



DOCENCIA - FORMACIÓN

APLICACIÓN DE UN MODELO TEÓRICO DE ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

APPLICATION OF A THEORETICAL MODEL OF NURSING IN THE INTERVENTION WITH WOMEN, VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

*Reyes Cerda, JAF., **Zepeda González, MI.

*Alumno Programa Magíster en Enfermería. **Docente Asesora. Departamento de Enfermería. Escuela de Graduados. Universidad de Concepción. Chile.

Palabras clave: Modelo Teórico, Violencia Doméstica, Intervención de Enfermería.

Key words: Theoretical Model, Domestic Violence, Nursing Intervention

RESUMEN

El objetivo del artículo es contribuir a la disciplina de enfermería, proponiendo un modelo teórico de enfermería que sustente la intervención en mujeres víctimas de violencia doméstica. Se seleccionó el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson por sus ventajas prácticas, relación con la temática y la realidad de la violencia doméstica. Se analiza brevemente el modelo y se realiza una aplicación en los subsistemas propuestos por Johnson y su alteración en la mujer y familia que vive esta problemática. Finalmente, se agregan algunos elementos al modelo original de Johnson para graficar más claramente la intervención de enfermería.

ABSTRACT

The aim of this article is to contribute to the discipline of nursing, proposing a theoretical model of nursing that supports the intervention with women, victims of domestic violence. The Model of Dorothy Johnson's Behavioral System was selected due to practical advantages, relation to the subject matter and domestic violence reality. The model was analyzed briefly and an application was carried out in the subsystems proposed by Johnson and the alteration in women and family that experience this problem. Finally, some elements were added to the original model of Johnson in order to exemplify clearer the nursing intervention.

INTRODUCCIÓN

La violencia infligida a la mujer por parte de la pareja se ha transformado en un grave problema de salud pública en nuestro país y en el mundo entero.

Entre los hallazgos internacionales, destaca un estudio realizado por la OMS que concluyó que entre el 15 y 71% de las mujeres que había tenido pareja alguna vez, había sido víctima de violencia física o sexual o ambas, a lo largo de su vida, por parte de su pareja. (OMS, 2005).

En Chile, datos aportados por el Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM, indican que “casi la mitad de las mujeres reconoce haber sufrido episodios de violencia durante su vida, el 90% de los casos ha sido ejercida por sus parejas o ex parejas, y, cada semana al menos una mujer es asesinada por su pareja o ex pareja”.

La máxima expresión de la violencia contra la mujer es el femicidio, donde gran parte de los victimarios mantuvieron una relación de pareja con la víctima. Los casos de femicidio arrojan cifras alarmantes en todo el mundo. Sólo en nuestro país se reportaron 62 casos durante el pasado año 2007 (SERNAM, 2008).

En cuanto a sus consecuencias, “los costos de la violencia contra la mujer, fuera de los costos humanos, van más allá de la disminución de la producción económica y la reducción de la formación de capital humano, también comprenden los costos conexos a la inestabilidad política y social mediante la transmisión intergeneracional de la violencia, así como los fondos necesarios para los programas a favor de las víctimas/sobrevivientes de violencia”. (ONU, 2006)

Cuando analizamos la problemática de la violencia intrafamiliar, sus políticas y estrategias de afrontamiento, encontramos que tradicionalmente el sustento teórico proviene de las ciencias psicológicas y sociológicas. Ejemplo de ello es el aporte de la teoría ecológica, principalmente empleada para el estudio y manejo de este problema.

Consideremos que a lo largo de todo el proceso terapéutico de la violencia intrafamiliar, la enfermera o enfermero tienen un rol muy activo, y gracias a su formación integral es uno de los profesionales con mejores competencias para abordar este problema de salud pública, particularmente en la atención primaria.

La disciplina de enfermería ha contribuido enormemente al desarrollo teórico de la asistencia de salud y diversas teorías de enfermería se ven aplicadas hoy en la atención de salud, por lo que está llamada a tener una participación más activa en el afrontamiento de la violencia intrafamiliar. En este contexto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es el aporte teórico que la enfermería puede ofrecer para formular lineamientos teóricos que permitan a la mujer víctima de violencia intrafamiliar abordar la problemática de una manera integral?

