houston: OpenStax, Rice University; 2022. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-anthropology/pages/1-4-western-bias-in-our-assumptions-about-humanity> · consultada 2026-09-28
- **F5** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §1.3 «Theoretical Perspectives in Sociology». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/1-3-theoretical-perspectives-in-sociology> · consultada 2026-09-28
- **F6** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §17.1 «Power and Authority». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/17-1-power-and-authority> · consultada 2026-09-28
- **F7** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §1.2 «History of Psychology». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/1-2-history-of-psychology> · consultada 2026-09-28
- **F8** Wellcome Collection (Londres). Completed Schedules from the International Health Exhibition (archivo Galton, GALTON/2/4/18/18/1), 1884. Ficha de catálogo. · <https://wellcomecollection.org/works/v3r65p6w> · consultada 2026-09-28
- **F9** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §12.1 «What Is Social Psychology?». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/12-1-what-is-social-psychology> · consultada 2026-09-28
- **F10** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §6.1 «Types of Groups». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/6-1-types-of-groups> · consultada 2026-09-28
- **F11** Black JS, Bright DS, et al. Organizational Behavior, §9.1 «Work Groups: Basic Considerations». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. · <https://openstax.org/books/organizational-behavior/pages/9-1-work-groups-basic-considerations> · consultada 2026-09-28
- **F12** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §6.2 «Group Size and Structure». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/6-2-group-size-and-structure> · consultada 2026-09-28
- **F13** Black JS, Bright DS, et al. Organizational Behavior, §9.2 «Work Group Structure» (tabla 9.2, efectos del tamaño del grupo). Houston: OpenStax, Rice University; 2019. · <https://openstax.org/books/organizational-behavior/pages/9-2-work-group-structure>

[behavior/pages/9-2-work-group-structure](#) · consultada 2026-09-28

- **F14** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §4.3 «Social Constructions of Reality» (Roles and Status). Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/4-3-social-constructions-of-reality> · consultada 2026-09-28
- **F15** Bright DS, Cortes AH, et al. Principles of Management, §5.5 «Ethics, Corporate Culture, and Compliance». Houston: OpenStax, Rice University; 2019. · <https://openstax.org/books/principles-management/pages/5-5-ethics-corporate-culture-and-compliance> · consultada 2026-09-28
- **F16** Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Orientaciones para el trabajo con grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua. 1.ª ed., abril de 2018 (tabla 5). · <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F17** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Dirección Regional de Salud Mental; López Cócera JA (coord.). Guía de Grupos de Ayuda Mutua. Salud mental para trastorno mental común (sin fecha de edición visible; el texto cita datos de 2013), pp. 20-41. · https://sanidad.castillalamancha.es/files/guia_gam.pdf · consultada 2026-09-28
- **F18** Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. Pamplona: Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública; 2006 (reimpresión de 2022, DL NA 527-2013). · https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/15489017/MANUALEpS2013_sincruces1.pdf/838b840b-0d8c-c895-a46e-1523bfa12d19?t=1754982625807 · consultada 2026-09-28
- **F19** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §12.3 «Attitudes and Persuasion». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/12-3-attitudes-and-persuasion> · consultada 2026-09-28
- **F20** Petty RE, Cacioppo JT. The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. Advances in Experimental Social Psychology. 1986;19:123-205 (web del autor). · <https://richardepetty.com/wp-content/uploads/2019/01/1986-advances-pettycacioppo.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F21** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, cap. 3 «Culture», Key Terms. Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/3-key-terms> · consultada 2026-09-28
- **F22** Hasty J, Lewis DG, Snipes MM. Introduction to Anthropology, cap. 3, Key Terms. Houston: OpenStax, Rice University; 2022. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-anthropology/pages/3-key-terms> · consultada 2026-09-28
- **F23** Office of the Surgeon General (US); Center for Mental Health Services (US); National Institute of Mental Health (US). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity. A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): SAMHSA; agosto de 2001 (NBK44243), caps. 1 y 2. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (<ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/>), porque la web bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44243/> · consultada 2026-09-28
- **F24** Hasty J, Lewis DG, Snipes MM. Introduction to Anthropology, §17.1 «What Is Medical Anthropology?» (tabla 17.1). Houston: OpenStax, Rice University; 2022. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-anthropology/pages/17-1-what-is-medical-anthropology> · consultada 2026-09-28

- **F25** Hasty J, Lewis DG, Snipes MM. Introduction to Anthropology, cap. 17, Key Terms (biomedicine, ethnomedicine, medical pluralism, sick roles). Houston: OpenStax, Rice University; 2022. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-anthropology/pages/17-key-terms> · consultada 2026-09-28
- **F26** Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med. 1978;88(2):251-8 (resumen en PubMed). doi:10.7326/0003-4819-88-2-251. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/626456/> · consultada 2026-09-28
- **F27** Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36 (resumen en PubMed). doi:10.1126/science.847460. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/> · consultada 2026-09-28
- **F28** American Psychiatric Association. Cultural Concepts in DSM-5 (hoja informativa). 2013 (anterior al DSM-5-TR, 2022). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (febrero de 2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Cultural-Concepts-in-DSM-5.pdf · consultada 2026-09-28
- **F29** Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. An Sist Sanit Navar. 2006;29(Supl. 1):63-75. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200006 · consultada 2026-09-28
- **F30** Abu-Rayya HM, Berry JW, Lepshokova Z, Alnunu M, Grigoryev D. Basic values as a motivational framework relating individual values with acculturation strategies among Arab immigrants and refugees across different settlement contexts. Front Psychol. 2023;14:1094193 (introducción). doi:10.3389/fpsyg.2023.1094193. · <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1094193> · consultada 2026-09-28
- **F31** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §11.4 «Intergroup Relationships». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/11-4-intergroup-relationships> · consultada 2026-09-28
- **F32** Organización Internacional para las Migraciones. Glosario de la OIM sobre Migración. Derecho Internacional sobre Migración n.º 34. Ginebra: OIM; 2019 (entradas asimilación, integración, multiculturalismo, fuga de cerebros, remesas sociales). · <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F33** Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29(Supl. 1):9-25. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002 · consultada 2026-09-28
- **F34** Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014. Madrid; 2011. NIPO 790-11-177-8 (pp. 34, 110-111, 166 y 172). La descarga oficial actual exige un formulario; texto leído en la copia de la Wayback Machine (abril de 2019) de la URL oficial anterior del Ministerio. · https://web.archive.org/web/20190402071241/http://extranjeros.mitramiss.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf · consultada 2026-09-28
- **F35** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §3.1 «What Is Culture?». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/3-1-what-is-culture> · consultada 2026-09-28
- **F36** Conerly TR, Holmes K, Tamang AL. Introduction to Sociology 3e, §11.3 «Prejudice, Discrimination, and Racism». Houston: OpenStax, Rice University; 2021. CC BY-NC-SA 4.0. ·

<https://openstax.org/books/introduction-sociology-3e/pages/11-3-prejudice-discrimination-and-racism> · consultada 2026-09-28