Numerosos son los modelos y teorías de enfermería que han surgido a partir de los aportes de Florence Nightingale, abarcando muchas áreas que van desde lo clínico hasta lo comunitario, o que analizan las relaciones entre el individuo sano o enfermo con su familia y entorno, es decir, en forma integral. De entre ellas, el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson podría aplicarse exitosamente para orientar la atención de salud y explicar las relaciones involucradas en el proceso de la violencia intrafamiliar.

EL MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL DE DOROTHY JOHNSON

El modelo Dorothy Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y

funcionales: protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento.

Robechy et al. (2004) plantean que el modelo es “fácilmente adaptable a los pacientes psiquiátricos en los cuales su problema de salud se basa específicamente en una alteración conductual y la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas mientras que el médico trata la parte fisiológica y medicamentosa de la enfermedad.

En un sentido más amplio, en la violencia intrafamiliar también se observan problemas conductuales, tanto en la víctima como en el agresor y la enfermera o enfermero juegan un papel muy importante en la restauración de la salud y en enseñar nuevas y mejores formas de afrontar la realidad.

Dorothy Johnson define sistema como un todo que funciona como un conjunto en virtud de la interdependencia de sus partes. El sistema actúa para mantener un equilibrio entre sus partes mediante ajustes y adaptaciones a las fuerzas que actúan sobre ellas.

De este modo, el ser humano puede ser entendido a su vez como un sistema conductual que para ella abarca diferentes modos conductuales pautados, repetitivos y determinados (Marriner, 2007). El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de una forma eficaz y eficiente.

Johnson plantea que cada subsistema es un mini sistema, con una meta y una función particular, propia y que se puede mantener siempre y cuando no se interrumpa su relación con los demás subsistemas y el entorno. Es aquí donde podemos analizar la influencia de la violencia intrafamiliar en el sistema conductual. Si bien la alteración de solo uno de los subsistemas puede afectar al sistema completo, el ciclo de la violencia afecta generalmente a todos los subsistemas en forma directa, en distinta medida pero a todos finalmente, como se analizará mas adelante.

Dentro de su modelo, Johnson plantea que el sistema conductual del individuo se encuentra en equilibrio, que define como un estado de reposo estable, aunque más o menos transitorio, en el que el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con su entorno; implica que las fuerzas biológicas y psicológicas estén en equilibrio entre sí y con las fuerzas sociales que se le afrontan. El equilibrio del sistema conductual se ve constantemente enfrentado a factores estresantes positivos y negativos que provienen tanto del interior como del exterior del organismo, produciendo tensión y un cierto grado de inestabilidad. Para Johnson es un estado de presión o esfuerzo contemplándose como el producto final de la interrupción del equilibrio; la tensión puede ser constructiva cuando se da una adaptación al cambio o destructiva cuando se produce un uso ineficaz de la energía que impide la adaptación y causa un posible daño estructural.

El individuo entonces asumirá diversas conductas según su grado de adaptación y flexibilidad a estos. Las conductas se entienden como una consecuencia de estructuras orgánicas y de los procesos, que se coordinan y articulan a través de las respuestas a cambios en la estimulación sensorial en este caso se debe analizar cómo la conducta se ve afectada por la presencia real o supuesta de otros seres sociales que lo llevarán a permanecer en la tensión, lograr la recuperación de la salud o a mantenerse en un estado de enfermedad. El modelo de Johnson se basa en que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión, una de las ideas centrales del pensamiento de Florence Nightingale. En estas palabras vemos reflejados