- **F37** McAuliffe M, Oucho LA (eds.). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones; 2024 (cap. 1, pp. 6-7). · https://publications.iom.int/system/files/pdf/pub2023-069-l-informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024_0.pdf · consultada 2026-09-28
- **F38** Organización Mundial de la Salud. Salud de los refugiados y los migrantes. Nota descriptiva, 25 de marzo de 2026. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health> · consultada 2026-09-28
- **F39** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid; 2015, pp. 62 y 70. · https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf · consultada 2026-09-28
- **F40** Transcultural Nursing Society (TCNS). Dr. Madeleine Leininger. Web oficial, 2026. · <https://www.tcns.org/madeleineleininger/> · consultada 2026-09-28
- **F41** Lima AFS, Santos CEB, Alves NR, et al. Nursing care for the Warao people: an experience report based on transcultural theory. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230035. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0035en. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10776090/> · consultada 2026-09-28
- **F42** Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. En: Duck S, Gilmour R (eds.). Personal Relationships 3: Personal Relationships in Disorder. Londres: Academic Press; 1981. pp. 31-56 (web académica de L. A. Peplau, UCLA). · <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F43** Organización Mundial de la Salud. Social connection linked to improved health and reduced risk of early death. Nota de prensa, 30 de junio de 2025. · <https://www.who.int/news/item/30-06-2025-social-connection-linked-to-improved-health-and-reduced-risk-of-early-death> · consultada 2026-09-28
- **F44** WHO Commission on Social Connection. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies. Report of the WHO Commission on Social Connection. Ginebra: OMS; 2025 (caps. 1, 2 y 4). · <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f5f60bc8-344b-4216-aa1a-fb22d57ad6e8/content> · consultada 2026-09-28
- **F45** Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública 2022 (ESP 2022). Mejorando la salud y el bienestar de la población. Agosto de 2022 (pp. 32 y 77). · https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf · consultada 2026-09-28
- **F46** García Pliego RA, de Hoyos Alonso MC, Herreros Herreros Y, Baena Díez JM, et al. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2024. Aten Primaria. 2024;56(Supl 1):103132 (apartado Prevención del aislamiento social). doi:10.1016/j.aprim.2024.103132. · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actualizacion-papps-sobre-personas-mayores-S0212656724002749> · consultada 2026-09-28
- **F47** Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. BOE núm. 109, de 7 de mayo de 2019, pp. 48652-48670 (acción A.4.4, p. 48662). BOE-A-2019-6761. · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761 · consultada 2026-09-28

- **F48** World Health Organization. Gender and health (preguntas y respuestas). 24 de mayo de 2021. · <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health> · consultada 2026-09-28
- **F49** Observatorio de Salud de la Mujer. Informe Salud y Género 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 (pp. 18-19, 50 y 74). · <https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/transversalidadGenero/politicasDeGenero/informeSaludGenero/docs/InformeSaludGenero2005.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F50** Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Texto consolidado, art. 27. BOE-A-2007-6115. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115> · consultada 2026-09-28
- **F51** Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro [editorial]. Rev Esp Salud Pública. 2008;82(3):245-249. doi:10.1590/S1135-57272008000300001. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001 · consultada 2026-09-28
- **F52** Valls-Llobet C. Mujeres invisibles para la medicina. En: In_Mujeres. Monografías feministas, n.º 1: Salud y género. Madrid: Instituto de las Mujeres, Ministerio de Igualdad; diciembre de 2022, pp. 11-17 (artículo firmado). · https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf · consultada 2026-09-28
- **F53** European Institute for Gender Equality (EIGE). Gender Equality Glossary & Thesaurus (entradas heterosexism, heteronormativity, double standards, glass ceiling, sticky floor, horizontal segregation, vertical segregation, patriarchy, gender pay gap). Definiciones publicadas en 2016 (el propio glosario avisa de que algunas pueden estar desfasadas). · <https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus> · consultada 2026-09-28
- **F54** Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Texto consolidado, art. 3. BOE-A-2023-5366. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366> · consultada 2026-09-28
- **F55** Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):118-125 (Informe SESPAS 2004). doi:10.1157/13062260. · <https://www.gacetasanitaria.org/es-sesgo-genero-el-esfuerzo-terapeutico-articulo-13062260> · consultada 2026-09-28
- **F56** Rossiter MW. The Matthew Matilda effect in science. Social Studies of Science. 1993;23(2):325-341 (resumen depositado por la editorial en Crossref, leído en api.crossref.org porque la web de la editorial bloquea la lectura automática). doi:10.1177/030631293023002004. · <https://doi.org/10.1177/030631293023002004> · consultada 2026-09-28
- **F57** Healy B. The Yentl syndrome [editorial]. N Engl J Med. 1991;325(4):274-276. doi:10.1056/NEJM199107253250408. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (mayo de 2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199107253250408> · consultada 2026-09-28
- **F58** Steingart RM, et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. N Engl J Med. 1991;325(4):226-230; y Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med. 1991;325(4):221-225 (resúmenes en PubMed: Ayanian, PMID 2057022; Steingart, PMID 2057023). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2057022/> · consultada 2026-09-28
- **F59** Gómez Escarda M, Hormigos Ruiz J, Pérez Redondo RJ. Familia y suelo pegajoso en las fuerzas armadas españolas. Revista Mexicana de Sociología. 2016;78(2). · https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000200203 · consultada 2026-09-28