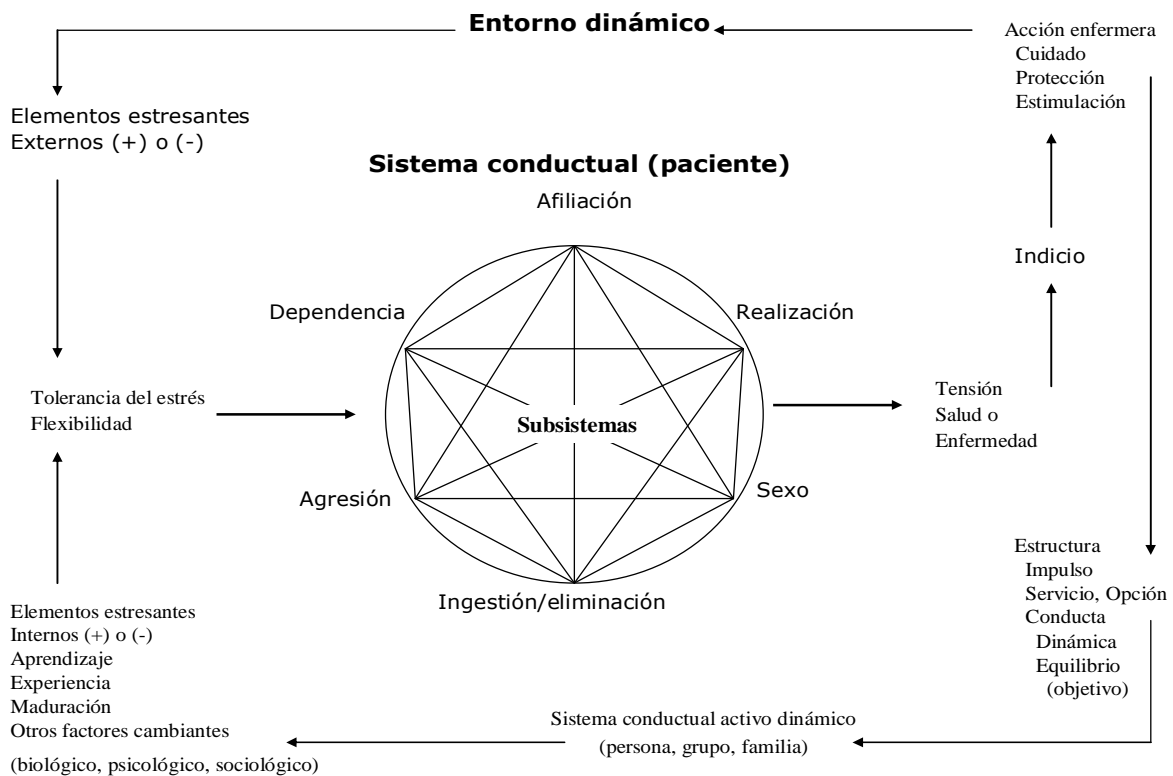
algunos conceptos incluidos en las estrategias de intervención de VIF. Al hablar de “ayudar” se hace alusión a la idea contraria del modelo paternalista: el protagonismo del individuo en su proceso de recuperación de la salud. De esta forma, la enfermera se transforma en un elemento de apoyo que busca ayudarlo a desarrollar capacidades para afrontar sus problemas de la mejor manera posible. Por otra parte, si analizamos que esta ayuda busca la prevención o la recuperación, podemos relacionarlo con el modelo de prevención y promoción vigente desde la última reforma de salud. El aporte que realiza enfermería en el área clínica también es muy relevante y lo encontramos en aspectos diversos como campañas de promoción en la comunidad o en establecimientos educacionales, la primera acogida en un CESFAM, el cuidado que ofrece a una mujer maltratada durante su hospitalización o en los talleres de rehabilitación en un programa de salud mental.

Como pudimos ver anteriormente, la enfermería tiene un rol muy activo en la relación de ayuda a la persona que ha sufrido VIF, entregando el cuidado a diferentes niveles y, como veremos más adelante, el modelo de Dorothy Johnson se adapta muy bien a los requerimientos teóricos de la intervención en VIF.

En su modelo, Jonson considera al ser humano como un sistema conductual, compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales.

A continuación se presenta el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson y luego analizaremos cada uno de sus componentes y cómo este puede aplicarse a la intervención en Violencia Intrafamiliar.