- **F60** Sáinz M, Arroyo L, Castaño C. Mujeres y digitalización. De las brechas a los algoritmos. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, Ministerio de Igualdad; 2020 (pp. 10, 19 y 31). doi:10.30923/MujDigBreAlg-2020. · https://www.inmujeres.gob.es/disenio/novedades/M_MUJERES_Y_DIGITALIZACION_DE_LAS_BRECHAS_A_LOS_ALGORITMOS_04.pdf · consultada 2026-09-28
- **F61** Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI), Red.es. Brecha digital de género 2026 (página de presentación del informe). Septiembre de 2026. · <https://www.ontsi.es/es/brecha-digital-de-genero-2026> · consultada 2026-09-28
- **F62** Organización Internacional para las Migraciones. World Migration Report 2026. Ginebra: OIM; 2026 (remesas de 905.000 millones de dólares en 2024). · <https://publications.iom.int/system/files/pdf/pub2025-026-l-wmr2026-book-v18.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F63** Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Transcult Nurs. 2002;13(3):189-192 (resumen en PubMed). doi:10.1177/10459602013003005. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113148/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Definición de psicología social de Zajonc (1966) como estudio de la «dependencia e interdependencia» entre individuos (EIR2005-084): solo consta que la obra existe (Social psychology: an experimental approach, Wadsworth; trad. esp. 1967); la sección se apoya en la definición de OpenStax.
- Frase literal de Durkheim «tratar los hechos sociales como cosas»: el original (Les règles de la méthode sociologique, 1895) no se pudo leer; OpenStax habla de «objective social facts».
- Opción de EIR2016-048 sobre «paradigmas comunes a la sociología y la antropología: idealismo y positivismo»: sin fuente válida leída.
- Diferencia literal entre grupo de apoyo y grupo de ayuda mutua en una guía oficial española: solo se encontró en el Ministerio de Salud de Colombia (2018). Falta también la fecha de edición de la guía de GAM del SESCOAM.
- Persuasión (EIR2015-054): que el mensaje positivo persuade más que el negativo o neutro y que el estado de ánimo positivo favorezca en general la persuasión no constan en las fuentes leídas (Petty y Cacioppo tratan el ánimo solo como clave periférica).
- Nombre del término «paradigma de invisibilidad» (EIR2022-066) y quién lo acuñó: no aparece en Healy, Ruiz-Cantero (2004, 2007, 2020), Borrell y Artazcoz, los Informes Salud y Género 2005-2006 ni Valls-Llobet; solo está documentada la idea (asumir que las mujeres son iguales a los hombres).
- Frase de Healy (1991) de que la mujer tiene que demostrar que está tan enferma como un hombre para recibir el mismo trato: el editorial completo está tras el muro de pago; solo se leyó el primer párrafo.
- Clasificación de Eichler de los sesgos de género (androcentrismo, dobles estándares, insensibilidad de género): obra original no leída.
- Definición de «suelo pegajoso» como cargas afectivas y emocionales del ámbito doméstico (EIR2024-037) en una fuente oficial española: no localizada; la teoría usa un artículo con revisión por pares (Rev Mex Sociol 2016), y el EIGE y el Instituto Andaluz de la Mujer lo definen desde el empleo.
- Heterosexismo en una fuente española oficial: la Ley 4/2023 no lo define; se usa el glosario del EIGE.
- Texto original de Berry (1997) y de Redfield, Linton y Herskovits (1936): no accesibles (403); las estrategias se toman de Abu-Rayya, Berry y cols. (2023). Sin definición válida de «biculturalidad».
- Migración: «alivio de la presión demográfica» como implicación para el país de origen, y «ruptura de la transmisión cultural» y «desprotección» para la persona migrante, no constan con esas palabras en OIM,

OMS ni PECI.

- Weiss (1973), *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*: libro no leído; su distinción entre soledad emocional y social se toma de Perlman y Peplau (1981).
- Tres modos de acción de Leininger: se toman de Lima y cols. (2023), la fuente ya usada en M01-T02; el nombre de la teoría, del resumen de Leininger (2002). No se ha leído su obra original.