Proceso de cambio de salud



SUBSISTEMAS DEL MODELO DE JOHNSON

SUBSISTEMA DE DEPENDENCIA

Promueve una conducta de ayuda que también requiere un cuidado. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la ayuda física. La conducta de dependencia puede ir de la dependencia absoluta de los demás a un grado mayor de dependencia de la identidad. Para la supervivencia de los grupos sociales resulta imprescindible cierto grado de interdependencia (Marriner, 2007).

Los hombres que infligen maltratos psíquicos a sus parejas también registran un porcentaje más elevado de comportamiento dominante que los hombres que no lo hacen.

El porcentaje de mujeres que declararon haber sufrido uno o más de estos comportamientos variaba entre un 21% en Japón y casi un 90% en la República Unida de Tanzania. Esta situación sugiere que existen numerosas diferencias en cuanto al grado en el que dicho comportamiento se considera aceptable (normativo) en las diferentes culturas. (OMS, 2005). Con su comportamiento dominante, el agresor va inhibiendo la personalidad y la autoestima de la mujer hasta el punto de volverla casi completamente dependiente de él y privándola del contacto con otras personas, por lo que se le hace más difícil abandonarlo. A la vez la mujer va experimentando sentimientos de rabia y desprecio por su propia persona y perdiendo sus motivaciones para vivir, aislándose aún más de quienes pudieran prestarle ayuda. Generalmente tiene pocas redes de apoyo, es reacia a contar su problema, desconoce la existencia de redes formales o no sabe acercarse a ellas y, sobre todo, cuando busca ayuda, puede verse enfrentada a la victimización secundaria.

El rol de la enfermería en este sentido estaría relacionado a lograr una mayor dependencia de uno mismo, es decir desarrollar capacidades de afrontamiento. Particular importancia tiene la pesquisa precoz de los casos identificando oportunamente la sintomatología sugerente de situación de maltrato o implementar el tamizaje en la consulta de atención primaria.

SUBSISTEMA DE INGESTIÓN

Los subsistemas de ingestión y de eliminación no deben considerarse como los mecanismos de entrada y de salida del sistema. Todos los sistemas poseen mecanismos de entrada y de salida independientes. (Marriner, 2007)

El subsistema de ingestión trata sobre cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos. Sirve a la función más amplia de satisfacción del apetito. Esta conducta está relacionada con consideraciones sociales, psicológicas y biológicas. (Marriner, 2007)

Aquí podemos analizar los distintos trastornos alimentarios que pueden originarse como consecuencia del estrés psicológico al que es sometida la víctima de VIF, tanto alteraciones por déficit como por exceso.

Un estudio español señala entre las consecuencias psicológicas y de conducta la anorexia, bulimia y el abuso de drogas, alcohol o tabaco (Blanco et al, 2004). El desequilibrio de este sistema a la vez puede derivar en alteraciones fisiopatológicas que empeoren aún más la salud de la mujer.

SUBSISTEMA DE ELIMINACIÓN

Trata sobre cuándo, cómo y en qué condiciones eliminamos (Marriner, 2007). En los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él. (Robechi et al, 2004).

El estrés continuo al que es sometida la víctima de VIF puede desencadenar alteraciones psicósomáticas relacionadas con la eliminación tanto vesical como intestinal. Podemos observar frecuentes casos de colon irritable, estreñimiento, diarrea o enuresis en el caso de algunos niños, además de infecciones del tracto urinario. Los síntomas abdominales crónicos representan en su conjunto uno de los principales indicadores de situación de violencia, principalmente en los menores de edad.

En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos reside en la situación de violencia a la que están sometidas las pacientes.

Existen barreras psicológicas y culturales que dificultan que las mujeres hablen del tema, y falta formación y tiempo en dichos profesionales (Blanco et al, 2004).

SUBSISTEMA SEXUAL

Tiene una doble función: la procreación y el placer. Este subsistema incluye el cortejo y el apareamiento, pero no se limita a ellos. La respuesta de este sistema empieza con el desarrollo de la identidad del rol de género e incluye una amplia gama de conductas de rol sexual (Marriner, 2007).

Entre las formas de violencia contra la mujer en la familia que se detectan corrientemente figuran las siguientes: los golpes y otras formas de violencia dentro de la pareja, en particular la violación en el matrimonio; la violencia sexual; la violencia relacionada con la dote; el infanticidio femenino; el abuso sexual de las niñas en el hogar; la ablación o mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para las mujeres; el matrimonio precoz; el matrimonio forzado; la violencia no proveniente de la pareja; la violencia cometida contra las trabajadoras domésticas, y otras formas de explotación. (OMS, 2006)

Podemos observar diferentes problemas que van desde las disfunciones sexuales hasta la violación marital o la prostitución forzada. Los episodios de violencia sexual pueden significar embarazos no planificados que representan un problema más que debe soportar la mujer agredida. En el caso de las niñas agredidas, esto podría significar también un trastorno de la identidad de género. La proporción de mujeres que habían sido coaccionadas a tener relaciones sexuales oscilaba entre el 4% en Serbia y Montenegro y el 46% en los entornos provinciales de Bangladesh y Etiopía. (OMS, 2005)

El mismo estudio informa además de trastornos ginecológicos, la enfermedad pélvica inflamatoria, las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH y los malos resultados obstétricos. Otras de las consecuencias ginecológicas son las hemorragias o infecciones vaginales, los dolores pélvicos crónicos y las infecciones de las vías urinarias". (OMS, 2005).

SUBSISTEMA DE AGRESIÓN/PROTECCIÓN

Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás (Robechy et al, 2004). La sociedad exige que se limiten los modos de autoprotección y que se respete y se proteja a las personas y sus propiedades (Marriner, 2007).

Pese a los casos de violencia cruzada, es más habitual la violencia unidireccional. En tales casos, la víctima ve inhibidas sus respuestas de defensa frente a la agresividad de su pareja, quien por su parte tiene poco control social pues generalmente estas situaciones ocurren en el anonimato y quienes conocen la situación de violencia tienden a no intervenir en un problema que culturalmente se considera personal. Lo que es más lamentable es que muchas mujeres viven en un entorno cultural en que la violencia es percibida como algo natural y muchas veces ellas mismas justifican los episodios de violencia.

Los bajos índices de persecución penal por parte del estado en casos de violencia doméstica traen como consecuencia el miedo de las mujeres a la estigmatización o incluso el temor de perder los derechos económicos y sociales de los que gozan a través de sus parejas. Esto ilustra la negación de los derechos de la mujer ante la ley y refuerza su inferior status social (ONU, 2007).

El estudio multipaís de de la OMS señala que en todos los entornos examinados, el motivo más común para justificar la violencia era la infidelidad de la mujer... Desobedecer al marido o a la pareja era el siguiente motivo más aceptado. Así mismo los resultados indican que probablemente las mujeres aprenden a “aceptar” la violencia en situaciones en las que son víctimas de la misma, o que las mujeres que consideran la violencia como algo “normal” tienen más posibilidades de establecer o tolerar relaciones violentas. (OMS, 2005).

Lamentablemente, la evidencia muestra que el fenómeno de la violencia se va incrementando a lo largo del tiempo que dure la relación de pareja. Estos episodios se repiten preservando cada vez un período más corto entre ellos y generalmente van aumentando a lo largo del tiempo en la intensidad de la violencia (Sepúlveda 2005), fenómeno conocido como escalada de la violencia.

Por otra parte, la violencia a veces afecta no solo a la mujer. Fajardo et al. (2002) plantean que “en un principio la agresión se dirige al cuerpo de la víctima y con el tiempo tiende a tornarse indirecta puesto que ya no se dirige específicamente a la víctima sino que se enfoca hacia los objetos y personas que son apreciados considerablemente por la víctima”.

Así, lo que en un principio se limita a insultos o desacreditaciones concluye en agresiones físicas que incluso pueden causar la muerte a la mujer agredida.

SUBSISTEMA DE REALIZACIÓN

El subsistema de realización intenta manipular el entorno. Su función consiste en controlar o dominar algún aspecto de la identidad o del entorno para alcanzar un estándar de calidad. El subsistema de realización incluye las habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales (Marriner, 2007)

Los factores culturales y educativos hacen que para muchos hombres el papel de la mujer sea de mero objeto, de servicio al hombre, a los hijos y a la casa y que actúen frente a ella desde un rol de dominancia y superioridad, sin que ello pueda ser etiquetado de patológico ni de anormal (Castellano, 2004). A su vez, la mujer también va incorporando estos patrones

culturales desde la infancia, de manera tal que muchas no se proyectan más allá de la vida doméstica y el cuidado de su familia y el hogar. Lo anterior se combina con las actitudes y acciones del agresor de manera que las mujeres víctimas de VIF tienen temor, baja autoestima, poco control de su mundo circundante y les es difícil superarse pues no conocen o no se sienten capaces de encontrar los medios adecuados para salir adelante. Sus capacidades y potencialidades se encuentran inhibidas en mayor o menor grado por el agresor que tiene un perfil controlador, dominante, desacreditador, deteriorándose cada vez más sus relaciones interpersonales.

SUBSISTEMA DE AFILIACIÓN

Es quizás el más importante de todos, ya que constituye la base de toda organización social. En general, proporciona la supervivencia y la seguridad. En él se inscriben: la inclusión social, la intimidad y la formación, y el mantenimiento de un fuerte vínculo social (Marriner, 2007).

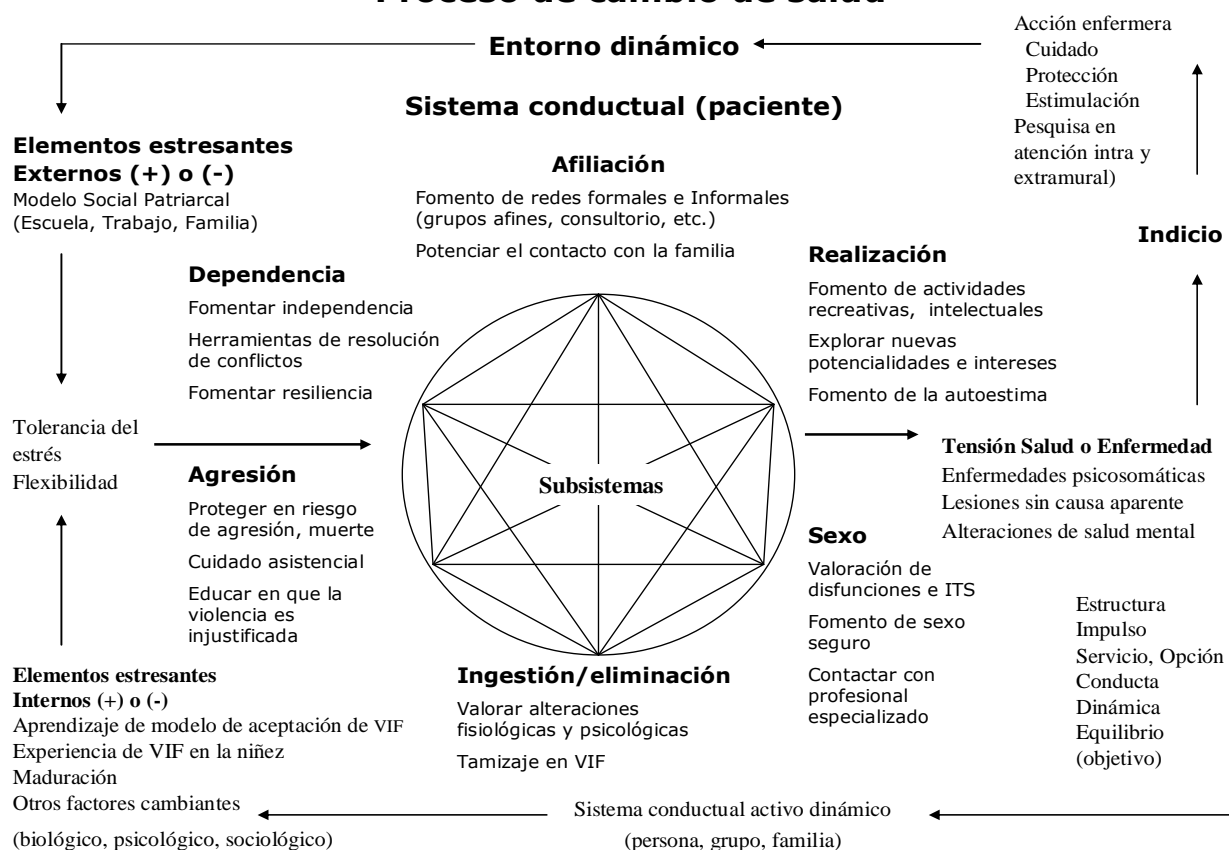
Este subsistema es uno de los afectados más fuertemente a la vez de ser uno de los que debe trabajarse más tempranamente, buscando la inclusión en grupos de apoyo y ayudando a la persona a descubrir sus redes de apoyo formales e informales, sobre todo en etapas en que su salud o su vida corren grave peligro.

Algunos factores que influyen de manera importante en la evolución positiva o negativa de la mujer víctima son los apoyos familiares y sociales: la confianza con miembros de la familia, el tener algunos amigos íntimos, el tener otros amigos aunque con menor grado de intimidad, trabajar, tener niños pequeños a su cargo u otras obligaciones que impliquen cierto grado de responsabilidad y ocupación, etc. (Castellano, 2004).

Este subsistema es uno de los afectados más fuertemente y debe trabajarse en forma precoz desde la promoción de la salud. También se deben fortalecer las redes de apoyo de las mujeres buscando su inclusión en grupos terapéuticos y ayudándola a explotar todo su círculo de ayuda. Se la debe orientar a las redes formales e informales y a pedir ayuda en el entorno más cercano como su familia amigos o vecinos. Ellos juegan un papel fundamental para escapar del episodio de violencia ya que contar con estos recursos puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de la agredida.

A continuación se presenta el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson, centrado en la intervención de enfermería en mujeres víctimas de violencia doméstica.

Proceso de cambio de salud



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Blanco Pilar, Ruiz-Jarabo Consuelo, García de Vinuesa Leonor, Martín-García Mar. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sanit. [periódico en la Internet] 2004 mayo [citado 2008 Ene 11]; 18(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso
- 2.- Castellano Arroyo M., Lachica López E., Molina Rodríguez A., Villanueva de la Torre H.. Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. Cuad. med. forense. [periódico en la Internet]. 2004 Ene [citado 2008 Ene 11]; (35): 15-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062004000100002&lng=es&nrm=iso
- 3.- Fajardo Cuartas J. Fernández Morales K, Escobar Torres O. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. Revista electrónica Psicología científica.com (revista online). (2002) [citado 2008 Ene 11]. Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-107-4-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-de-mujeres-maltratadas-por-su-conyuge.html>
- 4.- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

5.- Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/index2.html

6.- Organización de las Naciones Unidas, Informe del Secretario General. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Sexagésimo primer período de sesiones Tema 60 a) de la lista provisional Adelanto de la mujer: adelanto de la mujer. (2006). Disponible en http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1160581505_SGstudyOnVAW_2006_spn.pdf

7.- Organización de las Naciones Unidas, Oficina del alto comisionado para los derechos humanos. Violencia contra mujeres y niñas. Hoja informativa no. 1. Disponible en: [http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/1/27971/Violencia%20contra%20la%20mujer%20007%20\(2\).pdf](http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/1/27971/Violencia%20contra%20la%20mujer%20007%20(2).pdf)

8.- Robechi A, Turriago M, Vivas N. Análisis de la Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson. Monografías.com (internet) 2004 [citado 2008 Ene 12]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml>

9.- Sepúlveda J. Estudio de los factores que favorecen la continuidad en el maltrato de la mujer. (Tesis Doctoral). Valencia: Server de publicaciones; 2005. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0803105-101952//sepulveda.pdf

10.- SERNAM (sitio web). Santiago: 2008 [citado 2008 Ene 12]. Femicidios 2007. Disponible en: <http://www.sernam.cl/opencms/opencms/sernam/programas/violencia/femicidio2007.html>

ISSN 1695-6141

© **COPYRIGHT** Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia