

Guía de salud para las y los participantes en los talleres "Espacios vitales de salud"



## Guía de salud para las y los participantes en los talleres "Espacios vitales de salud"

# **Guía de salud para las y los participantes en los talleres “Espacios vitales de salud”**

Campaña de información sobre el fomento de hábitos saludables entre la población femenina del medio rural.  
“Es tiempo de cuidarte: espacios vitales de salud”

Edita:

**Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales**

C/ Agustín de Betancourt, 17. 6º

28003 Madrid

Esta guía forma parte del proyecto **CAMPAÑA DE INFORMACIÓN SOBRE EL FOMENTO DE HÁBITOS SALUDABLES ENTRE LA POBLACIÓN FEMENINA DEL MEDIO RURAL. “ES TIEMPO DE CUIDARTE: ESPACIOS VITALES DE SALUD”** presentado dentro de la Convocatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo de ayudas económicas a entidades sin fines de lucro de ámbito estatal para la realización de programas específicos orientados al desarrollo de las estrategias de salud (Orden SCO/1166/2008, de 9 de abril).



## PRESENTACIÓN

¿Cómo te sientes? ¿Te duele algo? ¿Eres feliz? ¿Qué deseas? Las respuestas a estas preguntas, no cabe duda, que variarán de una persona a otra, dependiendo de la edad, del lugar en el que viva, del trabajo que desarrolle ... y, también, de ser mujer u hombre. Nuestra vida, nuestra salud está marcada, más de lo que pensamos, por lo que la sociedad espera de nosotras y de nosotros.

Uno de los fines de nuestra entidad, la **Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales**, es difundir entre la población del medio rural en general y, especialmente, entre las mujeres rurales y el personal de los servicios socio-sanitarios locales, cómo las diferencias de carácter biológico que existen entre mujeres y hombres tienen consecuencias a nivel social. Dichas diferencias se terminan convirtiendo en desigualdades. Además, en segundo lugar, tratamos de, eliminar o, al menos, reducir, el impacto de dichas diferencias-desigualdades en los distintos ámbitos de nuestra vida, y, entre ellos, la salud.

En tercer lugar, pensamos que nuestro estado de salud va a depender del autocuidado, empezando por la adopción de hábitos de vida saludable desde un punto de vista integral: físico y mental así como de actitudes que permitan la prevención de enfermedades, y, también del cuidado mutuo, dejando atrás la idea de las mujeres como eternas prestadoras de cuidados y atenciones a las personas de su entorno.

Esta guía forma parte del proyecto **“Campana de información sobre el fomento de hábitos saludables entre la población femenina del medio rural. “Es tiempo de cuidarte: espacios vitales de salud”**, y, esperamos que te sea útil durante tu participación en los talleres “Espacios Vitales de Salud” y te permita resolverte alguna duda en el futuro.

Ha de ser una guía viva, que día a día crezca, se haga más sabia y, para ello, necesitamos tu ayuda. Te agradecemos que te pongas en contacto con nosotras y nos envíes tus observaciones, tus opiniones, aquellos documentos que consideres que tienen una información interesante....

Nuestra dirección: [www.fademur.es](http://www.fademur.es) [info@fademur.es](mailto:info@fademur.es)

Te esperamos

**Junta Directiva de FADEMUR**



## ÍNDICE

<b>¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD? .....</b>	<b>9</b>
<b>¿POR QUÉ TENEMOS MALA SALUD? .....</b>	<b>21</b>
<b>NUESTRA SALUD. CAMBIOS A LO LARGO DE NUESTRA VIDA .....</b>	<b>41</b>
<b>AUTOCUIDADO: ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? .....</b>	<b>67</b>
<b>RELACIONES IGUALITARIAS ENTRE LOS DOS SEXOS .....</b>	<b>99</b>



## ¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD?<sup>1</sup>



Organización  
Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas, responsable de la salud. El personal experto de la OMS elabora directrices y normas sanitarias y ayuda a los países a abordar las cuestiones de salud pública. La OMS también apoya y promueve las investigaciones sanitarias. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.

La OMS está integrada por 192 Estados miembros y dos miembros asociados, que se reúnen cada año en Ginebra en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de establecer la política general de la organización, aprobar su presupuesto y, cada cinco años, nombrar al director general. Su labor está respaldada por los 34 miembros del consejo ejecutivo, elegido por la Asamblea de la Salud. Seis comités regionales se centran en las cuestiones sanitarias de carácter regional.

La OMS y sus Estados miembros trabajan con numerosos asociados, entre ellos otros organismos de las Naciones Unidas, donantes, organizaciones no gubernamentales, centros colaboradores de la OMS y el sector privado. Sólo si encontramos nuevas formas de trabajar y establecemos asociaciones innovadoras conseguiremos que cambien las cosas y alcanzaremos nuestros objetivos.

Para más información, consultar el siguiente enlace: <http://www.who.int/about/es/>

***“La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social”.***

<sup>1</sup> Fuente: **Salud y Género**. Artículo publicado en el libro *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Coordinadoras: Cristina Caruncho & Purificación Mayobre. Tórculo Edicións, Santiago de Compostela, España, 1998, pp. 193-206. [http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/salud\\_y\\_genero.doc](http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/salud_y_genero.doc).

Ésta es la definición que se incluyó en el Acta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud en 1946. Dicha definición **recoge una idea positiva de salud frente a la designación de la salud como ausencia de enfermedad, a la vez desarrolla y amplía la concepción clásica de salud al incluir no sólo el bienestar físico, sino también el bienestar mental y social.**

Ahora bien, esta nueva concepción positiva de salud resulta, al menos, idealista. El completo bienestar físico, pero sobre todo mental y social, es muy difícil de conseguir y, por tanto, **dicho estado de salud resulta, prácticamente, inalcanzable para el común de los mortales.**

Por otro lado, al hablar de estado, parece que **existe una concepción estática de la salud**, cuando la salud es -como la vida misma- algo dinámico y cambiante, es algo que puede ir alcanzándose o deteriorándose día a día, debido a causas biológicas, a la influencia del medio ambiente o al estilo de vida.

Ante estas críticas, la propia OMS rectificó su propuesta y formuló, en 1984, una nueva definición de carácter más realista y más holístico:

***“Una nueva concepción de salud como el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas”.***

Esta nueva definición superó algunos defectos de la anterior, ya que tiene un carácter más integrador y contempla **la salud como algo dinámico, como un medio** y no como un fin.

Sin embargo, y a pesar de los estudios y análisis realizados en los últimas décadas, en los que se denunciaban las desigualdades que sufrían las mujeres respecto a los hombres, dichos estudios no se tuvieron en cuenta, **olvidando, una vez más, que hombres y mujeres no están en igualdad de condiciones para disfrutar de ese recurso de la vida diaria que es la salud.**

## SABÍAS QUE:

1. El **menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres tienen menos oportunidad de gozar de una buena salud.**
2. Debido en gran parte a su función reproductiva, **las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres.**
3. **Las mujeres constituyen la mayoría de la plantilla de los centros de salud con y sin remuneración.** No obstante, al estar concentradas en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, **tienen menor capacidad de influir la política de salud y la toma de decisiones.**

Por tanto, habría que dar un paso más y hablar de **equidad de género en salud**. La equidad de género en salud **significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres**. Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten tener buena salud, sin enfermar o morir por causas que son injustas y evitables.<sup>2</sup>

Un primer paso supone tener en cuenta las diferencias-desigualdades en los distintos estudios y análisis que se lleven a cabo dentro del campo de la **salud**, enriqueciendo las investigaciones en torno a los procesos **salud-enfermedad**.

La perspectiva de género en salud implica:

**Análisis de género de las situaciones de salud**, incluyendo datos desagregados por sexo y desarrollo de “indicadores de género” para vigilancia y evaluación como: causas de mortalidad/morbilidad femenina y masculina; tasa de mortalidad infantil por sexo y causa; tasas de mortalidad materna; acceso de las mujeres a la atención pre y posnatal; proporción de mujeres y hombres empleados en diferentes niveles/áreas del sector salud; diferencias en cuanto a los salarios obtenidos por los trabajadores de salud femeninos/ masculinos; acceso de mujeres y hombres a los alimentos, el agua limpia, el saneamiento y la inmunización contra las enfermedades; proporción de los ingresos (de mujeres, hombres, o del hogar) gastados en servicios de salud; distribución del gasto doméstico en los servicios de salud; tasas de fecundidad; acceso de mujeres y hombres a diferentes métodos de planificación familiar, entre otros.

<sup>2</sup> Fuente: Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo “GENSALUD” de la Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional Mundial de la Salud.

<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderEquityinHealthsp.pdf>

**Capacitación del personal de salud para integrar la perspectiva de género,** para responder apropiadamente a las necesidades de salud diferenciadas de las mujeres y los hombres, por lo tanto mejorando su estado de salud general.

**Difusión de información sobre género y salud.** Debido a la situación de desventaja en que se encuentran las mujeres y a la apremiante necesidad de acciones afirmativas en favor de la población femenina a lo largo de todo el ciclo de vida, las actividades de información resultan prioritarias. Dichas actividades, por tanto, tienen que responder a las diferentes necesidades de mujeres y hombres, teniendo en cuenta las situaciones de discriminación por razones de género. Mujeres como usuarias de los programas y servicios de salud, como proveedoras de cuidados de la salud en los ámbitos doméstico, comunitario e institucional y, también, como receptoras, debemos tener la mayor información posible a la hora de tomar cualquier decisión.

**Aumentar la participación las mujeres en** la definición de las prioridades de salud; la planificación de soluciones, políticas y programas y la responsabilización.

## EN CONCLUSIÓN:

- El concepto de género se refiere a las distintas formas en que cada sociedad estructura las identidades, los roles, el acceso a recursos y las relaciones de poder de las mujeres y los hombres.
- Género –junto con clase social y etnia– es un marcador de desigualdad económica y social, cuyo papel es indispensable comprender para poder desarrollar políticas e intervenciones equitativas, efectivas y sostenibles.
- Algunos de los vínculos existentes entre la construcción de género y las desigualdades en salud entre mujeres y hombres son:
  - Las mujeres tienen necesidades específicas de salud a menudo ignoradas por políticas y programas.
  - Las relaciones sociales y económicas de desigualdad entre mujeres y hombres pueden producir desigualdades en el estado de salud y en el acceso a servicios de salud.
  - Sobre las mujeres recae una carga desproporcionada del cuidado informal de la salud de los hogares y las comunidades. Ellas son, también, las principales proveedoras de servicios de salud en algunos de los entornos de atención de la salud.
- La salud pública debe asegurar que las mujeres y los hombres tengan un acceso igualitario a los recursos de salud de acuerdo a lo que cada cual necesite para desarrollar toda su potencialidad de salud, sea cual sea ese potencial, por lo que es necesario incorporar el enfoque de género.

## Para saber algo más

Dentro de la lucha para la consecución de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres<sup>3</sup> y, por tanto, la transformación de la sociedad en la que vivimos, han tenido especial importancia: los **estudios de género** (han permitido visibilizar las situaciones de discriminación que sufren las mujeres) y la **integración de la perspectiva de género** (ha permitido la reformulación de las políticas públicas así como la puesta en marcha de nuevas políticas, contribuyendo a la consecución de la equidad de género<sup>4</sup>).

### Estudios de género

Ya en 1949, Simone de Beauvoir (1908-1986, novelista francesa, filósofa existencialista y feminista) afirmaba: **“Una no nace mujer, sino que se hace mujer”**. Su reflexión abrió todo un nuevo campo de investigación sobre lo que significa igualdad, las diferencias entre sexos, sexo-género, antecedentes, causas de las desigualdades...

#### <sup>3</sup> Igualdad de derecho

Igualdad formal ante la ley. Equiparación de hombres y mujeres mediante medidas legislativas.

En los países europeos de regímenes democráticos es después de la primera guerra mundial cuando se restaura el principio de igualdad ante la ley y se reconoce a las mujeres el derecho a la educación, al trabajo retribuido y al voto. En España, el principio de igualdad legal no se consagra establemente hasta la Constitución de 1978.

#### Igualdad de hecho

Paridad entre hombres y mujeres real y efectiva. La sola promulgación de la igualdad legal no basta para cambiar las costumbres y estructuras de la desigualdad. El mecanismo de acción positiva tiene como fin trabajar activamente y contrarrestar las desigualdades de partida para que la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres sea una realidad.

#### Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres

Fundamentado en el principio de igualdad, se refiere a la necesidad de corregir las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en la sociedad.

Constituye la garantía de que mujeres y hombres puedan participar en diferentes esferas (económica, política, participación social, de toma de decisiones) y actividades (educación, formación, empleo) sobre bases de igualdad.

Fuente: *Palabras para la Igualdad*. Biblioteca Básica Vecinal.

<http://www.nodo50.org/mujeresred/vocabulario-2.html>

<sup>4</sup> Por **equidad de género** se entiende el trato imparcial de mujeres y hombres, según sus necesidades respectivas, ya sea con un trato equitativo o con uno diferenciado pero que se considera equivalente por lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, el objetivo de lograr la equidad de género a menudo exige la incorporación de medidas específicas para compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres.

Fuente: International Fund for Agricultural Development, “Gender and Household Food Security”. Rome, 2001.  
<http://www.ifad.org/gender/glossary.htm>

Los primeros estudios e investigaciones fueron desarrollados por mujeres –generalmente, feministas– que desde mediados de los años 60 han analizado diferentes instancias de la subordinación de género; es decir, el sometimiento histórico de las mujeres por parte del poder patriarcal, dando origen en el mundo académico a los estudios de la mujer. Fueron académicas que generalmente ya habían conquistado posiciones de relevancia en sus distintas especialidades que abren, por esos años, los estudios de la mujer en sus universidades.

A partir de los resultados obtenidos en la producción de conocimiento y las experiencias acumuladas en los estudios de la mujer, se abrió una corriente más abarcadora e incluyente, que estudia *las interacciones entre los géneros*, dando lugar a los **estudios de género**.<sup>5</sup>

En los años 70<sup>6</sup> se concluía que el concepto de **sexo** no era válido para explicar las diferencias en cuanto a posición, actividades que llevaban a cabo hombres y mujeres en las distintas culturas a lo largo de la historia. En dichas investigaciones, además se elaboró e introdujo el concepto de **género** como categoría de análisis que permite diferenciar y separar lo biológico, atribuido al sexo, de lo cultural, determinado por el género.

El **sexo** corresponde a un hecho biológico, producto de la diferenciación sexual de la especie humana, que implica un proceso complejo con distintos niveles, que no siempre coinciden entre sí, y que son denominados por la biología y la medicina como sexo cromosómico, gonadal, hormonal, anatómico y fisiológico.

La categoría de **género** es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, identidades y valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización.

---

<sup>5</sup> Fuente: Red Temática de Estudios de Género Rectorado - Universidad de la República Montevideo, “Género y Universidad - Avances y Desafíos”. Documento de Trabajo del Rectorado n° 19.

[http://www.universidad.edu.uy/institucional/trabajos\\_rectorado/doc\\_tr19.pdf](http://www.universidad.edu.uy/institucional/trabajos_rectorado/doc_tr19.pdf)

Eva Espinar Ruiz, “Marco teórico general: los estudios de género” dentro de su tesis doctoral “Violencia de género y procesos de empobrecimiento: Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex pareja sentimental”.

<http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/jlv/02588405333504473232268/011683.pdf>

**Susana Gamba:** “¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?” Este artículo ha sido publicado en el *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Editorial Biblos, 2008. <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1395>.

<sup>6</sup> Fuente: *Palabras para la Igualdad*. Biblioteca Básica Vecinal. “**Vocabulario para la igualdad. Palabras y conceptos clave en el vocabulario de la igualdad**” publicado en *Mujeres en Red. Periódico feminista*.

<http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1301>.

**Gerda Lerner** señala que el género “es la definición cultural de la conducta que considera apropiada a los sexos en una sociedad y en un momento determinados”. **Carole Pateman** afirma que: “La posición de la mujer no está dictada por la naturaleza, por la biología o por el sexo, sino que es una cuestión que depende de un artificio político y social”. **Alicia Puleo** sostiene que el género “es el carácter construido culturalmente de lo que cada sociedad considera masculino o femenino”. **Joan W. Scott** subraya que: “El género se concreta en las diversas prácticas que contribuyen a estructurar y dar forma a la experiencia. El género es una construcción discursiva y cultural de los sexos biológicos”.

**En definitiva, el género y, en consecuencia, las relaciones de género son “construcciones sociales” que varían de unas sociedades a otras y de unos tiempos a otros, y por lo tanto, como tales, susceptibles de modificación, de reinterpretación y de reconstrucción.**



## La integración de la perspectiva de género (también conocida como *mainstreaming*)

El concepto de *mainstreaming* aparece por primera vez en textos internacionales posteriores a la celebración de la III Conferencia Mundial sobre mujeres de Naciones Unidas (Nairobi, 1985) en relación con el debate sobre el papel de las mujeres en el desarrollo. En este debate se planteaba la importancia de integrar los valores de las mujeres en los trabajos de desarrollo, así como la necesidad de implicar a los gobiernos para que tuvieran en cuenta las cualidades de las mujeres en este aspecto a la hora de diseñar políticas, planes, declaraciones, objetivos, programas y otros documentos políticos importantes.

En la **IV Conferencia Mundial sobre Mujeres de Naciones Unidas (Pekín, 1995)**, la estrategia del *mainstreaming* fue asumida por la Plataforma de Acción que se adoptó al final de la conferencia al afirmar en repetidas ocasiones que ***“los gobiernos y otros actores deberían promocionar una política activa y visible del mainstreaming de género en todas las políticas y programas, para que, antes de que se tomen las decisiones, se realice un análisis de los efectos producidos en mujeres y hombres, respectivamente”***.

En cuanto a la definición de *mainstreaming* de género que se cita con más frecuencia en los documentos europeos es la concebida por **Mieke Verloo** como presidenta del **Grupo de Personas Expertas en Mainstreaming de Género del Consejo de Europa**, grupo encargado de desarrollar el marco conceptual y las metodologías actuales en los trabajos preparativos de la Conferencia de Pekín:

***“El mainstreaming de género es la (re)organización, la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos de las políticas, para que se incorpore una perspectiva de igualdad de género en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores que participan normalmente en la elaboración de las políticas” (Consejo de Europa, 1998: 15).***

Por tanto, se trata de implicar nuevas maneras de idear y enfocar políticas, cambios en la cultura organizativa e institucional que provocarán alteraciones en las estructuras sociales. Contempla la plena participación de las mujeres en todos los aspectos de la vida y el análisis de todas las propuestas en lo que concierne a políticas generales o sectoriales y los programas desde una perspectiva de igualdad de género.

Hasta el momento se estaban llevando a cabo medidas específicas, necesarias para conseguir la plena participación de las mujeres en todos los ámbitos de la so-

ciudad. Actuaciones específicas que nos permiten avanzar en la igualdad de oportunidades y mejorar la participación social y la calidad de vida de las mujeres.

Ahora bien, el *mainstreaming* no puede reemplazar ni redundar en los mecanismos y políticas existentes en materia de igualdad de género. Se trataba en definitiva de dos estrategias distintas para alcanzar la misma meta. La diferencia principal entre el *mainstreaming* y las políticas específicas de igualdad de género reside en los actores involucrados y los sectores implicados. Ante un problema específico resultante de la desigualdad entre géneros se desarrolla una política específica mediante un mecanismo de igualdad. El punto de partida para la política específica es una situación de desigualdad, mientras que para el *mainstreaming* es una política ya existente.<sup>7</sup>

---

#### <sup>7</sup> Fases y recomendaciones para introducir la perspectiva de *mainstreaming* en los proyectos:

##### **ETAPA DE PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN**

###### **• Diseño programas, medidas, acciones basadas en**

- Estudio de las necesidades locales, considerando la problemática específica de las mujeres en todos los apartados del estudio.
- Conocimiento de las peculiaridades de hombres y mujeres ante una situación concreta y de las diferencias detectadas.
- Compromiso institucional por integrar esta perspectiva en todos los niveles implicados en la planificación, desarrollo y evaluación de las políticas.
- Sensibilización e información de todos los agentes implicados en la promoción de empleo en igualdad de oportunidades.

##### **ETAPA DE DECISIÓN**

###### **• Selección de prioridades**

- Consenso de grupos y entidades locales relacionadas con la igualdad de oportunidades.
- Inclusión de acciones específicas en todas las prioridades.

###### **• Adjudicación de recursos**

- Consenso de grupos y entidades locales relacionadas con la igualdad de oportunidades.
- Reserva de recursos para acciones específicas.

##### **ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN**

###### **• Sesiones de sensibilización**

- Elaboración de materiales claros y directos sobre la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Aprovechamiento como foro de sensibilización de cualquier medio de comunicación disponible en el municipio, boletín municipal, emisoras de radio, etc.
- Constituir grupos con participantes de diferentes colectivos puede ayudar a enfocar mejor los diferentes intereses en materia de igualdad de oportunidades.
- Colaboración con los colegios e institutos para organizar actuaciones de sensibilización sobre el principio de igualdad de oportunidades para niñas y niños.

• **Procesos de selección y formación de personas implicadas en acciones de promoción de empleo**

- Capacitación técnica en materia de igualdad de oportunidades dirigida a diferentes colectivos y agentes implicados.
- Asesoramiento de personas expertas en igualdad de oportunidades para que formen parte del equipo multidisciplinar.

• **Procesos de captación y selección de colectivos participantes en acciones de promoción de empleo**

- Motivación y orientación a mujeres para favorecer su integración y fomentar la diversificación profesional.
- Puesta en marcha de procedimientos para eliminar o disminuir las desigualdades entre los sexos en temas relacionados con la captación y la selección del colectivo beneficiario.
- Medidas específicas para estimular la elección por parte de mujeres de actividades laborales o módulos formativos que, en principio, ellas no demandan y sin embargo pertenecen a un claro yacimiento de empleo.

• **Procesos de orientación**

- Procesos de orientación que respondan a una estrategia de diversificación profesional de hombres y mujeres.
- Los procesos y materiales de orientación no han de reforzar la separación entre las actividades consideradas masculinas y las consideradas femeninas.

• **Elaboración de las metodologías**

En el diseño de las metodologías y procesos de aplicación de las acciones puede intervenir la perspectiva de igualdad de oportunidades. Algunos problemas sobre niveles de participación y/o aprovechamiento de las acciones pueden deberse a una falta de adecuación de los dispositivos diseñados de acuerdo con las características de las personas participantes.

- Diseño de metodologías de formación que tengan en cuenta la necesidad de responder a las expectativas específicas de cada colectivo.
- Desarrollo de metodologías que respondan a una estrategia de diversificación de opciones ocupacionales tanto para mujeres como para hombres.
- Utilización de un lenguaje no sexista en los documentos didácticos que se producen.
- Exposición de modelos no estereotipados en los materiales formativos, de orientación, información o difusión.
- Planificación de los horarios en función de las necesidades del colectivo beneficiario.

• **Apoyo a los procesos de inserción**

- Incidir sobre el empresariado para facilitar el acceso al empleo de las personas que se forman desde la perspectiva de igualdad de oportunidades.
- Trabajar en contacto con empresas para promover el cambio cultural y la ruptura de estereotipos respecto al trabajo femenino.
- Orientación profesional al empresariado para estimularlo a contratar a mujeres en áreas no tradicionales.
- Establecimiento de contactos con el empresariado para informarles sobre la importancia de llevar a cabo medidas para la igualdad de oportunidades.
- Refuerzo de la actividad emprendedora de las mujeres.
- Aumento de la presencia de mujeres en el tejido empresarial de la zona.

• **Etapas de evaluación**

La etapa de evaluación de las acciones es tan importante como el diseño y el desarrollo de un proyecto.

Si no se realiza un adecuado seguimiento y evaluación de las acciones introduciendo elementos que sirvan para analizar los resultados obtenidos desde una óptica de igualdad de oportunidades, los diferentes efectos y opiniones de los hombres y las mujeres participantes en el proyecto, con sus similitudes y con sus características específicas, se perderá una parte importante de lo sucedido en el desarrollo del mismo.

Introducir en las fichas de seguimiento el número de participantes diferenciados por sexo puede ser un primer paso para adecuar el proceso de evaluación y comenzar a generar elementos de reflexión para las personas que planifican y gestionan las acciones.

Además, en los seguimientos más cualitativos, también resulta conveniente analizar las opiniones expresadas por cada participante desde una perspectiva de género, es decir, preguntarse si hombres y mujeres tienen la misma percepción sobre las dificultades, expectativas y resultados del proyecto. Este ejercicio, además, suele ser muy revelador y convincente sobre la necesidad de aplicar la perspectiva de igualdad de oportunidades en acciones mixtas.

- Creación de comités para la evaluación y el seguimiento.
- Utilización de herramientas para la recogida de datos desde una perspectiva de género.
- Introducción de la variable sexo en la recogida de datos.
- Análisis de los datos desde una perspectiva de género.

Un proyecto que no contempla las características y necesidades de la mitad de la población, ¿está contribuyendo realmente al desarrollo de la sociedad del futuro?

Fuente: [www.auladesne.net/\\_ReferenciaBibliografica/Global/ReferenciaBibliografica0000130/main%20igualdad%20comunitaria%20empleo.pdf](http://www.auladesne.net/_ReferenciaBibliografica/Global/ReferenciaBibliografica0000130/main%20igualdad%20comunitaria%20empleo.pdf).

## ¿POR QUÉ TENEMOS MALA SALUD?

En este apartado, vamos a tratar de explicar, de forma clara y sencilla, por qué la salud de mujeres y hombres es diferente.

### EMPEZAMOS

#### SABÍAS QUE:

#### DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES

##### GENÉTICAS

- De los 46 cromosomas humanos, en la mujer un par de ellos son XX y en el hombre XY.
- En el cromosoma Y hay un gen llamado TDF (factor determinante de los testículos) que convierte el tejido indiferenciado en testículos que segregan grandes cantidades de hormonas masculinas.
- El hombre es genéticamente más débil que la mujer. Padece más enfermedades hereditarias.

##### FISIOLÓGICAS

- La talla, el peso, la capacidad pulmonar, la masa muscular, la temperatura corporal, el consumo de calorías y el tamaño del corazón de los varones es superior al de las mujeres.
- En la adolescencia, a los chicos se les ensanchan los hombros, aparece el vello facial y la voz se vuelve más grave. A las chicas les crecen los pechos, las caderas y se les ensancha la pelvis.
- La piel femenina es más delgada y receptiva al tacto. La masculina tiene más glándulas sebáceas y sudoríparas, lo que provoca que su olor corporal sea más intenso.
- La mujer produce un óvulo cada mes desde la pubertad hasta la menopausia, en el momento que deja de ser fértil (aproximadamente a los 50 años). El hombre genera decenas de millones de espermatozoides en cada eyaculación, manteniendo su fertilidad.

## DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES (continuación)

### NEUROLÓGICAS

- El cerebro de los hombres es más pesado y voluminoso, aunque la inteligencia y masa cerebral no guardan relación.
- El cuerpo calloso de las mujeres (haz nervioso que conecta los hemisferios cerebrales para intercambiar información) es más grueso.
- Las mujeres manejan mejor el tráfico de datos entre los hemisferios cerebrales, ya que su istmo (una zona del cuerpo calloso) es también mayor.
- Hay más hombres zurdos que mujeres. El cerebro masculino está más lateralizado en su hemisferio derecho, el cual controla las funciones del lado opuesto del cuerpo.

### SENSORIALES

- Las mujeres oyen los sonidos más débiles, pero los hombres tienen más agudeza visual. Ellas tienen mejor ángulo de visión y ellos mejor sentido de la profundidad y de la perspectiva.
- El olfato y el gusto están más desarrollados en las mujeres. Detectan más fácilmente los sabores amargos, y ellos los salados.

### SALUD

- Los hombres padecen más las enfermedades graves y las mujeres más las enfermedades leves. Éstas sufren menos problemas cardiovasculares (sus hormonas femeninas las protegen).
- La esperanza de vida es mayor en las mujeres.
- A los hombres les afecta más el estrés.
- Referido a los problemas psicológicos, las mujeres sufren más depresiones, crisis de angustia y más intentos de suicidio, pero hay un mayor número de psicópatas hombres y un número más alto de ellos que pone fin a su vida.

Resulta obvio, pero, teniendo en cuenta aspectos biológicos, **mujeres y hombres somos diferentes**. Ahora bien, ¿somos iguales?

En nuestra Constitución, como ocurre en el resto de los países de nuestro entorno, se recoge la igualdad de mujeres y hombres. Sin embargo, esta igualdad, formal, no se traduce en igualdad real. A continuación, recogemos algunos datos que nos permiten justificar esta reflexión<sup>8</sup>:

Por ejemplo, en España, de acuerdo con el informe *Mujeres y hombres en España 2008*, nos encontramos con la siguiente situación:

## POBLACIÓN

- El 50,6% de la población son mujeres.
- Las mujeres de 65 y más años suponen un 19% de la población femenina y el grupo de 15 a 64 años un 67,2%. Los hombres de 65 años o más representan un 14,3% de la población masculina y el grupo de edad de 15 a 64 años un 70,8%.
- La población extranjera en 2007 suponía un 10% del total. El 47% de la población extranjera residente en nuestro país son mujeres.

## EDUCACIÓN

- Las mujeres representan el 48,5% del alumnado matriculado en las enseñanzas obligatorias (Educación Primaria y ESO), debido a la estructura por sexo y edad de la población. El 51,4% respecto del alumnado de Bachillerato y Formación Profesional y el 54% en la enseñanza universitaria.
- En cuanto a la educación universitaria, la participación de las mujeres en Ciencias de la Salud es de un 74%, un 60% en Ciencias Sociales y Jurídicas, Humanidades y Ciencias Experimentales y de sólo un 27% en las carreras técnicas.
- Respecto al nivel de formación alcanzado, en la población con una edad comprendida entre 25 y 34 años, el 65,7% de los varones no alcanzaron la educación superior frente al 56% de las mujeres.

## MERCADO LABORAL

- En el 2007, la tasa de actividad femenina era del 49,4% frente al 69,2% de los hombres.<sup>9</sup>
- La tasa de empleo femenina era del 43,9% y la de los hombres un 64,5%.

<sup>8</sup> Fuente: *Mujeres y hombres en España. 2008*, Instituto Nacional de Estadística e Instituto de la Mujer.

<sup>9</sup> Definiciones según la Encuesta de Población Activa realizada por el Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/daco/daco43/resumetepa.pdf>).

**Tasa de actividad:** Es el cociente entre el total de población ocupada y la población total. Se calcula para ambos sexos y para cada uno de ellos por separado.

**Tasa de empleo:** Es el cociente entre el total de población ocupada y la población total. Se calcula para ambos sexos y para cada uno de ellos por separado.

**Tasa de paro:** Es el cociente entre el total de la población parada y el total de población activa. Se calcula para ambos sexos y para cada uno de ellos por separado.

- La tasa de paro femenina era del 11%, mientras que la de los hombres se situaba en el 6,8%.
- Respecto al sector de actividad, el porcentaje de mujeres empleadas en la agricultura supone un 27,27% del total, un 25,58% en el caso de la industria, apenas un 5,72% en la construcción y un 53,24% en servicios.
- Respecto a la jornada laboral, el 80,4% de los contratos a tiempo parcial corresponde a las mujeres frente al 19,5% de los hombres (teniendo en cuenta el total de mujeres ocupadas, un 22,6% tienen jornada parcial, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje desciende al 3,8%).
- Por otro lado, un 33,1% de las mujeres eligen la jornada a tiempo parcial por obligaciones familiares frente a un 3,8% de los hombres.
- En cuanto a la población inactiva, en 2007, la mayoría de los hombres inactivos son jubilados (61%). Sólo un 17,1% de las mujeres inactivas perciben pensión de jubilación, como consecuencia de su baja incorporación en el pasado al mercado laboral). En relación a las labores del hogar, un 47,2% de las mujeres forman parte de la población inactiva por este motivo frente al 4,6% de los varones.
- Por otro lado, un 18,3% de las personas inactivas son estudiantes hombres y un 12,6% son mujeres.
- Y, con respecto a las distintas situaciones relacionadas con la incapacidad para trabajar, nos encontramos con un 7,8% en el caso de los hombres y un 6% en las mujeres.
- **El trabajo no remunerado en el hogar desarrollado por las mujeres (73%) equivale, según datos del INE, el 42,5% del PIB español.<sup>10</sup>**

---

**Población activa:** Todas las personas de 16 o más años que durante la semana de referencia (la anterior a aquella en que corresponde realizar la entrevista según el calendario) satisfacen las condiciones necesarias para su inclusión entre las personas ocupadas o paradas.

**Población ocupada:** Todas aquellas personas de 16 o más años que tienen un trabajo por cuenta ajena o ejercido una actividad por cuenta propia en la semana de referencia.

**Población parada:** Todas las personas de 16 o más años que reúnan simultáneamente las siguientes condiciones: *sin trabajo, en busca de trabajo y disponibles para trabajar*. También se consideran paradas las personas de 16 o más años que durante la semana de referencia han estado sin trabajo, disponibles para trabajar y que no buscan empleo porque ya han encontrado uno al que se incorporarán dentro de los tres meses posteriores a la semana de referencia.

<sup>10</sup> Fuente: Fundación de Cajas de Ahorros (FUNCAS). *El trabajo doméstico cuenta: las cuentas de los hogares en España 1996 y 2003* (Serie Economía y Sociedad) / María Luisa Moltó y Ezequiel Uriel (2008), nº 33.

## RENTA Y POBREZA

- Respecto a la renta, según los resultados de la Encuesta Anual de Estructura Salarial de 2005, el salario bruto anual de los hombres fue de 21.093,92 euros frente a los 15.294,83 euros para las mujeres. Por tanto, el salario femenino representó el 72,5% del masculino.
- Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006, en aquellos hogares cuya persona de referencia era un hombre, el ingreso medio era de 25.193 euros/año. Si la persona de referencia era una mujer, el ingreso medio era de 20.058 euros/año.
- Si tenemos en cuenta el umbral de pobreza<sup>11</sup>, uno de cada cinco españoles/as es pobre, el 19,7% de la población, 8,5 millones de personas. El 21,2% en el caso de las mujeres y el 18,5% en el de los hombres.

## SALUD

- **El 75,1% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno frente al 64,9% de las mujeres, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006.**
- **El 89,2% de las mujeres fueron a los servicios sanitarios en los últimos doce meses frente al 78,2% de los hombres.**
- **Un 42,3% de los hombres y un 26,4% de las mujeres de 18 y más años tienen sobrepeso.**
- **El 62,1% de los hombres y el 56,2% de las mujeres de 16 y más años realizan habitualmente algún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre.**
- **El 35,3% de la población masculina con 16 y más años fuma frente al 23,9% de las mujeres. El 31,6% de los hombres y el 21,5% de las mujeres lo hacen a diario.**
- **Respecto al consumo de alcohol, el 70,2% de los hombres manifiesta haber consumido alcohol en las dos últimas semanas frente al 41,8% de las mujeres.**
- **Respecto a las causas de fallecimiento, las principales son las enfermedades del sistema circulatorio (un 42,1% corresponde a mujeres y un 45,9% a hombres) y los tumores (62,1% hombres y un 37,9% mujeres).**
- **En cuanto a los accidentes de coche, el 78% de las personas fallecidas son hombres.**
- **En cuanto a las defunciones por Alzheimer, sólo un 30% fue de hombres.**
- **Respecto al SIDA, de los casos diagnosticados durante 2006, el 77,4% corresponde a hombres. Analizando las categorías de transmisión, en el caso de los**

<sup>11</sup> El **umbral de pobreza** se corresponde con el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas (o ingresos equivalentes de las personas). Los ingresos por unidad de consumo del hogar se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo calculadas según la escala de la OCDE.

Para más información, consultar: <http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/indisd/spanish/social.htm>

**varones un 45,9% son usuarios de drogas por vía parenteral<sup>12</sup>, un 24% se contagiaron manteniendo relaciones heterosexuales y un 21,8% relaciones homosexuales o bisexuales. En el caso de las mujeres, el 32,9% son usuarias de drogas por vía parenteral, el 57,7% se contagiaron a través de relaciones heterosexuales.**

- **Según la III Macroencuesta sobre Violencia contra las Mujeres, realizada por el Instituto de la Mujer, un 3,6% de las mujeres se declaran mujeres maltratadas.**
- **La esperanza de vida para las mujeres se sitúa en torno a los 83,4 años frente a los 76,9 para los hombres.**

### **PARTICIPACIÓN Y ACCESO A CARGOS DE RESPONSABILIDAD<sup>13</sup>**

- Respecto a la participación política, en la última legislatura, 2004/2008, en el Congreso el número de diputadas alcanzaba el 36% y en el Senado era del 25%.
- Los Parlamentos autonómicos han alcanzado como media un 40,8% de mujeres.
- Sólo un 26% de mujeres ocupan las Secretarías de Estado.
- En el Consejo de Estado, la presencia de mujeres supone un 7%.
- En el Consejo Económico y Social, la presencia de las mujeres en su composición es de un 15%.
- Sólo un 11% de las Delegaciones de Gobierno están dirigidas por una mujer.
- En un 59% de los gobiernos de las comunidades autónomas se cumple el principio de presencia equilibrada de mujeres y hombres, aun cuando todavía hay seis gobiernos autonómicos que no llegan al 30%.
- En las alcaldías de las capitales de provincia el porcentaje de alcaldesas es del 19%, habiéndose incrementado en cuatro puntos con respecto a 2005.
- En el poder judicial la mayor presencia de mujeres la tiene el Tribunal Constitucional y el Consejo Fiscal, con un 17% respectivamente.
- El Tribunal Supremo actualmente tiene un 8% de mujeres.
- En cuanto a las organizaciones sociales, la representación de las mujeres en los órganos de gobierno de los partidos políticos mayoritarios ha descendido en líneas generales. El Partido Socialista es el único que cumple con el principio de presencia equilibrada entre mujeres y hombres, teniendo un 52% de mujeres en su comisión ejecutiva.
- En los sindicatos, sólo la Unión General de Trabajadores consigue la paridad con un 46% de presencia de mujeres en su comisión ejecutiva, seguida de Comisio-

<sup>12</sup> Definición según la Real Academia de la Lengua Española (22 Edición): Se introduce en el organismo por vía distinta de la digestiva, como la intravenosa, la subcutánea, la intramuscular, etc.

<sup>13</sup> Fuente: Asociación Themis: “**Las Mujeres y la Toma de Decisión** Informe 2007”  
<http://www.mujeresjuristasthemis.org/InforThemis07.pdf>.

nes Obreras con el 29%. La Unión Sindical Obrera, en comparación con 2005, ha experimentado un aumento, pasando del 13% al 25%.

- Las asociaciones empresariales analizadas tienen una mínima presencia de mujeres, oscilando entre un 0% y un 11%; sólo la Confederación de Cooperativas Agrarias de España cumple el principio de presencia equilibrada.
- El consejo de gobierno del Banco de España tiene un 18% de mujeres. Tanto en los bancos como en las cajas de ahorros la participación de mujeres en sus consejos de administración no alcanza el 25%.
- En relación a los consejos de administración de las empresas del IBEX 35 y las entidades empresariales analizadas, la presencia de mujeres es muy baja, no superando el 25%. En el 34% de la totalidad de las empresas del IBEX 35 la presencia es nula.
- En el 75% de las juntas de gobierno de las Reales Academias estudiadas, la presencia de mujeres es nula.
- En los medios de comunicación, la presencia de las mujeres en los consejos de administración de los grupos de comunicación es escasa, en la mitad no hay mujeres y sólo Vocento tiene el 25%.

### SABÍAS QUE:

**De acuerdo con el Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG)<sup>14</sup>, nuestro Estado ocupa el puesto 50 de los 136 países que proporcionaron información en 2004.**

**Y respecto al Índice de Potenciación de Género (IPG)<sup>15</sup>, nuestro Estado se sitúa en el puesto 15 de los 75 países que ofrecieron información en 2004.**

<sup>14</sup> El **Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG)** busca medir las desigualdades entre los hombres y las mujeres en las tres dimensiones analizadas desde el punto de vista del Índice de Desarrollo Humano:

- Disfrutar de una vida larga y saludable.
- Disponer de educación.
- Un nivel de vida digno.

Para ello, se tienen en cuenta los siguientes indicadores: esperanza de vida al nacer, nivel de desarrollo educacional y nivel económico de vida.

<sup>15</sup> El **Índice de Potenciación de Género (IPG)** busca medir las oportunidades de las mujeres en tres dimensiones básicas:

- Participación política.
- Participación económica y poder de toma de decisiones.
- Control sobre los recursos económicos.

Los indicadores que se utilizan son los siguientes: el porcentaje de mujeres y hombres en los escaños parlamentarios, el porcentaje de participación de mujeres y hombres en puestos administrativos y ejecutivos y el porcentaje de participación en empleos profesionales y técnicos.

Para más información, consultar <http://pnud.sc17.info/files/11%20Notas%20tecnicas.pdf>.

En definitiva, **en nuestro país, a pesar de los avances que se están llevando a cabo para la consecución de la igualdad efectiva de mujeres y hombres, hoy por hoy sigue siendo una sociedad patriarcal**, donde las esferas de poder a nivel político, económico y social están copadas por los hombres, ejerciendo un dominio sobre la sociedad en general y, especialmente, sobre las mujeres. Una sociedad donde la mitad de la población, por el hecho de haber nacido mujeres, sufre discriminaciones.

Para Marcela Lagarde, el **patriarcado se caracteriza por tres aspectos**.

- A) La **oposición entre el género masculino y el femenino**, asociada a la opresión de las mujeres y al dominio de los hombres en las relaciones sociales, normas, lenguaje, instituciones y formas de ver el mundo.
- B) **La ruptura y la rivalidad entre las propias mujeres**, basadas en una enemistad histórica relacionada con la competencia por los varones y la ocupación de los espacios que les son designados socialmente a partir de su condición de mujeres.
- C) El patriarcado se caracteriza por **su relación con un fenómeno cultural conocido como machismo**, basado en el poder masculino y la discriminación hacia las mujeres.

*“Para las feministas, cada mujer es la causa del feminismo. Cada mujer tiene el derecho autoproclamado a tener derechos, recursos y condiciones para desarrollarse y vivir en democracia. Cada mujer tiene derecho a vivir en libertad y a gozar de la vida”.*

**Marcela Lagarde, antropóloga feminista.** Catedrática en la Universidad Nacional Autónoma de México. Autora, entre otras publicaciones, de *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Edita: Horas y Horas, Madrid 2000).

El modelo de **sociedad patriarcal** permanece a lo largo de los años debido al proceso de socialización. Recordemos que la **socialización**<sup>16</sup> es un proceso de aprendizaje por medio del cual, la sociedad, a través de las y los **agentes de socialización**, transmite las creencias, los valores y los comportamientos dominantes de una determinada sociedad.

<sup>16</sup> Fuente: **Proyecto “Formación en Igualdad de Género”. Proyecto ITACA – Empleo e igualdad en clave local.** <http://www.equalitaca.org/portada/2004formaciguadad/info.pdf>.

A través de distintas normas y principios de socialización, las personas aprenden comportamientos masculinos o femeninos respondiendo a las expectativas sociales e interiorizando la justificación de la desigualdad en razón del género. Con respecto a lo femenino, a las mujeres se les socializa para que asuman posiciones de sumisión que se manifiestan a través de conductas de: dependencia, debilidad, sumisión, emotividad, falta de estimulación para desarrollar su capacidad cognitiva, represión sexual, y donde su principal razón de ser se justifica a través de la crianza de los hijos y del cuidado de los otros. Paralelamente, entre los estereotipos más difundidos en la construcción genérica de lo masculino, indican que los hombres representan autoridad, son seres libres que gozan de independencia, individualidad, racionalidad, objetividad, y sexualmente se les asigna un “deber ser”.

En el ámbito de la salud, estas desigualdades también se manifiestan. A continuación os presentamos las conclusiones del **informe “Salud y Género 2006: las edades centrales de la vida”** del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>17</sup>, donde se recogen algunas de dichas manifestaciones:

1. En 2006, **la esperanza de vida de las mujeres es de 83,8 años y la de los hombres de 77,2 años**, de modo que las mujeres viven 6,6 años más que los hombres.
2. Entre los 45 y 65 años las muertes prematuras son significativamente más altas entre los hombres que en las mujeres.
3. **La primera causa de muerte en personas maduras son los tumores (de mama en mujeres y de pulmón en hombres) y las enfermedades del sistema circulatorio.**
4. Entre los hombres destaca la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, la cirrosis y otras enfermedades del hígado, relacionadas con conductas de riesgo de mayor incidencia en los hombres, debido al modelo de socialización de género.
5. **La percepción de la salud es peor en las mujeres que en los hombres, refiriéndola como buena o muy buena el 54% de ellas y el 63% de ellos.**
6. Las maneras como manifiestan hombres y mujeres sus quejas son diferentes. Si bien el tipo de quejas crónicas es similar en ambos sexos, la frecuencia en las

<sup>17</sup> Fuente: **Informe “Salud y Género 2006: las edades centrales de la vida”** del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.  
<http://www.msc.es/novedades/docs/informeSaludGenero2006.pdf>.

mujeres es del doble al triple en todas las categorías principales (artrosis y problemas reumáticos, mala circulación, jaquecas, migrañas, dolores de cabeza y depresión).

7. Existen oportunidades de mejora en la atención a las enfermedades cardiovasculares en la mujer, tanto en relación con la percepción de riesgo de padecerla que tienen las mujeres como en las actitudes del personal sanitario de todos los ámbitos asistenciales para su identificación precoz y la optimización de su tratamiento.

8. En esta etapa de la vida se produce el **climaterio** que, dada la tendencia a equiparar ciclo vital con vida reproductiva, se ha interpretado como una situación de declive y pérdida de feminidad y funciones principales de las mujeres. Se debe evitar esta asociación y la medicalización de este periodo, ya que muchos de **los males-tares que se encuentran en ella se deben al proceso de la socialización de género recibida y no a los cambios biológicos.**

9. El aumento de la esperanza de vida de la población, sumado al descenso en la natalidad y el atraso de la emancipación de la juventud provocan que **gran parte del peso de cuidados en la sociedad**, tanto en el terreno productivo como reproductivo, recaiga sobre las personas maduras. Sin embargo, este peso **se distribuye de manera desigual en mujeres y hombres, lo que tiene importantes consecuencias para su salud.**

10. **La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (el 47% aproximadamente para el año 2006) no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres al espacio de la reproducción doméstica y del cuidado, y por lo tanto las mujeres están asumiendo la multiplicidad de roles y la doble o triple jornada laboral.** Estos roles de ama de casa, cuidadora de las personas dependientes y trabajadora remunerada suponen una sobrecarga de funciones que tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres.

11. Esta etapa de la vida suele coincidir también con la madurez profesional. En el análisis de uno de los campos profesionales, **el sanitario, se observa que, aunque su feminización es importante en los estudios universitarios y en los puestos de trabajo de categorías inferiores**, las mujeres están menos representadas que los hombres en puestos de responsabilidad y de mayor prestigio y remuneración.

Como ya hemos comentado, estas discriminaciones en el ámbito sanitario no se pueden explicar a partir de las diferencias ligadas al sexo biológico, sino que se relacionan con los roles y estereotipos de género.

## SABÍAS QUE:

**Los roles de género son el conjunto de papeles y expectativas diferentes para mujeres y hombres que marcan la diferencia respecto a cómo ser, cómo sentir y cómo actuar.**

“Los hombres son fuertes e inteligentes mientras que las mujeres son débiles, cariñosas y habladoras”...

“Llorar es de mujeres”.

“Los hombres son los que tienen que trabajar”.

“Conquistar es de hombres”.

“Las mujeres deben ser pacientes”...

“El hombre debe ser el cabeza de familia y el principal proveedor de la economía familiar”.

“La crianza de hijas e hijos es cosa de las madres”.

“Un chef o un modisto tienen más prestigio social y económico que una cocinera o modista”.

Fuente: Junta de Andalucía: *Guía para introducir la perspectiva de género y juventud*.

[http://www.juntadeandalucia.es/agriculturaypesca/desarrollo/documentos/manual\\_13.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agriculturaypesca/desarrollo/documentos/manual_13.pdf)

**Los estereotipos son un conjunto de características que se atribuyen a un grupo humano (su aspecto, su cultura, sus costumbres), que sirve de factor generalizador para categorizar a las personas, negando su identidad individual.**

### Los hombres son:

Independientes

Lógicos

Fuertes

Decididos

### Las mujeres son:

Dependientes

Sentimentales

Débiles

Indecisas

Fuente: *Europa perspectiva de género*. Carrefour Europeo.

**Dichos roles y estereotipos afectan a los patrones de vida.** En general, los hombres tienen conductas menos saludables respecto al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales) –aunque eso está cambiando en la población más joven, adoptándolas también las mujeres jóvenes–. Pero, por el contrario, practican más deporte y duermen más horas que las mujeres. Lo primero estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que se asumen desde los modelos tradicio-

nales de masculinidad. Lo segundo se derivaría de la falta de equidad en la distribución de los tiempos de trabajos productivo y reproductivo y de ocio y descanso entre hombres y mujeres.

**En cuanto al trabajo productivo, las segregaciones horizontal y vertical** dan lugar a que hombres y mujeres estén expuestos a diferentes riesgos físicos y psicosociales, y también a que obtengan diferentes salarios. Respecto **al trabajo reproductivo, la situación actual de inequidad en el reparto de los tiempos para los trabajos y para los cuidados** –tanto en el entorno privado como en el público– supone una sobrecarga física y emocional y un impacto en la salud de las mujeres, todavía cuidadoras principales.

### SABÍAS QUE:

**La segregación laboral** supone la concentración de la mano de obra femenina o masculina en determinadas ocupaciones o en determinados sectores productivos.

**La segregación horizontal o en sectores hace referencia a la existencia de actividades productivas muy feminizadas o masculinizadas.**

Por ejemplo, la construcción es un sector de clara presencia masculina y la sanidad o los servicios sociales están muy feminizados.

**La segregación vertical o en ocupaciones reconoce la existencia de una menor participación femenina en los niveles jerárquicos más altos.**

Por ejemplo, la dirección de grandes empresas es mayoritariamente masculina y en los empleos de tipo administrativo predominan las mujeres.

Además, la pertenencia a una minoría étnica, ser inmigrante, tener algún tipo de discapacidad, tener escasos recursos económicos..., son factores que suponen una doble o triple discriminación, que se añade a la de haber nacido mujer. Todos estos factores no se tienen en cuenta como sería lo deseado en los distintos programas de investigación y/o atención en el campo de la salud.

Por otro lado, **la información existente sobre algunos aspectos importantes en la salud de las personas, como la salud afectivo-sexual, es muy escasa**, y cuando existe, se refiere fundamentalmente a los aspectos más biológicos de la sexualidad y de la reproducción. Esta falta de información sobre los otros aspectos lleva a plantear la medicalización de situaciones que podrían ser meras variaciones de los patrones tradicionales de sexualidad.

Además, si tenemos en cuenta que **las enfermedades que más mortalidad producen en hombres y mujeres son las cardiovasculares y el cáncer, y, por otro lado, que dichas enfermedades presentan incidencias diferentes según el sexo, podemos concluir que la información existente sobre ellas y su atención es en general insuficiente.** En algunos casos, como el de la cardiopatía isquémica, sí que existe la suficiente información como para plantear actuaciones que mejoren la equidad de género en su atención. Pero, en general, se plantea la necesidad de realizar más estudios de género sobre estos problemas y de aplicar tanto el enfoque de género como la evidencia científica a las prácticas preventivas y asistenciales.

### SABÍAS QUE...

#### Los síntomas de un infarto son distintos para los hombres y mujeres.

En el caso del sexo femenino, entre **las principales señales se incluyen las náuseas, la fatiga y el dolor de hombros.**

Asimismo, es importante conocer que en las mujeres este tipo de trastorno suele darse más tarde que en los hombres: alrededor de diez años después de la menopausia.

En promedio, **las mujeres llegan una hora más tarde a la consulta médica, otro factor que les juega en contra** a la hora de evitar problemas mayores, o la muerte.

Entre las **medidas preventivas básicas debemos evitar el tabaco, practicar ejercicio de forma regular, al menos 30 minutos de actividad física varias veces a la semana, tomar una dieta sana que incluya frutas, vegetales, lácteos descremados, mantenerse dentro del peso adecuado** y, en caso de ser necesario, recurrir a hacerse **chequeos médicos** siempre, incluso de manera sólo preventiva –más aún si existen antecedentes familiares de enfermedad coronaria, diabetes o hiperten-

Además, no queremos dejar pasar la ocasión para poner de manifiesto que la violencia, causa de malestar social, tiene un claro patrón de género. Es un componente de la masculinidad hegemónica, que repercute negativamente en la salud de los hombres produciéndoles lesiones y discapacidades. Pero también tiene consecuencias en la salud de las mujeres. **La violencia de género, tanto por su magnitud como por su impacto sobre la salud mental y física de las afectadas y de sus hijos e hijas, se considera un tema prioritario de salud pública.** En el terreno sanitario se plantea

el desarrollo de instrumentos, como el protocolo común para la atención integral, y la necesidad de evaluar a medio y largo plazo el impacto de la Ley 1/2004.

### SABÍAS QUE:

De acuerdo con las conclusiones del estudio presentado en el **XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria** (Semfyc), casi **todas las mujeres víctimas de violencia de género acuden a los centros de salud como mínimo un año antes de ser diagnosticadas**. Van por trastornos inespecíficos como pueden ser dolores de cabeza, dolores musculares o insomnio; 8 de cada 10 sufren otras enfermedades asociadas y de éstas la mitad toma psicofármacos.

Fuente: *El País*, 25 de noviembre de 2008.

[http://www.elpais.com/articulo/salud/Diagnosticar/violencia/genero/elpepisa/20081125elpepisa\\_2/Tes/](http://www.elpais.com/articulo/salud/Diagnosticar/violencia/genero/elpepisa/20081125elpepisa_2/Tes/)

Para finalizar, podemos señalar que, ante las necesidades de salud de hombres y mujeres, la sociedad responde estableciendo políticas de salud y ofertando servicios, pero mujeres y hombres acuden con distinta frecuencia y por motivos diferentes a las consultas médicas y a los servicios de urgencias. También son hospitalizados y se les prescriben medicamentos de forma diferente.

### SABÍAS QUE:

De acuerdo con el **estudio dirigido por Pilar Carrasco, de la Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid**, las **mujeres españolas recurren más que los hombres a la automedicación**.

Para la autora principal del estudio, la causa de las diferencias entre mujeres y hombres radica en que las primeras “afrontan la enfermedad de manera diferente y tienen, quizás, una mayor facilidad para reconocer que tienen un problema de salud que los hombres”, aunque esto “está empezando a cambiar”.

Fuente: *Diario Público*, noticia publicada el 25 de marzo de 2008.

<http://www.publico.es/ciencias/062717/automedicacion/mujeres/antibioticos/alcohol/tabaco/farmacos/receta/medicamentos>

## EN CONCLUSIÓN<sup>18</sup>

La salud de mujeres y hombres depende de múltiples factores:

- Factores de riesgo congénito.
- Factores de riesgo ambiental.
- Percepciones sobre la enfermedad y medidas de prevención a realizar.
- Conductas relacionadas con la salud y con la muerte, tanto de la población como por parte de las y los profesionales de la salud.
- Sesgos de las y los profesionales de la salud respecto a cómo enferman mujeres y hombres y de qué enferman.
- Estilos de vida: ocio, trabajos realizados, tiempo dedicado a las distintas facetas de la vida o modos de afrontar el estrés de la vida diaria.

Todo ello está relacionado con el proceso de socialización de género que se produce en nuestra sociedad. Sociedad que, hoy por hoy, es patriarcal, lo cual supone la existencia de discriminaciones de género, es decir, las situaciones de desigualdad que viven las mujeres por el hecho de haber nacido mujeres.

<sup>18</sup> Fuente: **MUJER Y SALUD. FAMILIA, TRABAJO Y SOCIEDAD**, de M<sup>a</sup> Pilar. Sánchez López (Directora). Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2003.

## Para profundizar/Para saber algo más

### MUJERES AGOTADAS, HOMBRES DUROS<sup>19</sup>

#### El sexo influye en la propia percepción de la salud y en el uso de los servicios sanitarios

**Las mujeres viven más años que los hombres aunque, según su percepción, parece que peor.** Al menos así lo sugieren algunos estudios que han valorado la apreciación de la salud que tienen los hombres y mujeres. El último, realizado en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), concluye que, independientemente de la condición social o económica, el género afecta a la salud.

“Yo no tengo salud, me he pasado toda la vida trabajando a un ritmo muy fuerte, dentro y fuera de casa”, respondía una de las mujeres entrevistadas en el citado informe. Su conclusión es que, más allá de las diferencias biológicas, **los papeles asumidos por mujeres y varones en la sociedad y asignados en función del género influyen en la distinta percepción que se tiene de la salud.** Las mujeres, especialmente a partir de los 45 años, valoran peor que los hombres su estado de salud. “El 20% de los varones considera que su salud no es buena frente a un 40% de mujeres”, asegura María del Mar García Calvente, coordinadora del trabajo de la EASP.

**El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades sociales.** La Encuesta Nacional de Salud considera que la percepción de la salud, obtenida a través de las impresiones del individuo, proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud y es un reflejo de distintos factores sociales, ambientales y de diferentes estilos de vida que van más allá del sistema sanitario. Para Carme Borrell, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, esta medida subjetiva de la salud ha demostrado ser un buen *predictor* de la esperanza de vida, de las complicaciones asociadas a las enfermedades, de la mortalidad y de la utilización de servicios sanitarios.

Aunque la noción de salud ha evolucionado y se ha pasado de un concepto ligado a la ausencia de enfermedad y esto entenderlo como un bienestar, su percepción es muy subjetiva. “La salud es un estado de ánimo, un sentimiento que expresa cada individuo sobre sí mismo”, asegura García Calvente. La tendencia en los últimos

<sup>19</sup> Fuente: Artículo de *El País* aparecido en la edición del 8 de mayo de 2007.

[http://www.elpais.com/articulo/salud/Mujeres/agotadas/hombres/duros/elpepusocsa/20070508elpepisa\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/Mujeres/agotadas/hombres/duros/elpepusocsa/20070508elpepisa_1/Tes)

años apunta hacia una mejora en la percepción de la salud entre la población española, pero todavía hoy las mujeres con más de 45 años siguen teniendo una peor apreciación de su salud que los varones. Las diferencias, desvela un informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), se acentúan en función de la edad; así, en los mayores de 64 años, la percepción de mala salud es del 55,1% en los hombres y del 67% en las mujeres. En general, **las mujeres, independientemente de la edad, afirman tener peor salud que los hombres.**

Estas **diferencias entre hombres y mujeres no vienen dadas únicamente por las diferencias biológicas, sino principalmente por las desigualdades sociales y económicas que existen entre sexos.** Según Carme Borrell, están asociadas a los distintos roles que mantienen hombres y mujeres, de manera que **“las condiciones laborales están muy relacionadas con la salud”, y en las mujeres “la doble carga del trabajo fuera y dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre su salud”.** Las mujeres afirman tener un peor estado de salud, sufren limitaciones por problemas de salud con mayor frecuencia, padecen más trastornos crónicos y sobre todo trastornos como depresión, artrosis o problemas reumáticos. **“Otros trastornos son, en cambio, más prevalentes en los hombres, como el asma y las enfermedades del corazón”,** indica Borrell. Es un hecho, apunta Javier del Toro, que las mujeres padecen en mayor medida enfermedades crónicas que son más dolorosas, como lumbalgias o fibromialgias. “En mi consulta de reumatología más de un 80% son mujeres”, dice el reumatólogo del complejo hospitalario Juan Canalejo de La Coruña.

Esta idea de la salud hace que **las mujeres acudan con mayor frecuencia a los servicios sanitarios.** Este dato, señala García Calvente, “también puede explicarse porque se preocupan más por las enfermedades, debido al papel cuidador que tradicionalmente vienen desempeñando”. Así, hablan de una medicalización de sus condiciones de vida. Éste es el caso de Carmen, que vive una fuerte sobrecarga al cuidar de dos familiares y reivindica que no todo se cura con medicamentos. “¿De qué me sirve tomarme pastillas si no puedo descansar, si no puedo dormir...?” Según García Calvente, los servicios sanitarios de atención primaria se acaban convirtiendo en un “colchón del malestar” de las mujeres que “en muchas ocasiones no resuelven el problema. Sin embargo, en general, las mujeres están satisfechas con la respuesta de los servicios sanitarios”.

**¿Y los hombres? “Sobrevaloran su salud, responden al estereotipo masculino que les demanda la sociedad; duros y fuertes”,** apunta García Calvente. En realidad, los hombres se ocultan tras el estereotipo, aunque cuando enferman lo pasan mal. “No soy una persona que enferme mucho. Soy muy duro, pero cuando caigo me tengo que meter en la cama tres o cuatro días”, comentaba uno de los hombres que

participó en la encuesta de la EASP. Muy diferente de lo que respondió una de las mujeres: “Yo, fatal... Muy cansada, por no saber qué hará mi hijo, cuidar a mi madre..., son muchas cosas”.

Además, **cuando son preguntados sobre la vulnerabilidad a enfermar, hombres y mujeres responden que éstas son más débiles, pero también coinciden en que los varones toleran peor la enfermedad.** Dice Carme Borrell que muchos estudios han analizado si la vulnerabilidad de las mujeres se debe a que lo reconocen más o a que realmente se sienten peor. La respuesta implicaría una combinación de ambas opciones. “La salud es diferente porque existen factores biológicos que inciden sobre ella, pero también es desigual porque hay parámetros sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de hombres y mujeres”.

Y también se ha documentado que la salud percibida en función del género impacta en el mundo laboral. Según un informe del Observatorio de la Salud de la Mujer, en 2003, un 21,7% de los hombres declaró haber estado limitado en su actividad habitual durante más de 10 días en el último año, mientras que en las mujeres este porcentaje se situó en el 25,9%. Los datos muestran diferencias sobre la limitación de actividad en función de la edad, y sobre todo el absentismo laboral es mayor en las mujeres que en los hombres, en todos los grupos de edad.

Para García Calvente, **ambos estereotipos de género son negativos**, “tanto para hombres como para mujeres”. Las mujeres agotadas, de edad media y mayores, a la hora de hablar de su salud lo hacen desde el punto de vista de agotamiento. “Son un grupo heterogéneo: mujeres cuidadoras de personas dependientes, con doble jornada laboral o con duras condiciones de trabajo que describen su experiencia como un círculo vicioso, porque son situaciones que les roban su tiempo libre y les agotan de manera continua”. Los “duros” hombres, cuando hablan de su salud, se refieren a “excesos en el consumo de sustancias” y “tienen un modelo de vida centrada en el empleo”.

**Empleo, trabajo doméstico o clase social son determinantes en la percepción de la salud de hombres y mujeres.** Pero, según Javier del Toro, existe en las mujeres “una autoexigencia permanente” en todos sus actos diarios. “El nivel de autoexigencia de las mujeres es enorme. Siempre tienen que demostrar que son las mejores y que están capacitadas, sobre todo en el mundo laboral”. Y esto, reconoce, mantiene al organismo en un estado de tensión constante que altera la percepción de la salud y “acaba influyendo en las relaciones familiares, afectivas...”.

Y hay un último dato que da que pensar. Según un informe de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, las mujeres que viven en pareja perciben peor su salud:

(“Asumen un papel relevante en el mantenimiento y tratamiento de los que conviven en la casa”), mientras que las divorciadas o separadas tienen una percepción de la salud igual o superior a la de los hombres. Las razones están por determinar, pero parece que la separación refuerza a las mujeres.

### **La salud también va por barrios**

No todos los españoles tienen la misma percepción sobre su salud. Los peores, los canarios, los gallegos y los castellanomanchegos (el 32% de los varones y más del 41% de las mujeres). Los mejores, los de Castilla y León, Navarra, Aragón y la Comunidad Valenciana (24% y 30% en hombres y mujeres, respectivamente). “Siempre son las mujeres las que declaran una peor percepción de la salud”, dice Carme Borrell, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Los datos son de un informe del Observatorio para la Salud de la Mujer realizado por Maica Rodríguez, Paloma Carrillo y Carme Borrell, y muestran que, independientemente de las desigualdades entre individuos, “existen variaciones geográficas en los indicadores de la salud relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región”. Las comunidades del sur y oeste, como Canarias, Andalucía, Extremadura y Galicia, presentan peores resultados en salud, tanto relacionados con la salud percibida como en trastornos crónicos, sobre todo en mujeres. Este patrón se repite en algunos estilos de vida, como la obesidad y el sedentarismo. Por el contrario, las de mayor nivel socioeconómico, las del norte del país, como Navarra, La Rioja y Cantabria, presentan en general mejores indicadores de salud y estilos de vida.



## Las tres edades de la vida

Autor: Gustav Klimt (1905)

Museo: Galleria Nazionale d'Arte Moderna di Roma

Características: 180 x 180 cm

Material: Óleo sobre lienzo

En el centro de la escena podemos observar las tres edades de las mujeres. De frente y en primer plano aparece la madre, con su hija en brazos, apoyando su cabeza sobre la de su retoño. Tiene los ojos cerrados y gesto de ensoñación, al igual que la pequeña, cuyo sexo no podemos contemplar al estar su figura apretada contra la madre. Una anciana desnuda, de lado, con el rostro cubierto por el largo cabello, llevándose la mano izquierda hacia la cara, es la representación de la vejez.

## Para saber algo más

<http://www.artehistoria.jcyl.es/genios/cuadros/12242.htm>

## NUESTRA SALUD. CAMBIOS A LO LARGO DE NUESTRA VIDA

Existen tres edades: la cronológica, la biológica y la psicológica. Éstas se interrelacionan de tal forma que cada una influye en la otra de manera notable. Aunque en general sólo tenemos en cuenta la edad cronológica, es decir, el número de años que tenemos hasta el momento.

La edad biológica hace referencia al estado físico o desgaste corporal, y la psicológica a la edad con que uno se siente psíquicamente así como a los pensamientos y emociones habituales.

Es difícil analizar la vida de un ser humano como algo lineal, ya que en algunos casos hay etapas que se complementan o sobrepone (una adolescente puede ser madre o una mujer puede que experimente la maternidad a lo largo de su existencia). No obstante, distinguimos estas etapas generales en la vida de una mujer, con sus consecuentes cambios físicos y psicológicos:

### **Bebé**

Es sabido que en esta primera etapa se depende completamente de cuidadores para sobrevivir. Desde los primeros meses de vida, el bebé irá ampliando el repertorio de sus conductas a medida que interactúe con las personas que lo cuiden, estableciendo una relación especial con ellas. El tipo de vínculo que se desarrolla con la madre y el padre en el primer año de vida se verá reflejado en las relaciones que mantendrá con los demás en un futuro.

Uno de los primeros logros del bebé es la capacidad de diferenciarse de sus progenitores y reconocer los límites de su cuerpo. Esto constituirá la columna vertebral de su esquema corporal y su futura identidad. Al principio necesitará de ambos, madre y padre, para que sus gestos y llantos, que son su única manera de comunicarse, sean interpretados y sus necesidades, satisfechas de la mejor forma posible y con una respuesta rápida.

El contacto físico con sus cuidadores es de gran relevancia en esta etapa. Tiene que proveer un entorno de apoyo, para que el bebé pueda sentirse cómodo y pueda experimentar, y para ello los padres deben anticiparse y reconocer sus necesidades. Si siente que sus cuidadores lo satisfacen, podrá ser capaz de relacionar sus impulsos con sus funciones corporales, ayudando a desarrollar su propio ser.

El bebé interpreta todo lo que sucede a su alrededor a través de las distintas sensaciones que su cuerpo capta a través de los sentidos (diferencias térmicas, lumínicas, auditivas, separación del cuerpo materno, desplazamientos en el entorno). Hasta alrededor del año y medio de vida reconocerá el mundo exterior primordialmente a través de su boca, lo que se observa por su necesidad de llevarse todo tipo de objetos hacia ella.

A los dos o tres meses comienza a ser una persona totalmente distinta, encarando las relaciones sociales de otra manera. Se desenvuelve como si ya tuviera un sentido de sí mismo, en tanto cuerpo distinto y coherente.

Otro gran paso en esta etapa se relaciona con el logro de la niña y/o el niño en reconocer las líneas de parentesco y establecer lazos de afecto. Esto se relaciona primordialmente con las figuras de los cuidadores, que en ciertos casos puede no tener que ver con lazos de consanguinidad. Generalmente el bebé suele reconocerse en un primer momento como hijo/a de su madre/padre y más tarde entiende los demás lazos de parentesco. Este logro implica un gran salto en la conformación de la identidad, lo que permite reconocerse como miembro de un grupo social.

Después de los seis meses el bebé comienza con el destete. Se cree que cuanto mayor leche materna consuma en el tiempo, mejores defensas poseerá su sistema inmunológico. Por esta razón, a veces se sigue amamantando hasta los siete-ocho meses y en algunos casos más tiempo.

Alrededor de los ocho meses, cuando generalmente empiezan a gatear, suelen pasar por un período en el cual temen a las personas extrañas, lo que demuestra que poseen la capacidad para reconocer a las personas de su entorno.

Es cuando empiezan a caminar, al año aproximadamente, cuando se siente suficientemente seguro como para comenzar un conjunto de actividades exploratorias en el ambiente. Ya tiene las bases de su identidad formada y posee una base segura a quien remitirse (es decir, sabe que cuenta con un cuidador que está allí

para protegerlo, alimentarlo y cuidarlo). La niña o el niño desea experimentar por cuenta propia y para esto es necesario que se le permita ejercitar sus nuevas capacidades, teniendo siempre en cuenta que existen limitaciones. Es muy importante considerar los tiempos propios de cada niño/a.

Hasta el segundo año de vida, el desarrollo motor e intelectual se ve acelerado. Adquieren un mayor control de sus actos, la marcha y el lenguaje. Todos estos factores los proveen de una mayor independencia.

Con la adquisición del lenguaje, que aparece en torno al año y medio o dos años, llega la capacidad simbólica que les permite usar las palabras y jugar. También comienzan a razonar y a escuchar las explicaciones de los adultos, y esto les ayuda a tolerar mejor las demoras de sus satisfacciones. Empiezan a descubrir lo excitante que es explorar, el placer de descubrir y desarrollar nuevos comportamientos (nuevos juegos como el escondite). Hacen demostraciones abiertas de afecto, como abrazar, sonreír y dar besos, pero también son capaces de demostrar protesta, llorando, golpeando contra el suelo o gritando. Es muy común que en esta época prefieran estar con la familia que con personas extrañas, de los cuales suelen huir. La angustia de separación, que comenzó a los ocho meses, cesa a los dos años, momento en el que ya son capaces de entender que, aunque la madre no está presente, regresarán, y hasta pueden prever su regreso.

Aproximadamente, sobre los tres años y medio comienzan a experimentar a través de la manipulación de los objetos, período durante el cual suele gustarles jugar con materiales como la arena, el barro, arcilla, etc. A su vez, adquieren la capacidad para ir incorporando las reglas y normas de la sociedad. En un primer momento se aprenden las regulaciones de la familia y luego se extienden a otros grupos, y finalmente a la sociedad en su totalidad. De esta manera aprende que existe cierta manera de comportarse con los demás, que hay cosas que están permitidas (proscripciones) y cosas que están prohibidas (prescripciones). Poco a poco el niño/la niña empieza a entender que las personas que se hacen cargo de él esperan que se comporte de una determinada manera y no de otra.

No sólo aprende que los demás esperan de él ciertas conductas y que hay ciertas normas que debe obedecer, sino que descubre que él mismo puede crear reglas y modos de comportarse. Así, es común que pruebe un gran repertorio de conductas como manera de evaluar a los demás. Por ejemplo, utiliza la fuerza física para probar su propia capacidad para realizar movimientos corporales, desplazamientos, pero también para comprobar su poder sobre el entorno (progenitores, hermanos/as, amistades). Al mismo tiempo evalúa muchas otras cosas como, por ejem-

plo, el nivel de permisividad o rigidez de sus progenitores, sus expectativas, la forma de complacerlos, los niveles de jerarquía y roles dentro de la familia.

Con respecto a su papel sexual, las niñas y los niños lo van adquiriendo a través de la imitación, de las prohibiciones y recompensas. Su curiosidad por la anatomía del sexo es normal y sana. Es más, es necesario que su curiosidad sea saciada con las respuestas adecuadas a su edad, para que las niñas y los niños se desenvuelvan cómodos y felices en sus roles. Es hacia los dos años y medio que adquieren la **identidad de género**, y esto se observa en la elección de sus juegos y juguetes, que, a su vez están influidos por las costumbres sociales y culturales.

Los progenitores poseen la tarea de colmar las necesidades de sus hijas/os de manera sensible, pero también permitiendo que, gradualmente, se produzcan frustraciones óptimas. A su vez, la imposición firme de límites es fundamental para la crianza de las hijas e hijos, para que éstos aprendan las conductas aceptables y así estimular la independencia progresiva.

## Niñez

Se entenderá a niñez como el período que abarca de los tres a los doce años, etapa en la que se produce un importante desarrollo físico, emocional y de ingreso al grupo social más amplio.

La edad preescolar se extiende de los tres a los seis años. Es importante que la niña/el niño se adecue al sistema escolar, pero no se le debe exigir más allá de sus capacidades. Su lenguaje se va ampliando y ya puede utilizar frases completas. Utilizan más los símbolos y el lenguaje.

Son capaces de expresar sus sentimientos de amor, tristeza, celos, envidia, curiosidad y orgullo. Empiezan a preocuparse por personas de su entorno, dejan de sentirse el ombligo del mundo y empiezan a comprender el punto de vista de otras personas.

En esta etapa comienzan a distinguir entre lo real y lo fantaseado, principalmente a través de los juegos que realizan. Son frecuentes los juegos de personificación, en los que empiezan a reproducir roles. Esto les permite analizar situaciones reales de la vida cotidiana.

El dibujo también evoluciona en esta etapa, permitiendo ver el crecimiento del niño/niña. En el dibujo de una persona van agregando progresivamente el pelo, las

orejas, los brazos, las piernas, los dedos. Lo último en aparecer suele ser un torso proporcionado al resto del cuerpo.

Una cuestión muy importante en esta etapa es la de la diferenciación sexual, que se produce aproximadamente a partir de los tres años. Aparece un sentimiento de curiosidad sexual creciente. Las niñas y los niños atraviesan por un período de discriminación de las diferencias entre los sexos (distinción de géneros). Cada uno/a reconoce en el otro/a una diferencia.

Al final de esta etapa distinguen entre lo que quieren y lo que deben hacer, logrando conseguir poco a poco un sentimiento moral de lo bueno y lo malo. Las niñas y los niños entienden las normas como creadas sin ningún motivo (“porque sí”). No entienden los dilemas morales. Aprenden que existen los límites, y que toda mala acción será castigada. Aún así, el castigo en exceso es contraproducente. Además, irán adquiriendo progresivamente el sentido de responsabilidad, seriedad y auto-disciplina.

Alrededor de los seis años comienzan a participar de la comunidad escolar, un contexto organizado, con normas diferentes, en ocasiones, a las del propio hogar. En esta etapa cobra importancia la interacción y relación con sus compañeras y compañeros, ya que comienza a buscar un sentimiento de pertenencia y de aceptación de los otros. Estas relaciones pueden llegar a ser consideradas incluso más importantes que las de su ámbito familiar. Suelen preferir rodearse de personas de su mismo sexo.

Paulatinamente pasan del juego solitario (en la mitad de la edad preescolar), en el que juegan por separado sin interactuar con el resto, a un juego reglado en el que se tiene en cuenta al otro/a y se respetan las reglas del juego, sin querer impartir las propias. No obstante, es necesario que se le deje realizar juegos solitarios o en compañía de libros, películas e, incluso, la televisión en ciertos momentos.

El lenguaje lo comienzan a utilizar para transmitir ideas complejas. Adquieren la capacidad de concentración a los nueve o diez años y cambian la fantasía de lado por la exploración lógica. Pueden, también, entender la relación entre los hechos, que una cosa puede convertirse en otra (por ejemplo, que una bola de plastilina se puede convertir en un bastón y seguir teniendo la misma cantidad de plastilina), y volver a su estado original (como el agua y el hielo).

Un logro primordial en esta etapa es el de organizar y ordenar las cosas del mundo circundante. La experiencia escolar representa un mundo muy importante, con metas

propias, frustraciones y limitaciones. En la educación primaria se asientan las bases estructurales, herramientas que les permitirán a niños y niñas desenvolverse en el plano concreto, para luego, en la educación secundaria, aprender a manejarse mediante la abstracción.

En esta etapa, vamos adquiriendo la capacidad de trabajar y la mayoría de las destrezas adultas. Aprende que es capaz de hacer cosas, de dominar y de concluir una tarea. Igualmente, es necesario no poner un énfasis excesivo en las normas y obligaciones, ya que esto puede causarle un desarrollo del sentido del deber en detrimento del deseo natural de trabajar.

## Adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, la cual se caracteriza por profundos cambios del desarrollo biológico, psicológico y social.

La adolescencia se divide, arbitrariamente, en tres etapas:

- Pubertad: entre 12 y 14 años.
- Adolescencia media: entre 15 y 16 años.
- Adolescencia tardía: entre 17 y 20 años.

Las características de cada etapa pueden variar de un sujeto a otro. La adolescencia es un período primordialmente de duelos. Se produce la pérdida del cuerpo infantil, de los roles infantiles y de la identidad propia. Durante esta etapa el adolescente lucha por la construcción de su realidad psíquica, por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo exterior y por su identidad.

La actividad hormonal produce ciertas manifestaciones en la pubertad. Lo característico de este período es el desarrollo de los órganos reproductores y los genitales externos. En las chicas se produce el crecimiento de los pechos y ensanchamiento de las caderas, y aparece el vello facial y el cambio de la voz en los chicos. Este cambio hormonal también afecta al funcionamiento del sistema nervioso central, afectando a factores como el humor y el comportamiento.

La adolescencia es un periodo donde se reactiva la energía sexual, que permaneció latente durante la niñez. En la adolescencia media es frecuente que existan respuestas sexuales y experimentación con distintos roles sexuales. La masturbación se convierte en una actividad normal, tanto para las chicas como para los chicos. Es común que se produzcan enamoramientos desorbitados hacia personas del otro

sexo, generalmente inalcanzables. También es posible que en la adolescencia media se tengan relaciones homosexuales, pero de forma transitoria. Los estudios estadísticos indican que la mayoría se inician en las relaciones sexuales aproximadamente a los 16 años.

En la adolescencia se produce el duelo de la identidad, lo que provoca una lucha interna. Se entiende la identidad como el ser uno/a mismo/a en tiempo y espacio, en relación con el resto y con una/o misma/o. Es el sentimiento de seguridad sobre sí mismo. La confusión de la identidad, lo cual es característico de la adolescencia, se refiere a la imposibilidad de desarrollar una idea de sí mismo de forma coherente. Parte de la resolución de la crisis de identidad consiste en pasar de ser dependiente a ser independiente. Es frecuente que los progenitores y sus hijas e hijos adolescentes discutan sobre la elección de amistades, pandillas, planes de estudio y temas relacionados con la filosofía, política..., modo a través del cual se afianza la propia identidad.

Durante la adolescencia también se producen cambios en el pensamiento. Es el momento en el que empieza a existir un pensamiento lógico formal, el cual les permite pensar en ideas y no sólo en objetos reales (característico de la infancia). Este tipo de pensamiento permite al sujeto la capacidad de reflexionar. Existe un interés por las ideas, la lectura, siendo normal que discutan ideas e ideologías en su grupo de iguales (amigas-amigos, compañeras-compañeros).

A partir de este nuevo tipo de pensamiento formal, nos incorporamos al mundo adulto, empezamos a programar nuestro futuro y reformulamos el mundo donde nos toca vivir. También nos permite incorporarnos a la sociedad y tenemos un mayor dominio de nuestros impulsos.

En este momento, muchos adolescentes muestran una destacada creatividad, que expresan por medio de la música, el arte y la poesía. La creatividad también puede expresarse en el deporte, y en el mundo de las ideas, discutiendo, reflexionando, por ejemplo, sobre moral, religión, ética, labores humanitarias.

Otra característica que explica el comportamiento adolescente es el ascetismo, el cual se manifiesta en la captación de grandes ideales y la renuncia a los placeres corporales. Esta es una forma en que el adolescente controla y elabora las pérdidas de esta etapa.

El grupo de compañeras y compañeros en la adolescencia es un fenómeno esperable. Durante la adolescencia se cuestiona el núcleo de pertenencia familiar por la necesidad de buscar nuevos núcleos de pertenencia que definan la propia iden-

tividad. El grupo de pares le permite al adolescente la apertura hacia lo no familiar, dándose el espacio para el duelo por el rol infantil. Es un momento donde intentamos ser libres, aunque todavía dependemos de nuestros progenitores. Además, nuestra autoestima va a depender de lo que opinen las personas que tenemos a nuestro alrededor, sobre todo de nuestras amistades, y puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de conducta.

En la adolescencia media, el desarrollo físico ha concluido, y falta realizar la integración con la sociedad. En este momento se empieza a tener fuerza personal y no sólo grupal.

A medida que va pasando el tiempo, comenzamos a mezclar valores de fuentes diversas con los propios valores personales. A comienzo de la edad adulta se ha establecido una nueva conciencia o “superyo” que debe ser capaz de cambiar y crecer para acomodarse a las nuevas situaciones de la vida. Cuando la adolescente o el adolescente comienza a sentirse independiente de su familia, y ésta lo apoya, empiezan a encontrarse respuestas a preguntas como “¿Quién soy?” y “¿A dónde voy?”.

Ser padre/madre de adolescentes implica, además de tener que enfrentarse a la tormenta que acompaña el desarrollo de esta etapa, verse obligados a realizar adaptaciones en el trabajo, en su matrimonio y en relación a sus propios padres, ya que suelen estar atravesando por la adultez tardía. Esta necesidad de independencia de la familia por parte del adolescente genera en madres y padres mucha ansiedad, comportándose éstos de manera controladora. Además, la fuerte sexualidad de sus hijas e hijos genera ansiedad en los padres.

En la adolescencia tardía se produce la elección de la profesión, la cual es consecuencia de la pregunta de “¿Hacia dónde voy?”. Las y los adolescentes tienen que tratar con la influencia de sus compañeros, madre-padre, profesorado y su propio deseo para decidir su vocación.

El final de la adolescencia se produce cuando el sujeto empieza a desarrollar y asumir tareas propias de la persona adulta joven, como por ejemplo la elección y responsabilidad de un trabajo, el desarrollo del sentido de intimidad (que más tarde va a conducir a las relaciones en pareja y, posiblemente, a la maternidad/paternidad). Se produce el reconocimiento del sí mismo como un ser adulto.

## Juventud

Comienza hacia el final de la adolescencia (20 años) y llega hasta los 40 años. En este momento se alcanza el apogeo biológico, se asumen los roles sociales más importantes y se empiezan a establecer relaciones sociales más serias en el ámbito laboral y en el personal. Es la etapa en la que predomina el proceso de individuación. Es decir, se logra la independencia y autonomía en varios planos. La persona adulta es alguien capaz de verse a sí mismo como un individuo autosuficiente que forma parte de la sociedad.

La primera etapa representa el puente de desarrollo entre el mundo adolescente y el mundo del adulto. Un tema clave es la separación de la familia de origen, que conlleva la mudanza del hogar, se incrementa la independencia económica y se emprenden nuevos roles más responsables. Simultáneamente surge la necesidad de disminuir la dependencia emocional de los progenitores y aumenta progresivamente el compromiso con el sexo opuesto. Para poder formar una pareja es necesario que surja la necesidad de complemento, así como también debe existir cierta capacidad para proyectarse en el otro sin fusionarse y perder la individualidad.

La primera década comprende un período de exploración y prueba de alternativas (de vocación, pareja, etc.). Se empieza a trabajar o a estudiar en la universidad, por ejemplo, pero las elecciones que se realizan son tentativas y aún no implican un compromiso definitivo.

Para la mayoría de las personas jóvenes adultas, el hecho de elegir una pareja y crear una familia es otro de sus objetivos. La pareja debe establecer su territorio con independencia de la influencia de las familias de origen. La paternidad y maternidad son uno de los desafíos más importantes de esta etapa. El nacimiento de una niña o un niño representa la convergencia de dos familias y crea abuelas-abuelos y tías-tíos por ambos lados de las familias de origen. Al adquirir el nuevo rol de padres disminuye su rol de hijas e hijos y se consolidan como personas adultas. Por otro lado, el cuidado de las hijas e hijos pequeños puede generar conflictos en cuanto a cómo compatibilizar el desarrollo de la carrera profesional con la maternidad o la paternidad.

Hacia los 30 años surge la necesidad de tomar la vida más seriamente. Las personas comienzan a afianzarse en el campo laboral y están en pleno desarrollo profesional. Los proyectos esbozados al comenzar la carrera empiezan a concretarse. Es una época de crecimiento personal y profesional. El trabajo permite desarrollar habilidades, cumplir con responsabilidades individuales y sociales, pero al mis-

mo tiempo contribuye a situar a la persona en relación con los demás, definiéndolo socialmente.

En la adultez temprana predomina el pensamiento operativo, dispuesto a ejecutar decisiones de profundas proyecciones hacia el futuro. Pero hacia los 35 años se va tornando más reflexivo, y empiezan a aparecer los primeros atisbos de lo ya decidido y logrado. Frecuentemente, como producto de esta evaluación se realizan grandes cambios como son los divorcios, los cambios de ocupación, etc.

Ya hacia el final de la etapa, rondando los cuarenta, aparece un fuerte sentimiento de compromiso en todos los planos (conyugal, familiar y profesional). Es un momento de asentamiento y consolidación. Se lucha por progresar en lo que se ha comenzado en etapas anteriores. Se intenta construir una vida mejor, utilizar las propias habilidades, perfeccionarse en el área laboral y contribuir a la sociedad. Se desea reconocimiento, pero al mismo tiempo libertad. Es la época en que se guía a generaciones futuras, sobre todo a través del rol activo de la paternidad y maternidad.

## **Adultez**

Este período se extiende entre los 40 y los 65 años y es un momento de transición, de replanteo de la vida y duelo por varias pérdidas. Constituye una etapa estresante para la mayoría de las personas, pero llena de oportunidades de seguir creciendo y desarrollándose. Se ha alcanzado la cumbre vital, por lo que se cuenta con una gran cuota de poder y madurez.

Es un tiempo de búsqueda dentro del alma, de cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados a lo largo de la vida. Una vez que se ha hecho el balance acerca del tiempo vivido, nuevamente se realizan elecciones. Muchas veces, éstas están definidas por eventos más o menos traumáticos como divorcio, enfermedad, cambio de ocupación.

Se desarrolla un sentido de urgencia de que el tiempo se está acabando, y al mismo tiempo se toma conciencia de la propia mortalidad. De manera que el “cómo” y “en que” se invierte el tiempo se convierte en un asunto de gran importancia.

En el plano biológico se produce un estancamiento en el desarrollo y la capacidad

funcional. El cuerpo está más cansado y los cambios fisiológicos que se empiezan a manifestar pueden tener efectos dramáticos sobre el sentido que la persona tiene de sí misma. Muchas personas no pueden ver el paso del tiempo con naturalidad y hacen esfuerzos dramáticos por parecer jóvenes.

Las mujeres entran en la menopausia y los hombres también ingresan en el climaterio, pero el cambio en su cuerpo y psiquismo es, aparentemente, mucho menos brusco.

Simultáneamente, aumentan las demandas y exigencias en otros planos. En muchos casos aparece lo que se conoce como **“síndrome de nido vacío”**, que se produce cuando la hija o el hijo menor se independizan y los padres sienten la casa deshabitada. Y por otro lado, se suma el cuidado de los propios padres que han envejecido y algunos enferman. Junto con el cuidado de nietas y nietos. Estas responsabilidades suponen además mayores gastos económicos.

La cercanía de la muerte se hace presente. Se descubre que la muerte es inevitable y no puede eludirse. Lo decisivo será la manera en que cada uno pueda enfrentarse a su destino. Mientras algunos son conscientes de su finitud, otros prefieren evadirla. Quienes sean capaces de elaborar la muerte aprovecharán esta etapa para construir estructuras perdurables en el tiempo.

Llegada la edad media, con su consabida crisis de finitud, el pensamiento se hace más relativo. La conciencia de finitud lleva al balance de lo vivido. Las personas suelen plantearse la manera en que se ha empleado el tiempo vivido. Cuanto menos satisfactorio haya sido, más profundo será el repudio hacia sí mismos.

La pérdida del cuerpo joven, la nueva responsabilidad de cuidar a personas mayores y de guiar a la generación futura inducen a la gran mayoría a hacer una revisión del pasado. Se analiza cómo ha transcurrido la propia vida y cómo se quiere continuar.

Esto sucede en varios aspectos, tanto en la vida en pareja como en la actividad laboral. Es frecuente la sensación de que las expectativas que uno se había propuesto no han sido alcanzadas, lo que conduce muchas veces a un replanteo en el estilo de vida seguido hasta el momento.

Pero así como se analizan los tiempos pasados, también se construyen planes para el futuro. Se hace un balance de lo vivido hasta el momento y se cuestiona cómo continuar la propia existencia. Aparece, también, la necesidad de recuperar el tiempo perdido y vivir los años que quedan de una manera distinta.

## Vejez

Comienza, aproximadamente, a los 65 años y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general, se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo. La mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas).

Es importante lograr hacer un balance y tener presente la proximidad a la muerte. En la tercera edad es importante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido. Por otro lado, debemos estar dispuestas y dispuestos a defender la dignidad de nuestro propio estilo de vida contra todo tipo de amenazas físicas y/o económicas.

El duelo es una de las tareas principales de esta etapa, ya que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amistades, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de estatus laboral y la merma de la salud física y de las habilidades personales.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar del tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otras es un momento de estrés, especialmente ante la pérdida de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Si se ha sido incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a las y los más jóvenes, entonces no es extraño que resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte. Estas personas se muestran desesperadas y temerosas ante la muerte, y esto se manifiesta sobre todo en la incapacidad por reconocer el paso del tiempo. No lograron renunciar a su posición de autoridad y a cerrar el ciclo de productividad haciendo un balance positivo de la vida transcurrida.

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuela y abuelo. La partida de la hija o el hijo y la llegada de la nieta o el nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol conlleva la idea de perpetuidad. Cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares: se transmite el pasado, la historia familiar.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de una o uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda.

## Para profundizar/Para saber algo más

### DISCRIMINACIONES EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA<sup>20</sup>

#### Feticidio e infanticidio

La discriminación de género comienza pronto. Las técnicas modernas de diagnóstico del embarazo han hecho posible que se determine el sexo del bebé en su fase más temprana. En aquellos lugares donde existe una clara preferencia económica o cultural por los varones, el uso inadecuado de estas técnicas puede facilitar el feticidio femenino.

Aunque no existen pruebas concluyentes que confirmen este uso incorrecto e ilegal, el historial de nacimientos y los datos del censo revelan que en Asia hay una cifra desproporcionada de nacimientos de varones así como de niños menores de cinco años, sobre todo en China y en la India, lo que sugiere la existencia de feticidios e infanticidios selectivos por género en los dos países más poblados del mundo, a pesar de las iniciativas para erradicar estas prácticas en ambos países.

#### La etapa media de la infancia

Una prioridad en la etapa media de la infancia y la adolescencia es la de asegurar el acceso y desarrollo completo a una educación primaria y secundaria de calidad. Salvo escasas excepciones, en su mayoría son las niñas quienes sufren las mayores desventajas educativas.

**Educación primaria.** De cada 100 niños sin escolarizar, hay 115 niñas en la misma situación. Aunque la brecha de género se ha ido cerrando a un ritmo constante en las últimas décadas, aproximadamente 1 de cada 5 niñas que se matriculan en la escuela primaria no llegan a finalizarla.

A las niñas que no reciben una educación primaria se les está privando de la oportunidad de desarrollar toda su capacidad en cualquier aspecto de sus vidas. (...)

<sup>20</sup> “Discriminación de género a lo largo del ciclo vital”, en *Estado Mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia: El doble dividendo de la igualdad de género*, elaborado por UNICEF.  
<http://www.unicef.org/spanish/sowc07/press/gender.php>

**Educación secundaria.** Unas recientes estimaciones de UNICEF indican que el promedio de niñas que acuden a la escuela secundaria en los países en desarrollo es sólo del 43%. Hay múltiples razones para ello. Puede que, sencillamente, no exista ninguna escuela secundaria a la que las niñas puedan asistir, ya que muchos países en desarrollo y donantes se han esforzado tradicionalmente en ofrecer una educación primaria universal y no destinan fondos para aumentar la matriculación y asistencia en la educación secundaria. También existe la posibilidad de que los progenitores de una niña digan que no pueden permitirse el que su hija reciba una educación secundaria o adopten la postura de que el matrimonio debería ser el límite de las ambiciones de su hija.

La educación secundaria tiene múltiples beneficios para las mujeres, niñas y niños. Es muy eficaz para retrasar la edad del primer parto de una joven y aumentar su libertad de movimientos y la salud materna. También fortalece el poder de negociación de las mujeres en la familia y es un factor crucial a la hora de ofrecer a las mujeres oportunidades económicas y participación política.

## Adolescencia

Entre las mayores amenazas para el desarrollo en la adolescencia se encuentran el maltrato, la explotación y la violencia, y la falta de formación fundamental sobre la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH/SIDA.

**Mutilación/ablación genital de la mujer y la niña.** La mutilación/ablación genital de la mujer y la niña supone la extirpación parcial o total, u otras lesiones, de los órganos genitales femeninos, pero no por razones médicas sino culturales. La práctica de la mutilación genital se produce principalmente en países de África subsahariana, Oriente Medio, África del norte y algunas partes del sudeste de Asia. Se calcula que, en la actualidad, entre las mujeres y niñas vivas hoy en día, más de 130 millones han sufrido mutilación genital. Esta práctica puede tener graves consecuencias para la salud, como problemas de cicatrización, una mayor propensión a infectarse con el VIH, complicaciones durante y después de los partos, enfermedades con procesos inflamatorios e incontinencia urinaria. Las hemorragias graves y las infecciones pueden provocar la muerte.

**Matrimonio infantil y maternidad o paternidad prematuras.** Se entiende por matrimonio infantil o prematuro aquellos matrimonios o uniones donde uno o ambos contrayentes son menores de 18 años. El 36% de las mujeres del mundo que tienen de 20 a 24 años se casaron o se unieron a sus parejas antes de cumplir los 18 años,

sobre todo en el Asia meridional y África subsahariana. En las zonas donde se practica, el matrimonio infantil es una tradición tan arraigada que resulta casi imposible protestar contra ella. Los progenitores suelen permitir el matrimonio de sus hijos e hijas por necesidades económicas, o porque creen que, en el caso de las hijas, las protege de asaltos sexuales y embarazos fuera del matrimonio, aumenta sus años fértiles o les asegura la obediencia a sus maridos en el hogar.

El embarazo y maternidad prematuros son una inevitable consecuencia del matrimonio infantil. Alrededor de 14 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz todos los años. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años, la probabilidad de que su bebé muera en el primer año de vida es un 60% mayor que la de un recién nacido de una madre de 19 años. Incluso si el bebé sobrevive, existe una mayor posibilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición y de un retraso en el desarrollo físico y cognitivo.

**Abuso sexual, explotación y trata.** Cuanto más jóvenes son las jóvenes en su primera relación sexual, más probabilidades hay de que hayan sido forzadas a ella. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud, 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años sufrieron en 2002 relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia física y sexual. En algunos países, la inexistencia de una edad mínima de consentimiento para las relaciones sexuales y el matrimonio expone a los niños y niñas a la violencia de su pareja.

Se calcula que 1,8 millones de niños y niñas están atrapados por el comercio sexual. A muchos se les fuerza a ello, bien porque sus paupérrimas familias los venden como esclavos, bien porque se les rapte para ser sometidos a la trata en burdeles u otro tipo de explotación. Las niñas y niños sometidos a explotación en la industria comercial del sexo están sujetos al abandono, la violencia sexual y el maltrato físico y psicológico.

**Salud sexual y reproductiva.** Puesto que el sexo sin protección conlleva el riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual, incluida la del VIH, es muy importante para su seguridad que la juventud esté informada estén informados de la salud sexual y reproductiva.

Es obvio que sólo con la información no se puede proporcionar protección pero, desde luego, es un primer paso. Sin embargo, los adolescentes de todo el mundo siguen teniendo un conocimiento muy limitado de los asuntos de salud reproductiva y de los riesgos que corren.

**VIH/SIDA.** En 2005, casi la mitad de los 39 millones de personas que vivían con el VIH eran mujeres. En lugares del Caribe y África, las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años son seis veces más propensas a infectarse que los jóvenes de su edad.

Las mujeres corren un riesgo mucho mayor que los hombres de contraer el VIH. Una de las principales explicaciones es fisiológica: las mujeres tienen, por lo menos, el doble de probabilidades que los hombres de infectarse con el VIH durante el acto sexual. El otro factor decisivo, y en gran medida reversible, es el social: la discriminación de género deniega a las mujeres el poder de negociación necesario para reducir su riesgo de infección. La alta tasa de analfabetismo entre las mujeres impide que conozcan los riesgos de la infección por VIH y las posibles estrategias de protección. Un estudio realizado en 24 países de África subsahariana revela que dos tercios o más de las jóvenes carecen de una información completa sobre la transmisión del VIH.

El dramático aumento de la infección entre las mujeres eleva el riesgo de infección entre los niños y niñas. Los bebés se infectan a través de la madre durante el embarazo, el parto o la lactancia.

En 2005, más de 2 millones de niños y niñas de 14 años o menos vivían con VIH.

## **Maternidad y edad madura**

Cuando se combinan los efectos perniciosos de la pobreza y la desigualdad, los dos periodos clave en la vida de muchas mujeres son la maternidad y la edad madura.

**Mortalidad derivada de la maternidad.** Se calcula que más de medio millón de mujeres –una mujer por minuto–, aproximadamente mueren al año como resultado de las complicaciones durante el embarazo o el parto.

Aproximadamente el 99% de todas las muertes por causas derivadas de la maternidad se producen en los países en desarrollo, y más del 90% en África y Asia. En 2002, dos tercios de las muertes derivadas de la maternidad se produjeron en 13 de los países más pobres del mundo. Ese mismo año, sólo la mortalidad materna de la India representó la cuarta parte de toda la mortalidad materna mundial. Una de cada 16 mujeres de África subsahariana morirá como consecuencia del embarazo o el parto, mientras que en los países industrializados el porcentaje es de sólo 1 de cada 4.000.

Por otra parte, los recién nacidos que se quedan sin madre tienen de tres a diez veces más probabilidades de morir que los recién nacidos cuyas madres han sobrevivido al parto.

Muchas de las vidas de estas mujeres se podrían salvar si tuvieran acceso a una atención básica de la salud que incluya personal preparado en todos los partos y atención obstétrica de urgencia para mujeres que presenten complicaciones.

## **Las mujeres en la vejez**

Las mujeres mayores suelen sufrir la doble discriminación de género y de edad. Las mujeres tienden a vivir más años que los hombres, carecen generalmente del control de los recursos económicos familiares y a veces tienen que afrontar la discriminación de las leyes de la herencia y de la propiedad.

Muchas mujeres mayores están sumidas en la pobreza en un momento de sus vidas en el que son muy vulnerables.

Sólo unos pocos países en desarrollo disponen de redes de seguridad para personas mayores en forma de pensiones no contributivas o sujetas a la verificación de recursos.

Las abuelas en particular poseen un gran conocimiento y experiencia de todo lo relacionado con la salud y el cuidado materno e infantil. En muchas familias, las abuelas son el principal apoyo para las madres y padres trabajadores en lo que al cuidado de los niños y niñas se refiere.

La experiencia ha mostrado que aquellos programas que tratan de beneficiar a los niños y las familias que incluyen, también, a las mujeres mayores, repercuten en el progreso de los derechos de la infancia.

## EJERCICIO DE REFLEXIÓN

### LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, UN DERECHO UNIVERSAL

*El País*. 28 de noviembre de 2008

Con la reforma del artículo 416 del Código Penal y la aprobación a finales de 1978 de la Constitución democrática, actualmente vigente en España, se despenaliza ese año el empleo de la píldora como método anticonceptivo. Hasta entonces, y desde 1964, sólo estaba oficialmente autorizada para “regular el ciclo menstrual”. Así, en este país se separan por vez primera los conceptos de sexualidad y procreación, fenómeno que ya habían experimentado otros Estados europeos desde la introducción en 1961 en el Berlín Oeste (Alemania) de este medicamento, considerado por algunos sociólogos como “la gran revolución del siglo XX en la liberación de la mujer, asimilable a la consecución del voto femenino”.

*Se cumplen 30 años de píldora en España y 47 en otros países de Europa. Las conferencias de El Cairo (1994) y Pekín (1995) supusieron un gran espaldarazo en la defensa de los derechos reproductivos.*

Las distintas sociedades científicas españolas relacionadas con esta materia (de Ginecología y Obstetricia -SEGO-, de Contracepción -SEC- y de Fertilidad -SEF-) subrayan la eficacia y seguridad de este procedimiento, al tiempo que señalan que se ha ido adaptando a las necesidades de la nueva mujer en cuanto a que se ha reducido su composición hormonal y tiene también presente otros beneficios adicionales a la salud y el bienestar, como evitar el aumento de peso.

Se cumplen así 30 años de historia de la píldora anticonceptiva en España y 17 más en otros países europeos (sólo un año antes que en Berlín, en 1960 se había comercializado en Estados Unidos y por primera vez en el mundo). Esta mayoría de edad se refleja en que es el método anticonceptivo más usado en Europa. Francia lidera el ranking con un empleo cercano al 50%, en tanto que en España se sitúa alrededor del 20%. Esta lenta expansión se justifica por la tardanza en la legalización y las resistencias de ciertos grupos de presión, de ahí que la media de uso española sea sensiblemente inferior a la europea.

### Separación entre sexualidad y procreación

Si la píldora ha logrado separar los conceptos de sexualidad y procreación en los países desarrollados, el panorama no es tan halagüeño en los países pobres y en vías de desarrollo. Ni tampoco lo han conseguido métodos tan sencillos, accesibles,

seguros y sin ninguna contraindicación como el preservativo, que, correctamente empleado, no sólo ayuda a prevenir embarazos no deseados, sino también todas las infecciones de transmisión sexual.

Con una vocación claramente solidaria hacia los más desfavorecidos nació en marzo de este año el llamado Proyecto RHM (*Reproductive Health Matters*), que se extenderá hasta marzo de 2011. Esta iniciativa pretende que el derecho a la salud sexual y reproductiva sea universal, como lo son el derecho a la dignidad humana o a la libertad, según se recoge, en 1948, en la Declaración de Derechos Humanos de Naciones Unidas, que este año conmemora su 60 aniversario.

En el Proyecto RHM están involucrados cinco países europeos: Alemania, Austria, España, Polonia y Países Bajos, con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre éstos destacan la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y la lucha contra el sida. Para ello, diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG) de los cinco países participantes se han comprometido a sensibilizar ante este problema a autoridades, medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto.

### **Federación de Planificación Familiar Estatal**

Por España encabeza esta responsabilidad la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), que desde 1990 realiza Actividades de presión política, especialmente con parlamentarios y con las distintas Administraciones para que “el acceso a la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sean una realidad no sólo para los españoles, sino para todos los habitantes del planeta”. La FPFE, que está integrada en la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés), <http://www.ippf.org>, ha intervenido en hitos como la creación en 1992 del Plan Estratégico *Visión año 2000* o la redacción de la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, aprobada en 1995 por el consejo central y la asamblea de miembros de IPPF, que define el marco ético de actuación para las 180 asociaciones afiliadas.

Un año antes se había producido un acontecimiento muy relevante: la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (Egipto), organizada por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, según las siglas en inglés), en la que se definió el marco de la salud sexual y reproductiva. En total convergencia con la definición de salud humana por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Conferencia de El Cairo consideró que la salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema repro-

ductivo”, al propio tiempo que definió la salud sexual como “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

Además, en 1995 se celebra en Pekín (China) la Conferencia Mundial sobre las Mujeres, donde se reafirman los acuerdos de El Cairo y se establecen unos protocolos para la realización y el seguimiento de los buenos propósitos. El espíritu de El Cairo y de Pekín fue respaldado desde 1995 por la Red Europea de IPPF y el Fondo de Población de Naciones Unidas, instituciones que siguen prestando su apoyo.

### **Más que una declaración de buenas intenciones**

Después de esta carrera hacia la igualdad entre todos los seres humanos ante los derechos sexuales y reproductivos, ¿las buenas intenciones se han materializado en hechos? En buena medida sí, aunque siempre quede mucho más por hacer. En algo en lo que coinciden plenamente todas las partes implicadas en esta solidaria batalla es que la adolescencia y la juventud constituyen el grupo de población más vulnerable entre los menos favorecidos. Es en este colectivo donde más se producen los embarazos no deseados, los abortos practicados en condiciones deficientes, las infecciones de transmisión sexual... Y todo ello debido en gran medida a la falta de información.

Es en la Conferencia de Población de El Cairo donde, en 1994, se exhorta por primera vez a los gobiernos y sistemas de salud a crear y distribuir unos programas de educación sexual y reproductiva dirigidos específicamente a los más jóvenes. En este aspecto se puso especial énfasis en una Asamblea General de Naciones Unidas, al analizar en 1999 los logros alcanzados hasta el momento y posteriormente en 2003, cuando el Comité de Naciones Unidas revisaba la aplicación de los objetivos propuestos.

### **Comunicación para el cambio de comportamientos**

Los expertos demandan para los adolescentes y jóvenes lo que han venido a denominar “comunicación para el cambio de comportamientos” respecto a temas como la biología de la reproducción, las relaciones humanas y los sentimientos, las prácticas sexuales sin riesgo, el empleo del preservativo, la limitación del número de parejas y la abstinencia de promiscuidad, el aplazamiento de la primera relación sexual...

Y así empezaron a recogerse frutos. En Zambia, por ejemplo, la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre el grupo de 15 a 19 años descendió del 28% en 1993 al 15% en 1998. En Brasil, mientras que en 1994 sólo un 4%

de los adolescentes afirmó emplear el condón en su primera relación sexual, en 1999 esa cifra ascendió al 48%. En Uganda, la prevalencia del VIH descendió del 15% en 1991 al 5% en 2001. Se ha visto que los jóvenes ugandeses han cambiado notablemente su conducta sexual. En 1994 se vio en un distrito escolar de este país africano que más del 60% de los adolescentes de 13 a 16 ya habían tenido relaciones sexuales. Ese porcentaje se redujo a menos del 5% en 2001.

Los gobiernos, la escuela, Internet, la familia, los amigos y los medios de comunicación pueden hacer un gran bien en este sentido y mucho más si se se aúnan esfuerzos.

### **Embarazos, abortos y fístulas obstétricas**

Por todos es sabido que el embarazo es una de las primeras causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en los países pobres. En todo el mundo, 14 millones de adolescentes (casadas o solteras) se estrenan como madres en esta banda etárea. En Bangladesh, más de la mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 19 años. En otros países en desarrollo entre la cuarta parte y la mitad de las jóvenes dan a luz antes de cumplir los 18 años. Los países africanos son los que tienen las tasas más elevadas de fecundidad en la adolescencia.

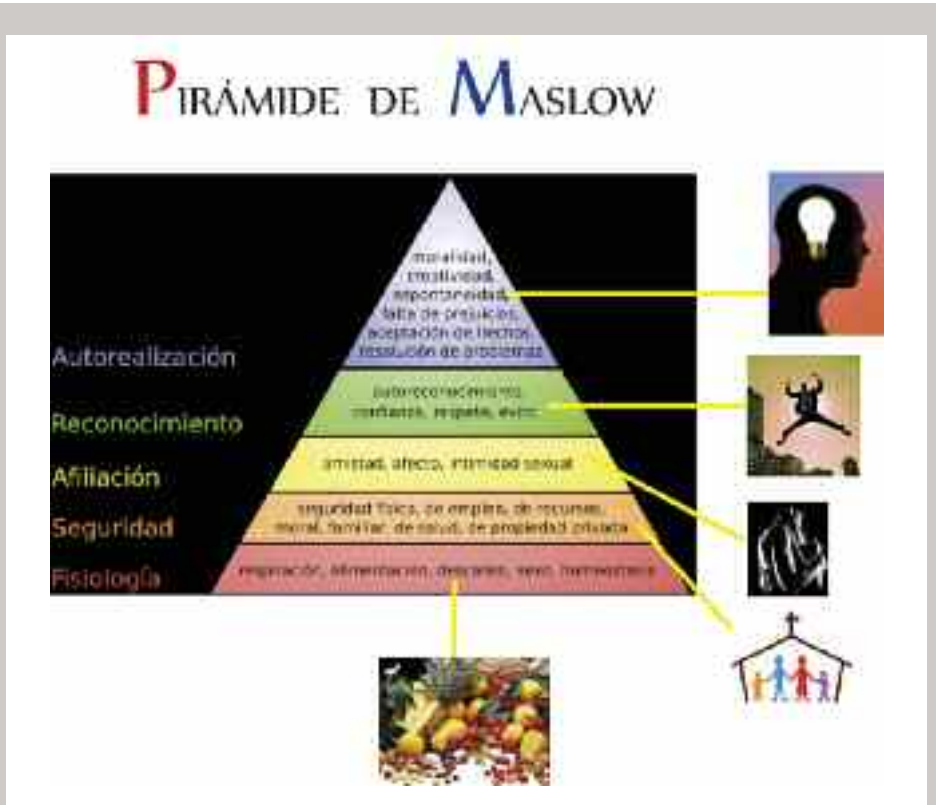
Los abortos realizados en malas condiciones, calculados en unos 20 millones cada año, son también causa importante de mortalidad: 78.000 defunciones y al menos la cuarta parte de ellas se producen en las adolescentes de entre 15 y 19 años. Una consecuencia grave del parto en jóvenes es la fístula obstétrica: dos millones de mujeres cada año en el mundo la padecen. Esta consecuencia es la discapacidad más devastadora para una joven de los países en desarrollo que sobrevive a un parto difícil: además de perder al bebé en la mayoría de los casos, ellas permanecen con un orificio o fístula que les produce una humillante incontinencia fecal/urinaria y en algunas sociedades tribales también el rechazo del marido.

Datos del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) revelan que sólo en Nigeria se estima que hay un millón de mujeres con este problema. El UNFPA está colaborando en varios países de África con instituciones médicas solidarias en la reparación quirúrgica de este proceso, que en el pasado fue un problema en todo el mundo y que ahora sólo ha quedado relegado a los más pobres.

Más información en <http://www.parasaber.com/salud/embarazo/>

Fuente: *El País*.

[http://www.elpais.com/articulo/sociedad/salud/sexual/reproductiva/derecho/universal/elpepusoc/20081128elpepusoc\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/salud/sexual/reproductiva/derecho/universal/elpepusoc/20081128elpepusoc_1/Tes)



La **pirámide de Maslow** es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su obra *Una teoría sobre la motivación humana* (*A Theory of Human Motivation*) de 1943. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados.

La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Según la pirámide de Maslow tendríamos de:

### **Necesidades fisiológicas**

Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referente a la salud); dentro de éstas, las más evidentes son:

- Necesidad de respirar, beber agua y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio del pH y la temperatura corporal.
- Necesidad de dormir, descansar, eliminar los desechos.
- Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.

### **Necesidades de seguridad y protección**

Éstas surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas. Son las necesidades de sentirse seguro y protegido; incluso desarrollar ciertos límites de orden. Dentro de ellas se encuentran:

- Seguridad física, de salud.
- Seguridad de empleo, de ingresos y recursos.
- Seguridad moral, familiar, de propiedad privada.

### **Necesidades de afiliación o sociales**

Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de asociación, participación y aceptación. Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, de ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre éstas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor.

### **Necesidades de estima**

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja.

- La *alta* estima concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La *baja* estima concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria e incluso dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y en un complejo de inferioridad.

### **Autorrealización o autoactualización**

Este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: “motivación de crecimiento”, “necesidad de ser” y “autorrealización”. Son las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.

## Para saber algo más

### LOS CUATRO HÁBITOS SALUDABLES MÁS SIMPLES PUEDEN ALARGAR LA VIDA 14 AÑOS

*La Vanguardia*. 10 de enero de 2008

Marta Ricart. Barcelona

En este estudio cuantifica el impacto de fumar, beber alcohol, la dieta y el sedentarismo. Una persona que no lleva una vida sana tiene el mismo riesgo de morir que una sana 14 años mayor. El 21% de los hombres y el 39% de las mujeres estudiados cumplían los cuatro hábitos saludables básicos.

**Cuatro hábitos sanos –no fumar, una vida no sedentaria, un consumo moderado de alcohol y una dieta con al menos cinco raciones de fruta y verdura al día– pueden alargar la vida 14 años.** No seguir uno de estos buenos hábitos aumenta el riesgo de mortalidad un 39%; no seguir dos, casi lo duplica; no seguir tres lo aumenta un 152%, y no seguir los cuatro supone un riesgo de mortalidad cuatro veces superior, según un estudio de la Universidad de Cambridge (Gran Bretaña).

Los investigadores (también del Consejo de Investigación Médica de Cambridge) ya habían analizado antes la incidencia en la mortalidad de algunos de estos factores. También otros estudios. El efecto negativo de cada uno en la salud es conocido por todos, pues en los últimos años se han sucedido las alertas médicas al respecto. Pero el estudio, que ayer publicó la revista electrónica *PLoS Medicine*, quería cuantificar el impacto combinado de estos simples hábitos.

Para ello, se analizó el estilo de vida y la mortalidad de 20.244 hombres y mujeres de 45 a 79 años de Norfolk entre 1993 y 1997 (se aprovecharon encuestas ya disponibles, pero se excluyeron los vecinos con dolencia cardiovascular o cáncer) y se les hizo un seguimiento en 2006.

Los especialistas en salud pública y epidemiólogos que hicieron el estudio puntuaron con un punto cada uno de los cuatro hábitos saludables. Por vida no activa valoraron que el trabajo es sedentario y no se hace ejercicio en tiempo de ocio; para el consumo de alcohol analizaron si la ingesta se situaba entre 1 y 14 unidades semanales (una unidad equivale a una copa de vino), lo que representa un consumo moderado, o bien si era cero o superior a 14; y calcularon el nivel de vitamina C en sangre para determinar la ingesta mínima de frutas y verduras: más o menos de cinco raciones al día.

En el estudio, que tiene en cuenta edad, sexo, índice de masa corporal y clase so-

cial, se registraron 1.987 muertes durante el periodo analizado y se vio que el riesgo de mortalidad disminuía a más hábitos saludables. Quienes puntuaban cero (los menos saludables) tenían cuatro veces más riesgo de haber muerto en el plazo de 11 años que los que puntuaban cuatro (los más saludables). El riesgo de aquellos más saludables equivalía al de los menos saludables, pero 14 años más jóvenes. Dicho de otra forma: quien no lleva una vida sana tiene igual riesgo de morir que una persona que vive de forma saludable 14 años más mayor.

Fumar aumenta un 77% la mortalidad respecto a no hacerlo; beber alcohol en exceso un 26%; el sedentarismo un 24%, y una insuficiente ingesta de frutas y verduras un 44%. Fumar se desveló como el factor de riesgo de más peso y tanto para morir de enfermedad cardiovascular y de cáncer como de otras. Comer poca fruta y verdura aumenta un 70% el riesgo de muerte cardiovascular.

El estudio mostró cómo, a medida que se incumplían más hábitos saludables, aumentaba el riesgo de mortalidad (y viceversa), sobre todo por enfermedad cardiovascular. No llevar una vida sana supone hasta cuatro veces mayor riesgo de mortalidad, pero hasta cinco veces más de muerte cardiovascular. No tener hábitos saludables y ser mujer u obeso o menor de 65 años también aumenta cinco veces el riesgo de mortalidad. Se duplica simplemente por ser hombre que sólo cumple dos de los cuatro hábitos sanos. O se duplica el riesgo de mortalidad por cáncer si se incumplen tres de los hábitos saludables y aumenta 3,7 veces si se incumplen los cuatro.

En las investigaciones se constató que la proporción de población con alguno o varios hábitos saludables es bastante elevada. Casi la mitad de los hombres estudiados no eran sedentarios, aunque sí lo eran el 60% de las mujeres; el 73% de ellos consumía menos de 14 unidades de alcohol a la semana; el 47% de hombres y el 71,5% de mujeres tomaba cinco o más raciones de fruta y verdura al día. De hecho, el 21% de los hombres y el 39% de las mujeres cumplían los cuatro hábitos saludables básicos, y el 40,2% de ellos y el 37,1% de ellas, tres. Así, sólo un tercio de ellos y una de cada cuatro de ellas llevan una vida menos saludable.

Con todo, los equipos de investigación subrayaron que los cuatro hábitos son asumibles por toda la población y que incluso pequeños cambios en el estilo de vida pueden suponer diferencias de salud importantes, lo que anima a adoptar hábitos saludables. La editorial de la revista apunta que las Administraciones deben facilitar a las personas llevar una vida más saludable. El estudio, que forma parte de un europeo sobre el cáncer y la dieta, sólo analiza mortalidad, no el impacto que puede tener llevar o no una vida saludable en la calidad de vida y autonomía al llegar a la vejez.



## AUTOCUIDADO: ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS?

### POR LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE A LO LARGO DE NUESTRA VIDA

#### ¿Qué son los hábitos saludables?

Parece evidente que determinadas costumbres cotidianas pueden influir negativa o positivamente en nuestra salud.

Según un estudio realizado por la Universidad de Cambridge, presentado el pasado enero (2008), se pueden cuantificar cuatro hábitos saludables para alargar la esperanza de vida:

**\* No fumar.**

**\* Hacer ejercicio moderado.**

**\* Consumo moderado de alcohol.**

**\* Dieta con al menos cinco raciones de fruta y verdura al día.**

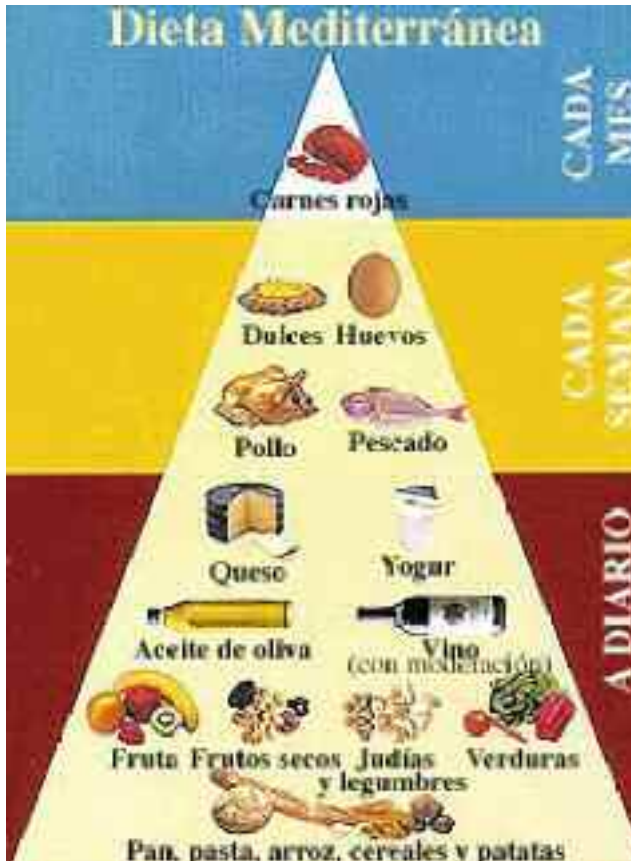
Evidentemente los hábitos saludables varían a lo largo de la vida, no es lo mismo hablar de infancia, juventud, adultez o vejez. Dado que esta unidad va dirigida fundamentalmente a la población adulta, centraremos nuestro discurso en esta franja de edad.

#### Salud y estilo de vida

El estilo de vida hace referencia a una serie de comportamientos, actitudes, etc., que condicionan la salud. No deja de resultar curioso cómo en los países desarrollados determinados estilos de vida aparecen, cada vez más, asociados a determinadas enfermedades.

Por ello es importante que asumamos nuestra responsabilidad individual en la prevención y mantenimiento de nuestra salud. Esta responsabilidad estará directamente relacionada con la adopción de actitudes saludables.

## ALIMENTACIÓN SANA BASADA EN LA DIETA MEDITERRÁNEA



**Esta pirámide indica los alimentos y su frecuencia de consumo para un adulto sano. Ha sido realizada por expertas en nutrición de la Organización Mundial de la Salud, Oldways Preservation Exchange Trust y FAO.**

En la década de los sesenta, la población residente en Creta, sur de Grecia, y en la parte meridional de Italia tenía una esperanza de vida entre las más altas del mundo y todo ello a pesar de las limitaciones existentes en los servicios médicos. El infarto de miocardio era casi desconocido y el cáncer apenas existía. Esta realidad, que ha sido conocida en el mundo entero gracias al Estudio de los Siete Países, tal vez el principal estudio para la investigación sobre la relación entre Dieta Mediterránea y Enfermedades del Corazón, puso de manifiesto que la dieta, el estilo de vida y el entorno (clima y factores ambientales) tienen una gran importancia en la salud.

A raíz de este estudio, la dieta mediterránea se ha impuesto como patrón dietético en todo el mundo. Pero no debemos olvidar que la población de Creta o Italia tenía un estilo de vida que también era el responsable de proporcionarle su buena ración diaria de salud para el cuerpo y la mente. Volver a los sesenta (fecha en la que se realizó este estudio), con su mundo de valores y necesidades, es imposible. Pero no cabe duda que nuestro estilo de vida y la forma de encarar cuanto nos sucede repercute en nuestro organismo.

Así, Desde diferentes ámbitos se está recomendando el modelo de dieta mediterránea para reducir el riesgo de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o la diabetes, lo cual es un gran paso. Pero vivir más y mejor es también una cuestión de mente y de objetivos en la vida.

### Éstas son sus principales características

1. Abundancia de alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, pan, pasta, arroz, cereales, legumbres y patatas.
2. Consumir alimentos de temporada en su estado natural, escogiendo siempre los más frescos.
3. Utilizar el aceite de oliva como grasa principal, tanto para freír como para aderezar.
4. Consumir diariamente una cantidad moderada de queso y yogur.
5. Consumir semanalmente una cantidad moderada de pescado, preferentemente azul, aves y huevos.
6. Consumir frutos secos, miel y aceitunas con moderación.
7. La carne roja algunas veces al mes.
8. Consumir vino con moderación, normalmente durante las comidas y preferentemente tinto.
9. Utilizar las hierbas aromáticas como una alternativa saludable a la sal.
10. Realizar alguna actividad física regular para hacer trabajar al corazón y mantener en forma nuestras articulaciones y nuestro tono físico.

### Más carbohidratos, frutas y verduras

- **Los hidratos de carbono deben proporcionar el 50% del aporte energético total diario.** Conviene que sean carbohidratos complejos (pastas, arroz, patata, pan y

legumbres) y no simples (helados y bollería). Las frutas y verduras, ricos a su vez en fibra, nos aseguran las suficientes vitaminas y minerales.

- **Las grasas o lípidos aportarán aproximadamente el 35% del aporte energético total.** Se preferirán las grasas de origen vegetal (frutos secos, aceite de oliva) a las de origen animal. Una excepción es la de los pescados azules (caballa, atún, sardina...) porque es poliinsaturada y contribuye a prevenir problemas cardiovasculares.
- **Las proteínas aportarán el 15% de la energía total.** Las proteínas ayudan a regenerar el tejido del organismo. La proteína de origen animal (huevos, leche, carne y pescados) es más completa que la de origen vegetal (legumbres y cereales). Sin embargo, los vegetales debidamente combinados (por ejemplo, lentejas con arroz) aportan una proteína de calidad similar a la animal, pero sin colesterol ni grasas saturadas.

### SABÍAS QUE:

En la Conferencia Internacional sobre Dieta Mediterránea que tuvo lugar en el Royal College of Physicians de Londres, en enero de 2000, se llegó a la conclusión de que la dieta mediterránea tradicional tiene efectos positivos para la salud, concretamente en la prevención de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes. El nuevo consenso científico ha sido firmado por 50 expertos internacionales en medicina y nutrición procedentes principalmente de Europa y Estados Unidos. En su declaración de consenso se puede apreciar el modo en que los alimentos de la dieta mediterránea contribuyen a la salud. Concluyendo lo siguiente:

**Enfermedades cardiovasculares.** Los factores dietéticos a tener en cuenta para la prevención de la aterosclerosis son: una reducción sustancial de la grasa saturada, sustitución de las grasas saturadas por grasas insaturadas, preferiblemente aceites y grasas monoinsaturadas, consumo de pescado azul y un mayor consumo de frutas, verduras y cereales integrales.

**Cáncer.** Las dietas ricas en frutas, verduras y cereales integrales reducen el riesgo de padecer cáncer. Respecto a este punto hay un consenso general entre la comunidad científica. Sobre el efecto de las grasas y alimentos relacionados, éstas son algunas conclusiones a las que se ha llegado:

**Cáncer de colon:** Las grasas totales no guardan, probablemente, ninguna relación. Las grasas saturadas pueden aumentar el riesgo. El aceite de oliva y los aceites de pescado pueden reducir el riesgo y existe controversia acerca de la validez de la asociación de las carnes rojas a un mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

**Cáncer de mama:** El aceite de oliva y las grasas monoinsaturadas pueden reducir el riesgo.

**Cáncer de próstata.** Existen ciertas evidencias de una asociación entre la ingesta de grasas saturadas y el riesgo de cáncer de próstata.

**Diabetes.** Las dietas ricas en carbohidratos que se basan en los cereales mínimamente procesados, las frutas y las verduras, que también tienen un elevado contenido en fibra, así como la utilización de aceites vegetales monoinsaturados (aceite de oliva) pueden emplearse para mejorar los niveles de colesterol en sangre, la glucosa y el perfil lipídico de los diabéticos. Tan importante como la dieta es que controlen el peso, aumenten la actividad física y reduzcan el comportamiento sedentario.

**Artritis reumatoide.** Un alto consumo de verduras y aceite de oliva previene la artritis reumatoide.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria en la que influyen factores como la herencia, las hormonas y la alimentación. La doctora Athena Linos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Atenas ha realizado un estudio comparando los hábitos de 145 pacientes con artritis reumatoide y de un grupo de control formado por 188 personas que no padecían esta enfermedad. Todos los participantes residían en el sur de Grecia. Los pacientes fueron clasificados en cuatro categorías según el consumo elevado o bajo de aceite de oliva y verduras. Los resultados fueron los siguientes:

- El grupo cuyo consumo de aceite de oliva era más elevado (con una ingesta aproximada de 43 gramos diarios) presentaba un riesgo 2,5 veces menor de desarrollar artritis reumatoide que el grupo de ingesta de aceite más reducida.
- El grupo cuyo consumo de verduras cocinadas era más elevado (2,9 raciones al día) presentaba un riesgo 4 veces menor que el grupo de consumo más

## PRÁCTICA DE ALGUNA ACTIVIDAD DEPORTIVA

Las autoridades sanitarias coinciden en recomendar la práctica de ejercicio físico a cualquier edad, siempre y cuando se respeten las exigencias y la capacidad física del organismo y no se someta al individuo a esfuerzos excesivos ni a estrés psicológico. La moderación es el principal criterio que hay que seguir.

Nadie duda que la vida sedentaria favorezca el envejecimiento precoz y la aparición de numerosos problemas de salud, tales como obesidad, varices, arteriosclerosis, estreñimiento, osteoporosis, etc. En ocasiones, incluso, se indica que la realización de alguna actividad física prolonga la vida, aunque esto no se ha podido demostrar. Es cierto que las personas que llegan a edades avanzadas en su mayoría han sido activas durante toda su vida, pero no puede afirmarse que haya una relación directa entre actividad física y longevidad.

Lo que sí puede asegurarse es que los signos característicos del envejecimiento (torpeza de movimientos, dificultades respiratorias y circulatorias, etc.) aparecen mucho más tarde en las personas que hacen ejercicio. No sólo están más ágiles y son más capaces de realizar esfuerzos, sino que reaccionan más rápidamente al estímulo y conservan más tiempo un espíritu emprendedor y dinámico.

Todos sabemos que nuestra capacidad física frente al esfuerzo declina lentamente conforme avanza la edad. No obstante, la mayoría de las personas conservamos mucha más capacidad física de la que utilizamos a edades muy avanzadas.

Es un error considerar el cuerpo como una máquina que se desgasta con el uso. No debemos, ni necesitamos, pasar nuestra edad media o nuestra tercera edad “tomándolo con calma”. Por el contrario, cuanto más ejercitemos nuestro cuerpo, dentro de unos límites razonables, seremos capaces de realizar más destrezas y tendremos mayor eficiencia.

La práctica regular de ejercicio físico proporciona numerosas ventajas a nuestra salud. He aquí algunas de las más importantes:

- Fortalece nuestro corazón, estimula la actividad cardiocirculatoria mejorando la contracción cardiaca, la tensión arterial y el flujo venoso.
- Favorece la función respiratoria, produciendo una mejora del consumo de oxígeno y de la ventilación pulmonar.

- Fortalece los huesos y articulaciones. Facilita la actividad neuromuscular permitiendo una mayor agilidad al aumentar la fuerza muscular y la flexibilidad de las articulaciones.
- También actúa favorablemente sobre otros procesos biológicos: se observa un aumento de la hemoglobina en la sangre, una mejora en los procesos de coagulación, una reducción de las grasas en la sangre, una utilización más correcta de la glucosa y una activación del calcio y del fósforo.
- En el aparato digestivo, el ejercicio físico mejora la secreción intestinal, corrigiendo la tendencia al estreñimiento que provoca la vida sedentaria.
- Por el contrario, la falta de actividad física es un factor importante en la producción de enfermedades tales como la angina de pecho, el infarto de miocardio, la obesidad, la hipertensión, la artrosis, etc.

### **Precauciones que se deben tomar**

Cualquier persona adulta que inicie un programa de ejercicio físico debe ser informada de los síntomas que pueden sobrevenir durante su práctica y que, en general, indican una insuficiente acomodación al esfuerzo y que podrían ser indicios de una cardiopatía coronaria: dolor en el pecho, en el brazo, en el cuello o en la mandíbula; acortamiento significativo de la respiración con el ejercicio; desfallecimientos o desmayos; latidos cardiacos irregulares; náuseas o vómitos durante el ejercicio; debilidad o movimientos descoordinados; cambios inexplicables de peso y la tolerancia al ejercicio.

Si aparece alguno de estos síntomas, hay que interrumpir el ejercicio inmediatamente y consultar con el médico.

También deben consultar a su médica/médico antes de comenzar a practicar regularmente ejercicio físico las personas mayores de sesenta años y que no estén acostumbradas a hacerlo, así como las que padecen alguna enfermedad y están recibiendo medicación.

Las personas fumadoras o con exceso de peso deben disminuir el consumo de cigarrillos y perder algunos kilos. Es mejor no fumar en absoluto pero, como mínimo, hay que evitar el tabaco después del ejercicio.

## SABÍAS QUE:

### **SALUD DE LOS PIES. LESIONES CON TACONES<sup>21</sup>**

Artículo de *El Mundo Salud*. 28 de marzo de 2007.

Las mujeres padecen hasta cuatro veces más problemas en los pies que los hombres. La razón: los tacones. Y cuanto más alto y más estrecho es el zapato, peor. Problemas en el tendón de Aquiles, juanetes, callos, dedos en martillo o nervios comprimidos es el precio que algunas pagan por ir a la moda.

Uno de los dichos populares repetidos hasta la saciedad por madres y abuelas es que “para presumir hay que sufrir”. Y así las mujeres, durante siglos, han sacrificado su bienestar llevando incómodos corsés, faldas con armazones metálicos y tacones de vértigo.

Espalda, rodillas y pies enferman por culpa de los “stilettos”. El tacón desplaza el peso del cuerpo hacia delante, aumenta la presión sobre los dedos y traslada los puntos naturales de apoyo. Además, obliga a corregir la postura corporal para compensar este “desequilibrio”, por lo que desde el tobillo hasta las cervicales, todas las articulaciones se resienten.

En Estados Unidos, el 90% de las 800.000 intervenciones anuales que se realizan para corregir las patologías del pie se practican en mujeres. Estas son algunas de esas lesiones.

**“Hallux valgus”.** La misma presión que genera el neuroma es responsable de esta lesión caracterizada por la desviación hacia dentro del dedo gordo, que puede llegar a montarse sobre el segundo, con la consiguiente alteración de la articulación y la prominencia de la cabeza del primer metatarsiano que forma, en el lateral del pie, el conocido juanete. Los zapatos estrechos y de tacón alto predisponen a su aparición que conlleva dolor, irritación, inflamación y, en ocasiones, procesos infecciosos. Dado el componente genético, si existen antecedentes familiares de juanetes lo mejor es no utilizar un calzado inadecuado.

**Sesamoiditis.** Los sesamoideos son dos huesos pequeños y redondos localizados bajo el metatarsiano del dedo gordo. Están incluidos en el aparato articular y cumplen una importante función en el movimiento de despegue del pie del suelo. La tensión excesiva puede originar su inflamación e incluso su fractura.

**Dedos en martillo.** No sólo el gordo padece el rigor de los tacones, los dedos menores sufren igualmente. La deformidad más común en ellos es la llamada dedos en martillo, un encorvamiento hacia arriba de sus huesos secundario a una mecánica inadecuada del pie. Además del dolor, es frecuente la aparición de callos en la protuberancia formada.

**Neuroma de Morton.** Un tacón de ocho centímetros provoca siete veces más esfuerzo en la punta del pie que uno de dos centímetros. Este exceso de presión comprime los nervios plantares, provoca inflamación, fibrosis y disminución del riego sanguíneo, lo que se traduce en hormigueo, dolor, ardor que empeoran al caminar. El neuroma de Morton puede aparecer en todos los dedos del pie, pero es mucho más frecuente en el tercero y el cuarto. Además de la altura, cuanto más estrecho es un zapato en la punta, más probable es que aparezca esta lesión.

**Inestabilidad del tobillo.** Esguinces y microtraumas repetitivos son las amenazas a las que se exponen los tobillos por culpa de los tacones. El riesgo queda perfectamente ilustrado con la imagen de alguien que camina con zapatos altos por primera vez. La inestabilidad que demuestra afecta especialmente a esta compleja articulación.

**Inflamación del tendón de Aquiles.** El uso continuo del tacón altera la tensión del tendón de Aquiles, el tejido de inserción de los gemelos (los músculos de la pantorrilla). La postura a la que obligan los zapatos altos acorta la longitud de este tendón hasta tal punto que puede llegar el momento en el que caminar sobre plano resulte doloroso. Alternar un calzado y otro puede provocar tendinitis (inflamación) que resulta dolorosa y puede desembocar en un desgarrar o rotura.

**Artrosis de la rodilla.** Numerosos estudios han relacionado el uso de tacones altos con la aparición de este trastorno que es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. La osteoartritis (o artrosis) se debe, según los expertos, al aumento de la presión en las superficies articulares de la rodilla. El desgaste de los cartílagos y el hueso circundante es un proceso largo y silente. Cuando el paciente experimenta los primeros síntomas, ya es demasiado tarde porque no hay forma de recuperar los tejidos dañados.



<sup>21</sup> Fuente: *El Mundo*

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/03/26/mujer/1174931569.html>

## Estilo de vida y enfermedad

Una de las consecuencias más evidentes de llevar estilos de vida poco saludables es la aparición de diferentes tipos de patologías. Sin querer ser exhaustivos, hemos escogido aquellas que se relacionan de una forma más directa con nuestros hábitos cotidianos:

**Estrés:** una de las patologías más importantes de nuestras sociedades desarrolladas, asociada a síntomas como la ansiedad, y que puede llegar a bloquear nuestra capacidad de interactuar con el entorno.

**Depresión:** otra de las patologías de nuestras sociedades modernas, asociada a un estado de melancolía, abatimiento, transitoria o permanentemente, y que puede llevar a un aislamiento del individuo de su entorno afectivo, laboral y social.

**Enfermedades cardiovasculares:** también forman parte de nuestra vida moderna. El Ministerio de Sanidad y Consumo considera que el 75% de las causas de estas enfermedades se relacionan con: el tabaquismo, el sedentarismo, etc.

**Obesidad:** uno de los problemas más importantes de las sociedades desarrolladas. Potenciada por los hábitos sedentarios, la comida rápida, etc. Se considera factor de riesgo de otras enfermedades como las cardíacas, arteriales, etc.

## SABÍAS QUE:

### DEPRESIÓN, ATRACÓN Y OBESIDAD, UNA RELACIÓN ÍNTIMA\*

#### El trastorno por atracón se asocia a la depresión en más del 50% de los casos y también a la obesidad

El desorden que consiste en comer alimentos hipercalóricos en muy poco espacio de tiempo se asocia a la depresión y a la obesidad. Las personas que lo padecen entran en un círculo vicioso: estar obesas les deprime y su estado de ánimo depresivo les conduce a comer más. La mayoría se sienten avergonzadas por su comportamiento y se lo ocultan a su médico, cuando deberían confiar plenamente en él si quieren poner remedio a este desorden. Además, hoy ya existe tratamiento, este problema tiene solución.

Los primeros estudios científicos que asocian el trastorno por atracón a la depresión son bastante recientes, apenas tienen tres años. Gracias a ellos hoy se sabe que más del 50% de las y los pacientes con un trastorno por atracón también sufren depresión. Y eso no es todo: se ha visto que este trastorno es muy frecuente en personas con obesidad, puesto que más del 40% ha protagonizado alguna vez estos episodios de sobreingesta de alimentos –sobre todo hipercalóricos– de forma rápida y descontrolada.

En España, el trastorno por atracón afecta a entre un 2% y un 3% de la población, sin que existan diferencias entre hombres y mujeres ni por la edad. Es más frecuente que la anorexia y la bulimia, pero se conoce menos, según datos presentados por Guadalupe Blay, miembro del Grupo de Habilidades en Nutrición de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) en el XIV Congreso de esta sociedad, celebrado recientemente en Málaga.

#### La tríada de Beck

El factor detonante del binomio trastorno por atracón-depresión es un problema psicológico de base o una baja autoestima de la persona que lo sufre. Este detonante puede explicarse a partir de la famosa teoría llamada Tríada de la Depresión de Beck. Este psiquiatra, de EEUU, enunció en 1979 una teoría nihilista, según la cual la per-

\* Fuente: Artículo aparecido en la revista *Consumer* el pasado 1 de junio de 2008  
[http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas\\_de\\_salud/2008/06/01/177385.php](http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2008/06/01/177385.php)

sona tendría un concepto negativo de sí misma, de sus experiencias vitales y nulas expectativas en el futuro, es decir, nada a lo que agarrarse y ninguna esperanza en el mañana.

El detonante del binomio atracón-depresión es un problema psicológico de base o una baja autoestima del afectado.

Esta concepción de sí mismo allanaría el camino de más de uno hacia la depresión. Entre los factores psicológicos que pueden favorecer esta situación están la baja autoestima o el sentirse inferior, la falta de apoyo en la familia que tiende a recriminar al afectado que “está gordo”, sentimientos de culpabilidad por su sobrepeso u obesidad, ansiedad y estrés por el trabajo. Y a la vulnerabilidad psicológica cabría añadir que “parte de las personas afectas padecen de sobrepeso condicionado genéticamente, al verse obesas se sienten tristes, empiezan a comer compulsivamente y caen en un círculo vicioso”, cuenta Blay.

### **Atraco a la nevera**

El trastorno por atracón es un desorden alimentario más frecuente que la bulimia y que la anorexia y que afecta a entre un 2% y un 3% de la población española, independientemente del sexo y de la edad. Su diagnóstico es más difícil que el de la bulimia porque los pacientes tienden a ocultar que se atracan por vergüenza y tampoco compensan la sobreingesta con conductas purgatorias que dejen señales claras del trastorno, como el esmalte de los dientes dañado por el vómito o el hallazgo de laxantes diuréticos por medio de una analítica, según información presentada en el congreso de la SEMG.

Estas personas son conscientes de sus problemas de sobrepeso y obesidad; la depresión también se les suele diagnosticar, ya que habitualmente se muestran tristes y melancólicos en la consulta médica. Sin embargo, el mayor problema es detectar que sufren un trastorno por atracón, por ser algo que esconden. A través de unas entrevistas estructuradas y mediante un registro alimentario de lo que comen, si son sinceros consigo mismos y con el médico, es posible llegar a averiguarlo.

Estas personas están tan ansiosas que, al llegar a casa, lo primero que hacen es abrir la nevera y arrasarla. Son capaces de ingerir de 5.000 a 10.000 calorías de golpe, devorando una barra entera de mantequilla, un tarro de mayonesa, acabar con un bote de chocolate en polvo e, incluso, tragarse las “cosas más increíbles”

como un paquete de cigarrillos o el líquido del lavavajillas cuando no tienen nada más que comer. La cuestión es llevarse algo a la boca para saciar su ansiedad, para lo cual empiezan por un tipo de alimento, picotean otros y acaban habiendo comido de todo en un momento.

Para sentirse saciados, habitualmente el organismo les impele a consumir hidratos de carbono, que son más saciantes, grasas y dulces. Estas personas suelen preferir estos grupos de alimentos a las proteínas, comenta Blay.

### **Atracón diurno y nocturno**

Una parte importante de las personas afectadas por el trastorno por atracón lo sufren durante la noche. El atracón nocturno es un síntoma que sufren entre un 1% y un 2% de la población, según estiman estudios realizados en Europa. Estas personas se levantan de noche, medio o totalmente sonámbulas, se dirigen a la nevera o a la despensa donde tienen los alimentos y se dan un atracón.

Pero, a diferencia del atracón diurno, no se enteran de sus andanzas nocturnas. “Sólo son conscientes de ellas cuando, al día siguiente, algún familiar se lo explica y se encuentran abiertos los envoltorios de los alimentos que han consumido de noche o las migas y restos de comida esparcidos por la casa”, informa Blay.

### **Tres remedios para tres problemas**

La clave del éxito para que las personas con trastorno por atracón recuperen el control es que “confíen en su médico. No pasa nada. Todo tiene solución, pero se tienen que motivar mucho y el médico, a su vez, debe tener empatía e implicarse en motivarles mucho”, según Guadalupe Blay, de la SEMG. El primer trabajo de los pacientes es romper la barrera de la vergüenza y confiarle su descontrol con la comida. Una vez diagnosticado el problema, deberían recibir tres tipos de tratamiento.

Un tratamiento farmacológico, consistente en antidepresivos para controlar la depresión y que tienen la ventaja añadida de que son saciantes, así que también pueden ayudar a tratar el desorden alimentario. El psicoterapéutico, con orientación cognitivo-conductual para su patología depresiva y para recuperar el control en su conducta alimentaria. En tercer lugar necesitan un tratamiento de un nutricionista para restablecer sus pautas alimentarias y conseguir llegar al peso adecuado.

En cuanto a los resultados de los tratamientos, se ha visto que el trastorno alimentario asociado a la depresión que se trata con terapia cognitivo-conductual y sin antidepresivos remite en el 39% de los pacientes, mientras que este problema remite sólo en el 20% de los casos tratados únicamente con antidepresivos y además hay más abandonos. En los casos en que se reciben las dos terapias combinadas el trastorno alimentario asociado a depresión remite en el 42% (sólo un 3% más que los tratados únicamente con terapia psicológica) y las personas atendidas así también presentan más abandonos.

Estos datos, procedentes de una revisión sistemática de tratamientos elaborada por el centro Cochrane, denota el gran papel de la psicoterapia cognitivo-conductual en la recuperación de estas personas afectadas. Se considera que una persona, paciente está curado cuando han transcurrido cuatro años en los que se mantiene bien con su dieta y no ha sufrido recaídas. Sin embargo, y desafortunadamente, éstas suelen ser frecuentes.

## EN CONCLUSIÓN

Como podéis observar nuestra actividad rutinaria tiene una influencia directa en nuestro estado de salud. Por ello es importante que tengamos en cuenta algunas consideraciones finales:

- a) La salud y los hábitos saludables deben formar parte de las actividades cotidianas de toda la familia y/o grupo de amigos/as. Si integramos hábitos saludables en nuestro entorno inmediato resultará más sencillo mantener unas prácticas sanas y saludables.
- b) La salud y los hábitos saludables no se improvisan. Es importante plantearse objetivos realistas. Cualquier cambio lleva su tiempo, por lo tanto las nuevas rutinas tardarán en reflejar los aspectos positivos.
- c) Una forma saludable de introducir cambios en nuestra dieta cotidiana es compartirla con el resto de la familia y aprovechar las comidas para recuperar un espacio de comunicación. Para ello es importante compartir una comida como mínimo al día (los fines de semana pueden ser adecuados para conversar alrededor de una mesa, sin prisas).
- d) Compartir actividades físicas al aire libre con los amigos o la familia permite establecer hábitos de ejercicio físico saludables. Pasear por el campo, ir en bicicleta, ir a la piscina, etc., son actividades que se pueden compartir.
- e) Si fumas, déjalo; mejorará tu nivel de salud general y recuperarás sentidos que tenías olvidados como el gusto y el olfato.
- f) Consume de forma moderada alcohol, un consumo excesivo o no adecuado aumenta las probabilidades de desarrollar diferentes tipos de enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, digestivo o nervioso central.

## Para saber más

### FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: ENFERMEDADES INVISIBLES

#### Puntos dolorosos de la fibromialgia



Si hay reacción de dolor en al menos 11 de ellos cuando se presiona suavemente, se puede precisar el padecimiento de la enfermedad.

Fuente: [http://www.ser.es/wiki/index.php/Folleto\\_de\\_la\\_SER:\\_La\\_Fibromialgia](http://www.ser.es/wiki/index.php/Folleto_de_la_SER:_La_Fibromialgia)

La definición oficial de fibromialgia se estableció en 1993. La define como una condición dolorosa, no articular, que envuelve los músculos, y es la causa más común de dolor musculoesquelético crónico y generalizado.

#### Síntomas de fibromialgia

- Dolor difuso en gran parte del cuerpo (es el signo más importante junto a la fatiga crónica).
- Fatiga crónica.
- Rigidez articular.
- Contracturas musculares.
- Dolor concentrado en algunos puntos.
- Trastorno del sueño, en calidad y cantidad (en el 70% de los casos).
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Sensación de hormigueo e hinchazón en las manos.
- Aumento en la frecuencia para orinar (por espasmos en la vejiga).
- Períodos menstruales dolorosos en algunas mujeres.
- Problemas gastrointestinales (colon irritable, reflujo, etc.).
- Entumecimiento de pies y manos.
- Vértigo.

- Depresión (en el 25% de los casos).
- Ansiedad.
- Cambio de humor.
- Falta de concentración y pérdida de memoria.

En 1989, la OMS reconoció la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica como enfermedades. En España, entre el 3% y el 6% de la población está afectada por esta patología. Manuela de Madre acaba de publicar *Vitalidad crónica*, un libro para que la sociedad conozca este trastorno desde el punto de vista de una paciente. A continuación recogemos la charla que mantuvo con internautas en Encuentros Digitales del periódico *El Mundo*.

### **1. Perdona la ignorancia; pero, ¿en qué consiste su enfermedad?**

Primero son dos enfermedades. Fibromialgia es una enfermedad que provoca dolor muscular y en las fibras. El síndrome de fatiga crónica es una enfermedad que muchas veces aparece junto a la fibromialgia y es cansancio crónico que no mejora con el descanso y que no aparece después de haber hecho un esfuerzo físico, sino que puede aparecer después de no haber hecho nada. Estas dos enfermedades provocan falta de concentración, pérdida de memoria, en los días con crisis te impiden hacer una vida normalizada. Pero no todos los días son iguales.

### **2. ¿Cree que su enfermedad tiene un origen psicógeno?**

No. Los especialistas tanto en fatiga crónica como en fibromialgia dicen que el origen es desconocido, aunque hay causas que lo pueden favorecer y desde luego que las situaciones de estrés y angustia pueden contribuir a hacerla más dolorosa como en cualquier otra enfermedad. Pero son enfermedades de origen orgánico.

### **3. Soy de Santa Coloma, y sentí que dejara la alcaldía de mi ciudad a causa de su enfermedad. Sin embargo, cada vez la veo más activa en su faceta de parlamentaria y de “peso pesado” en la política socialista catalana. ¿Volverá a la alcaldía? ¿Los motivos que la empujaron a irse no eran sólo debidos a la fibromialgia?**

Los motivos que me empujaron a dimitir fueron la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, tal como he venido explicando desde entonces. No me puede ver más activa porque no lo estoy, trabajo una tercera parte de lo que trabajaba antes. Le recuerdo que antes era parlamentaria y alcaldesa, podía hacer las dos cosas. Siempre fui de la dirección del Partido Socialista de Cataluña y eso no ha cambiado, sólo que ahora debe verme más en la televisión y ésta hace que parezca que estamos

todo el día en danza, pero no es así. Ahora, el alcalde actual de Santa Coloma es una persona que creo que ejerce con mucho acierto la alcaldía y que tiene salud y que le puede dedicar al ayuntamiento muchas horas, cosa que yo no podía hacer. Quizá en el futuro, si se sabe más sobre estas patologías y hay tratamientos y mejora mi salud, en el sentido de saber que puedo estar cada día trabajando, me gustaría volver a la alcaldía. Me fui porque no podía, no porque quisiese, porque un alcalde tiene que estar pendiente de su ciudad todas las horas del día.

**4. Tengo diagnosticada fibromialgia y el reumatólogo me dice que es muy importante el ejercicio físico. En bastantes ocasiones mis pilas están a media carga y tengo que hacer un esfuerzo considerable para hacer dicho ejercicio. Me gustaría saber su experiencia en este tema. Muchas gracias.**

Yo hago también algo de ejercicio físico, pero no hay que pasarse. El ejercicio físico, como caminar o como la piscina, está prescrito en esta enfermedad, pero todo sin esforzarse demasiado porque luego los músculos se resienten. Van muy bien los estiramientos. Pero, insisto, hacer ejercicio físico sin que signifique machacar la musculatura, no se trata de competir sino de mantener el cuerpo ágil.

**5. Hola. Me gustaría saber qué calidad de vida tiene una persona que padezca esta enfermedad y qué nivel de comprensión ofrece la familia y el entorno, gracias.**

El nivel de comprensión de la familia depende cada familia, de la información que la propia afectada tenga sobre su enfermedad y que esa información la haya podido hablar con su familia y que el médico pueda intervenir en la explicación de esta enfermedad. El entorno depende, esta enfermedad no se puede enseñar, no hay pruebas radiológicas, médicas, no se acusa en la cara. Por desconocimiento tiene poca comprensión, más bien al revés, siempre está la duda de los demás de que quieras trabajar menos y vivir del cuento. Por eso las asociaciones trabajamos para que se dé a conocer las enfermedades, para hacerlas más creíbles y reclamar más respeto, a pesar de que son enfermedades reconocidas por la Organización Mundial de la Salud. La calidad de vida del enfermo depende del grado de severidad de la fibromialgia, de si tiene otra enfermedad asociada o no, de las condiciones económicas y laborales de la persona afectada y depende de los días, porque unos el dolor y el cansancio te impiden ducharte y peinarte sola, pero hay otros que podemos irnos a bailar. También depende del estado de ánimo de la persona y de no dejarse vencer. Hay que ver el vaso medio lleno y no medio vacío. Para esto también es muy importante el apoyo de un terapeuta, se recomienda la terapia cognitiva conductual. No es una enfermedad mortal, se puede hacer una vida plena, sólo que hay que ir haciendo ajustes y se necesita la com-

presión de la familia y de los amigos. ¡Como en todas las enfermedades! Aunque en los días de crisis hay que estar fuera de servicio, como ocurre en otras enfermedades como el Chron, o una gripe, etc. Lo peor es el desconocimiento sobre esta patología. Pero no quiero dramatizar, hay enfermedades más graves e invalidantes.

## **6. ¿Te han reconocido una minusvalía? ¿De qué grado? ¿Qué hiciste para que se te reconociera?**

No tengo ningún reconocimiento de minusvalía ni he hecho nada para esto. El grado de afectación que tengo no me impide hacer lo que estoy haciendo ahora. Me impedía trabajar las 14 horas al día en la alcaldía, por eso lo dejé. Pero puedo trabajar en lo que estoy haciendo ahora. En mi caso, afortunadamente, no he tenido que llegar a pedir una minusvalía por invalidez. Otras personas sí lo requieren y otras pueden cambiar de trabajo y adaptarse a una nueva situación. Lo que reclamamos es investigación y tratamientos específicos para poder hacer una vida plena. Yo he tenido mucha suerte, porque me puedo organizar el trabajo y los horarios, salvo el día que hay pleno, y muchos días puedo trabajar desde casa. No todo el mundo tiene esta suerte. Me reconozco una privilegiada. Si tuviera otro trabajo, quizás habría muchos días en los que no podría acudir a trabajar.

## **7. Me gustaría preguntar a Manuela de Madre de que si, aparte de este libro que ha publicado había colaborado o escrito otro con un médico del Clínic de Barcelona y, si es así, si me podría facilitar el nombre del libro, muchas gracias.**

El libro se llama *Sobrevivir al cansancio* (una aproximación a la situación de fatiga crónica. Coordinador: Joaquín Fernández Solá. Ed. Viena, colección Oxigen). En este libro, que es un trabajo coordinado por Joaquín Fernández Solá con la aportación de trabajos de otros médicos, se explica muy bien este síndrome, cómo enfrentarse a él y da pautas de estiramientos y guías sobre cosas que nos facilitan la vida en casa. Es un libro fácil de leer y lo que yo hago es prologarlo porque el doctor Fernández Solá me lo pidió y es una excelente persona que trabaja en el Hospital Clínic de Barcelona.

## **8. Por favor, no diga que nuestra enfermedad es invisible, diga más bien que los que nos miran están ciegos y desinformados. Gracias.**

Tiene toda la razón. En realidad, la desinformación es una forma de ceguera. Hay mucha gente que si no lo ve, no lo cree. Como aquí no hay pruebas, sino que el diagnóstico es clínico, pues por eso hablo de la invisibilidad. Un ejemplo: el dolor

es como el olor, no se ve pero ahí está y se percibe. Quien tiene dolor, sabe perfectamente de lo que hablo. Hay otras causas de dolor, sólo que la fibromialgia es siempre dolor, dolor y dolor. Sólo que el dolor es a distinta intensidad según los días.

### **9. La enfermedad, ¿puede retirarla definitivamente?**

En mi caso no ha sucedido así, pero conozco personas, sobre todo con el síndrome de fatiga crónica, que tienen una invalidez total. En el libro del que hablo de Joaquín Fernández Solá explica muy bien las diferencias entre unos grados y otros en fatiga crónica. Es un libro muy interesante y útil para todas las personas afectadas, para los amigos y para la familia. Es científico pero de comprensión sencilla, no es como el mío, en el que he pretendido contar mi historia.

### **10. La enfermedad es muy selectiva. ¿Sólo impide ir a trabajar o también otras cosas? Disculpe mi ignorancia.**

Impide hacer según qué trabajos, pero en cambio no impide hacer según qué cosas. Por ejemplo, yo ahora no puedo ir en bicicleta. También a veces impide relaciones sexuales con normalidad porque o estás muy cansada o con mucho dolor. Por citar cosas que me pasan a mí: yo me lavo los dientes con cepillo eléctrico por no hacer fuerzas, no corro sino que ando, normalmente voy buscando el ascensor porque las escaleras me suponen una barrera importante, no puedo abrir las botellas... El trabajo depende de qué tipo sea, si incluye esfuerzos físicos o no. Depende de tu grado de enfermedad, de lo que te diga el médico. Pero la persona con una afectación grave necesitará mucha ayuda para todo, para el trabajo, para las cosas de casa, para ella misma. Depende. Seguro que conocemos a alguna persona con esclerosis múltiple que está trabajando, al igual que otras con alguna minusvalía física.

### **11. Cómo encontrar terapeutas que traten al enfermo, si la enfermedad es muy desconocida e ignorada por ciertos sectores de la medicina.**

Se trata de que los poderes públicos, el Ministerio y las comunidades autónomas y la Sociedad Española de Reumatología, los médicos de familia, la Universidad, etc., expliquen qué es esta enfermedad que ahora la sufrimos una parte importante de la población. Ahora ya se sabe más sobre estas enfermedades. Es bueno, si no se ha encontrado el médico adecuado, acudir a otro servicio o a alguna asociación que le puede indicar. Pero se trata de comprometer a los poderes públicos en la investigación, tratamiento y en la atención.

## **12. ¿Es importante tratar el dolor o es mejor aguantarlo porque los medicamentos pueden tener otros efectos?**

Ambas cosas. El dolor no deberíamos aguantarlo porque hay maneras de aliviarlo, aunque eso tiene mucho que ver con la pauta que tu médico te indique. Pero también hay otras maneras de aliviarlo como los estiramientos, la relajación muscular, el agua caliente, el hacer algo de ejercicio y, si hay pauta médica, se puede recurrir a los fármacos. Pero también tenemos que enviar desde la mente órdenes a los músculos para que se relajen. Si se puede ir a baños de agua termal o a un fisioterapeuta, puede venir bien. En cuanto a los masajes no hay que ponerse en manos de cualquiera, porque no necesitamos masajes como las demás personas. Hay evidencia científica de que la acupuntura es eficaz en la fibromialgia, en cambio para la fatiga crónica no se aconseja.

## **13. ¿Considera que hoy en día los médicos tardan mucho en diagnosticar la enfermedad o dar con el diagnóstico correcto? Gracias**

Estas enfermedades se diagnostican descartando otras que pueden tener sintomatología parecida, así que algo de tardanza tiene que haber. Me parece que ahora ya se diagnostica antes, con todo y así en algunos lugares o servicios médicos donde se conozca poco la enfermedad se tardará más. Pero estamos trabajando para que haya protocolos y se impartan cursos a los médicos, para que puedan diagnosticarla antes, y así evitar sufrimiento personal y poder enfrentarte a ello para mejorar y llevar la enfermedad con una cierta normalidad.

## **14. ¿Cómo le diagnosticaron la enfermedad?**

Después de un largo vía crucis, muchos años y muchos especialistas. Me decían que eran los nervios, que no tenía nada, que era de libro. Incluso llegas a creerte que te lo estás inventando y eso es nefasto para salir adelante y poder curarte. Al final fui diagnosticada por un médico internista en un hospital público de Barcelona.

## **15. Buenos días desde Argentina, Manuela. Una pregunta por favor: ¿A qué edad es más propicia esa enfermedad?**

Recordar que estamos hablando de dos. La fibromialgia suele aparecer más entre los 20 y los 40 años y fundamentalmente en mujeres. La fatiga crónica también puede aparecer en gente joven, pero no es tan mayoritariamente femenina.

## **16. ¿Tiene épocas en las que el dolor sea inexistente?; si es que sí, ¿son épocas muy largas?, y ¿a qué cree que se debe?**

No tengo memoria de lo que es vivir sin dolor. Siempre tengo dolor, ya que es crónico. Aunque hay días que lo noto poco. Porque tengo un pacto con él, hay días que me deja bastante tranquila, que son los días en que me porto bien: hago todos los ejercicios, no me cargo con más trabajo de lo que debo hacer (porque estamos compitiendo con nosotras mismas, con las que éramos antes). He tenido épocas en las que me desapareció el dolor: durante los embarazos. Creo que una vez que estás diagnosticada, siguiendo las pautas, los estiramientos, haciendo una lista corta de cosas que tienes que hacer (corta para no tener frustración) y aprendiendo a vivir con lo que se tiene, se puede vivir bastante normal, sabiendo que hay cosas que no podemos hacer, pero bueno como le pasa a otra gente. Por ejemplo, ahora tampoco conduzco porque voy insegura, me cuesta, sobre todo si es un rato largo, si tengo que mantener los brazos en el volante me tenso, no sé relajar la musculatura. Pero de todas formas yo insisto mucho en ver el vaso medio lleno.

Fuente: <http://www.elmundo.es/encuentros/invitados/2005/04/1519/>

## SABÍAS QUE:

### UN CONSEJO

El estrés puede incidir muy negativamente tanto en tu salud física como en la mental. En especial, este estrés afecta adversamente al sistema inmunológico, y te lleva a tener una baja productividad. También perjudica tus relaciones de pareja, con tus hijas e hijos, familiares y amistades.

De hecho, parece inimaginable que en la sociedad actual, con tantas cargas sobre nuestras espaldas, podamos afrontarlas sin llegar a experimentar algún nivel de estrés. Sin embargo, la clave no está en renunciar a estas actividades, que de hecho pueden ser muy gratificantes, sino en aprender a controlar y aliviar su nivel de estrés.

Simplemente, debes llevar a cabo estas sencillas técnicas de relajación. Las mismas pueden ser realizadas en casi cualquier lugar, y en cualquier momento.

A veces necesitaremos un tiempo de práctica antes de llegar a ser efectivas, pero a la larga, siempre funcionan.

### Cinco sencillas técnicas de relajación

#### 1. Tómate un descanso

Si estás en tu casa, vete a dar un paseo. Descansa en un lugar tranquilo durante cinco minutos. Te ayudará a aclarar tu mente y concéntrate sólo en rejuvenecer tu cuerpo, mente y alma. Piensa en cosas pacíficas y calmantes. Llama a una amiga/o, si necesitas hablar. Después de cinco minutos u otro breve lapso, regresa a la tarea que dejaste pendiente.

Si estás en el trabajo, levántate y anda un poco. Charla con una/un colega durante uno o dos minutos.

También vale irse al baño para tener algún momento de soledad. Si puedes, sal un momento del edificio. Asegúrate de disfrutar de todos estos recreos, tan simplemente como lo que son, unos recreos.

No pienses en esos momentos en nada de lo que te estaba estresando, ni en lo que todavía tienes pendiente. Relájate esos preciosos pocos momentos. ¡Entonces, vuelve a trabajar!

## **2. Respira**

Haz algunas respiraciones profundas, en el mismo momento en que empieces a sentirte agobiada/o. Cuenta hasta diez. Una profunda respiración te ayudará a hacer circular más oxígeno a través de todo tu cuerpo.

## **3. Haz ejercicio diariamente**

Basta con un pequeño paseo diario. Esta actividad ayuda al cuerpo a eliminar las toxinas que se relacionan con el estrés. No esperes para dar ese paseo, hacer gimnasia..., procura que sea diario.

## **4. Delega**

Nuestros niveles de ansiedad y estrés están relacionados con nuestra tendencia a hacernos cargo de más de lo que podemos manejar.

Empieza a aliviarte de las cargas. Es necesario compartir las tareas de casa con todas las personas que viven en el hogar, las responsabilidades familiares, las laborales...

## **5. Prioriza**

Esfuézate sólo por las cuestiones importantes. Olvídate de las pequeñas y secundarias. Y aprende a decir: ¡BASTA! y ¡NO!

Finalmente, tómate tiempo para ti. Si no lo tienes, créalo dejando de hacer cualquier actividad que te haga perder tiempo y no esté relacionada con una obligación personal (¡como limpiar el cuarto de tu hija o hijo adolescente!).

En el trabajo llega cinco minutos antes para leer y memorizar una afirmación positiva en la mañana. Tómate un café, té..., mientras lees.

En tu casa, cierra la puerta del baño mientras te das una ducha relajante.

Medita y reflexiona por unos pocos momentos, tanto en el trabajo como en tu casa.

Trata de sentirte feliz, con éxito, y libre de estrés, mediante pensamientos positivos. Tu productividad aumentará. Tu actitud mejorará.

Y tu cuerpo, mente y alma te estarán agradecidos.

## Para saber más

### LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN SON MÁS EFICACES QUE LOS FÁRMACOS EN EL INSOMNIO\*

Un ambiente relajado (luz tenue, temperatura moderada, poco ruido), un horario estricto para ir a la cama y técnicas de relajación progresiva. La terapia cognitivo-conductual, que incluye estos tres aspectos, resulta más eficaz para combatir el insomnio crónico que la administración de ansiolíticos, según los resultados de un estudio.

El insomnio es **frecuente en personas de 55 o más años**, que habitualmente ven cómo su vida se resiente debido a esta alteración. Un reciente análisis mostraba que los costes médicos directamente asociados con la restricción de sueño suponen cada año en Estados Unidos 13.900 millones de dólares, unos 11.000 millones de euros.

A pesar de todos los inconvenientes que genera el insomnio, la mayoría de las personas que lo sufren permanecen sin tratamiento, hasta el 85%. Además, cuando se acude a la consulta de atención primaria en busca de una solución, casi todos los casos recurren a terapias farmacológicas que, aunque sí han mostrado su eficacia a corto plazo, su uso prolongado está asociado con efectos secundarios no deseables y con un mayor riesgo de dependencia y tolerancia.

Algunos estudios previos habían mostrado beneficios del empleo de la terapia cognitiva para tratar el insomnio, pero ninguno de ellos había **comparado esta opción con la farmacológica**. Por este motivo, un equipo de investigación de la Universidad de Bergen, Noruega, llevó a cabo un ensayo controlado entre enero de 2004 y diciembre de 2005 para comparar la eficacia, a corto y largo plazo, de estos dos tipos de tratamientos en 46 pacientes con insomnio crónico.

Los participantes fueron asignados a **tres grupos**: 18 recibieron terapia cognitivo-conductual, 16 tomaron zopiclone (un ansiolítico) y a 12 se les administró un placebo (sustancia inactiva). La duración de todos los tratamientos fue de seis semanas y los dos primeros grupos fueron seguidos durante seis meses.

---

\* Fuente: Artículo aparecido en el periódico *El Mundo* el pasado 28 de junio de 2006  
[http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/06/28/salud\\_personal/1151481045.html](http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/06/28/salud_personal/1151481045.html)

## Sesiones de 50 minutos

La terapia cognitivo-conductual consistió en sesiones individuales de 50 minutos de duración en las que se le enseñó al paciente medidas de higiene del sueño (aprender cómo la dieta, el ejercicio o el alcohol influyen sobre el insomnio); adiestramiento en rutinas diarias (fijar un horario para levantarse y acostarse); reconocer estímulos que favorecen el retraso del sueño (televisión, ordenador, etc., en el dormitorio); identificar, cambiar y reemplazar creencias y miedos en torno al insomnio, y aprender a reconocer y controlar la tensión muscular a través de ejercicios para iniciar una relajación progresiva.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se optó por zopiclone, un ansiolítico que los pacientes mayores suelen tolerar bien y que tiende a producir menos efectos adversos que las benzodiazepinas. Además, este medicamento ha sido uno de los más utilizados para el insomnio en Noruega durante los últimos 10 años. Cada semana, los pacientes recibieron una charla de 10 minutos para que pudieran reconocer cualquier tipo de reacción adversa y un médico les suministraba las siete píldoras de 7,5 mg para los siguientes siete días.

En el estudio, publicado en *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, se observó que los participantes que recibieron terapia cognitivo-conductual habían logrado dormir mucho más, a las seis semanas y a los seis meses, que los que habían tomado el ansiolítico o el placebo. Además, en muchos aspectos zopiclone no fue diferente de la sustancia inactiva.

## Cantidad y calidad de sueño

Las técnicas de relajación junto con los otros componentes de esa terapia ayudaron a reducir el número de horas nocturnas que los participantes pasaban despiertos. La calidad del sueño también mejoró (algo que se corroboró a través de diferentes pruebas y mediante los diarios de cada paciente). Además, el sueño de un 9% de los participantes que recibieron esta opción terapéutica siguió mejorando con el tiempo. Sin embargo, ese beneficio sólo se observó en el 1% de los que tomaron la medicación ansiolítica.

A pesar de los buenos resultados, se advierte que la muestra de pacientes era pequeña y que se optó por la elección de personas con insomnio crónico con lo que **no se pueden generalizar** los datos a aquellas personas con problemas de sueño secundarios a trastornos médicos o psiquiátricos. No obstante, el estudio confirma la

superioridad de la terapia cognitiva-conductual sobre el zopiclone y el placebo, algo que podría tener importantes repercusiones en la práctica clínica para el tratamiento del insomnio en adultos y ancianos.

Finalmente, se apunta que deberían realizarse más investigaciones para analizar qué factores de la terapia cognitivo-conductual influyen más sobre el sueño para potenciarla en sesiones de uno a dos años de duración después del tratamiento inicial, algo que podría mejorar o mantener los resultados.

## Para reflexionar

### SABÍAS QUE:

#### **DIAGNOSTICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO. LA ADECUADA PREPARACIÓN DE LOS MÉDICOS LES PERMITE DETECTAR EL DOBLE DE CASOS\***

Casi todas las mujeres víctimas de violencia de género acuden a los centros de salud como mínimo un año antes de ser diagnosticadas. Van por trastornos inespecíficos como pueden ser dolores de cabeza, dolores musculares o insomnio; 8 de cada 10 sufren otras enfermedades asociadas y la mitad toma psicofármacos. Éstas son algunas de las conclusiones de un estudio presentado la semana pasada en el XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc). El estudio también revela que los médicos de familia que están formados en esta materia detectan casi el doble de casos que los que no lo están.

En este trabajo han participado 400 profesionales de 64 hospitales, que atienden a una población de 150.000 mujeres, entre las que se diagnosticaron casi 350 casos de violencia. Los resultados evidencian que el 41% de las mujeres diagnosticadas sufre maltrato psicológico, el 37% maltrato físico y psicológico, y el 8% maltrato físico, psicológico y sexual. La mujer víctima de violencia que acude al centro de salud tiene una media de 50 años; más de la mitad de ellas están casadas, trabajan fuera de casa y llevan más de seis años de evolución de maltrato.

“Los médicos de familia deben recibir formación y adoptar una postura más activa frente a la violencia de género. Deben saber cómo identificar los factores de riesgo, reconocer los signos y señales de alerta, cómo preguntar, canalizar el caso, realizar un abordaje coordinado y conocer los recursos”, subraya Carmen Fernández, coordinadora del estudio, experta en violencia doméstica de la Semfyc y representante de esta sociedad en la elaboración del protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género que presentó el Ministerio de Sanidad en abril de 2007.

Entre los motivos por los que la mujer silencia el maltrato destacan la esperanza de que la pareja cambie de comportamiento (algo que no se materializa y retrasa la ayuda), el miedo al rechazo social, a las represalias y a los procesos judiciales. Se

---

\* Fuente: Artículo del diario *El País* del 25 de noviembre de 2008

[http://www.elpais.com/articulo/salud/Diagnosticar/violencia/genero/elpepusocsa/20081125elpepisa\\_2/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/Diagnosticar/violencia/genero/elpepusocsa/20081125elpepisa_2/Tes)

estima que una de cada tres mujeres sufre violencia de género al menos una vez en su vida y una de cada 10 padece violencia sexual.

Fernando Grande-Marlaska, juez de la Audiencia Nacional y conferenciante del congreso, destacó que la violencia de género es un problema social y sanitario de primera magnitud. El juez insistió en que hay que sensibilizar a la población, administrar una atención integral, implantar una política de igualdad efectiva y formar a los especialistas. "La ley define muy claramente la necesidad de prevención y lo que no se puede hacer es crear una ley y no dotarla de medios. Existe un problema de formación en el que se incluyen tanto los médicos como los jueces", subrayó.

Una de las medidas importantes fue la introducción, en 2006, de la violencia de género en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. El Plan Nacional de Sensibilización y Protección (2006-2008) ha hecho especial hincapié en la formación de expertos y, en diciembre de 2007, el pleno del Consejo Interterritorial aprobó los criterios de calidad para la formación de los sanitarios.

Entre las actuaciones de información destaca la creación del 016, un servicio telefónico de asesoramiento, que ha atendido 73.418 llamadas en 13 meses. Hasta el 31 de mayo de 2008 se han incoado 240.723 asuntos por violencia de género, 94.133 mujeres disponían de protección judicial y se han resuelto 143.672 solicitudes de órdenes de protección, de las que se concedieron 112.808. Desde 2005 hasta esta fecha se han dictado 302.957 penas por violencia de género, 53.282 con penas de prisión. El Gobierno ha invertido casi 800 millones de euros en políticas de prevención y lucha contra la violencia de género.

"La ley integral de 2004 y la ley de igualdad de 2007 son dos demandas de las organizaciones de mujeres desde hace años. El problema que surge ahora son los contramovimientos, esto es, los intentos enmascarados de los sectores a los que no les interesa que la ley sea eficaz. Tenemos una ley óptima pero, en términos generales, los jueces no la interpretan bien. Así es casi imposible que haya condenas por violencia psicológica y, con frecuencia, el agresor que quiebra la orden de alejamiento recibe una amonestación en vez de ingresar en prisión. De este modo, las mujeres se encuentran nuevamente indefensas y los hombres permanecen impunes", denuncia Ana María Pérez del Campo, presidenta de la Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas (914 418 555. [www.separadasydivorciadas.org](http://www.separadasydivorciadas.org)).

Mañana se presenta en el Consejo Interterritorial el informe anual sobre violencia de género 2007 al que ha tenido acceso El País. En él se recogen las actuaciones

que han acometido las comunidades autónomas, entre las que destacan la difusión, implantación e informatización del protocolo común para la actuación sanitaria, y otras iniciativas dirigidas a una actuación integral y coordinada entre las atenciones sanitaria, social y judicial. En 2009 el Gobierno invertirá casi 328 millones de euros desde los distintos ministerios para encarar la violencia contra las mujeres. El próximo informe del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer abordará la discapacidad en violencia de género.

### **Qué hacer en caso de agresión**

Las mujeres deben tener claro que la violencia de género no sólo incluye las lesiones físicas, sino también la violencia sexual (actos contra la libertad sexual y la dignidad en la relación de pareja; intimidación, violación) y la psicológica (lenguaje soez y humillante, críticas exageradas, insultos y desvalorizaciones). Las tres se pueden denunciar. Existen teléfonos de información y emergencia de ámbito nacional (112), regional y local las 24 horas del día, y la mayoría de ciudades y localidades cuentan con centros de atención a las víctimas, o asociaciones de mujeres maltratadas, y en todos los casos las áreas de la mujer o servicios sociales de los ayuntamientos.

En caso de agresión física, se debe acudir al centro de salud u hospital más cercano, que trasladará el parte médico al juzgado de guardia, donde se abrirá el proceso. Haya o no lesión física, la víctima puede presentar denuncia ante la policía o el juzgado. Lo puede hacer en persona o a través de un apoderado, de forma verbal o por escrito. Si es una emergencia puede solicitar auxilio policial llamando al 062 (Guardia Civil) o 091 (Policía), antes o después de acudir al centro médico.

Themis. Asistencia jurídica gratuita para mujeres víctimas de malos tratos. [www.mujeresjuristasthemis.org](http://www.mujeresjuristasthemis.org).

Asociación Consuelo Bergés. [www.consueloberges.com](http://www.consueloberges.com).



## RELACIONES IGUALITARIAS ENTRE LOS DOS SEXOS

Como señala **María Luisa Maqueda Abreu**<sup>22</sup> (catedrática de Derecho Penal. Universidad de Granada), el uso de la expresión “violencia de género” es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. En este sentido, hay que entender este hecho como “una manifestación más de la resistencia que existe a reconocer que la violencia contra las mujeres no es una cuestión biológica ni doméstica sino de género (...); no nos hallamos ante una forma de violencia individual que se ejerce en el ámbito familiar o de pareja por quien ostenta una posición de superioridad física (hombre) sobre el sexo más débil (mujer), sino que es consecuencia de una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal”.

Ya en la I Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en México en 1975, se reconoció por primera vez la gravedad de la violencia contra las mujeres. Y en las conferencias internacionales se han propuesto medidas para que los diferentes estados impulsasen políticas preventivas e integrales contra uno de los principales obstáculos que impiden el desarrollo de las mujeres: la violencia de género.

Dentro de la **Conferencia Mundial de los Derechos Humanos** celebrada en Viena en 1993 se aprobó la “**Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**”; constituye un hito a nivel internacional ya que se aborda la violencia de género dentro del ámbito de los derechos humanos.

En esta declaración se define **violencia de género** como “**todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada**”. Término acuñado en la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín en 1995.

Además, dentro de esta declaración se consideran como violencia de género los siguientes actos (artículo 2):

<sup>22</sup> “**La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social**”, publicado en la revista *Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. ISSN 1695-0194 RECPC 08-02 (2006).  
<http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>

“a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.

c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

En la **IV Conferencia Mundial de las Mujeres, celebrada en Beijing (Pekín, 1995)**, se reconoce que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos, ya que impide que las mujeres disfruten de sus derechos y libertades fundamentales y es considerada como **“una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que ha conducido a la dominación masculina, a la discriminación y a impedir el pleno desarrollo de la mujer”**. Además, recoge que la violencia contra las mujeres se produce **“en todas las sociedades, en mayor o menor medida, las mujeres y las niñas están sujetas a malos tratos de índole física, sexual y psicológica, sin distinción en cuanto a su nivel de ingresos, clase y cultura”**).

Por otro lado, en la Plataforma de Acción de Beijing se amplía la definición de la **“Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”** y abarca: quebrantar los derechos humanos de las mujeres en situaciones de conflicto armado, inclusive la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado; esterilización forzada, aborto forzado; la utilización forzada o bajo coacción de anticonceptivos; selección prenatal en función del sexo e infanticidio femenino. Reconoció, también, la particular vulnerabilidad de las mujeres pertenecientes a minorías: ancianas y desplazadas; mujeres indígenas o miembros de comunidades de refugiados y migrantes; mujeres que viven en zonas rurales pobres o remotas, o en instituciones correccionales.

En el ámbito de la Unión Europea, la primera vez que se abordó la violencia de género fue en el marco de la **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 20 de noviembre de 1996, sobre la trata de mujeres con fines de explotación sexual**.

En 1999, la unidad de la **Comisión Europea** encargada de la igualdad de oportunidades elaboró el glosario **“100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres”**, y se define **violencia de género, sexista o sexual** como **“todo tipo de violencia ejercida mediante el recurso o las amenazas de recurrir a la fuerza física o al chantaje emocional, incluyendo la violación, el maltrato de mujeres, el acoso sexual, el incesto y la pederastia”**.

Y **violencia doméstica o violencia en la familia** como: **“Toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto (...) y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo”**.

Por tanto, no es lo mismo violencia de género y violencia doméstica porque una apunta a la mujer y la otra a la familia como sujetos de referencia. La violencia de género es una manifestación más de la sociedad patriarcal y de las relaciones de poder entre hombres y mujeres donde las mujeres se encuentran en una situación de subordinación. Así, se considera que el ámbito familiar es propicio al ejercicio de las relaciones de dominio propias de la sociedad patriarcal, constituye un espacio privilegiado para el desarrollo de los roles de género relacionados con el cuidado de familiares y del hogar, y donde ha sido clara y contundente la autoridad masculina.

Por tanto, como señala **María Luisa Maqueda Abreu**, “esa confusión de etiquetas, a veces interesada, entre violencia de género y violencia doméstica contribuye a perpetuar la probada resistencia social a reconocer que el maltrato a la mujer no es una forma más de violencia, que no es circunstancial ni neutra sino instrumental y útil en aras de mantener un determinado orden de valores estructuralmente discriminatorio para la mujer”.

En este sentido, nuestro Estado ha recogido la violencia contra las mujeres como violencia de género, como se comprueba en la **Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LO 1/2004, de 28 de diciembre)** y se define **“como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”**.

## CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. DESMONTANDO MITOS

La violencia de género está rodeada de prejuicios que condenan de antemano a las mujeres, justifican a los hombres violentos y terminan con una actitud de tolerancia hacia este fenómeno. De alguna forma los discursos biologicistas permanentes en el imaginario colectivo de inferioridad de la mujer, frente al hombre sobrevuelan esta realidad. Se racionaliza la violencia de agresores a mujeres vinculándola sin razón científica al alcoholismo, adicciones, celos, marginación, enfermedad mental y otros factores que, aunque pueden actuar como condicionante, no convierten a los hombres en agresores y en las mismas circunstancias a las mujeres en víctimas.

Estos mitos que muestran a mujeres eligiendo ser maltratadas o disfrutando de la violencia que padecen, nos hacen tener una predisposición negativa ante ellas, provocando en la sociedad un efecto insultante no sólo para la víctimas de la violencia de género, sino para todas las mujeres.

Todas las personas tenemos integrada la tolerancia hacia la violencia de género. Reconocer y transformar estas actitudes, en una o uno mismo, es esencial para erradicar la violencia.

A continuación, recogemos algunos de los mitos que existen en nuestra sociedad sobre la violencia de género<sup>23</sup>:

### **Mito. “Sólo en las familias con ‘problemas’ hay violencia”.**

**Realidad.** En todas las familias y uniones hay problemas, bien económicos, laborales, de salud o los derivados de la propia convivencia entre varias generaciones, pero lo que diferencia a unas de otras es la manera de solucionarlos. En unos casos se hace a través de la violencia y nunca se resuelven, sino que se agravan. En otras ocasiones, para lograrlo utilizan la escucha, el diálogo, el respeto mutuo y la negociación.

---

<sup>23</sup> Fuentes sobre mitos en torno a la violencia de género:  
[http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/violencia\\_genero.php3](http://www.juntadeandalucia.es/averroes/publicaciones/violencia_genero.php3)  
<http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/salud-XII.pdf>  
[http://www.amuvi.info/documentos/tabla\\_mitosyrealidades.pdf](http://www.amuvi.info/documentos/tabla_mitosyrealidades.pdf)

**Mito. “Hombres adictos a drogas como el alcohol, parados, con estrés en su trabajo..., son violentos como efecto de su situación personal”.**

**Realidad.** Se intenta justificar a estos hombres a través de circunstancias problemáticas de carácter transitorio. Pero esto se desmiente al demostrar que también son violentos cuando no están sometidos a ninguna adicción o situación conflictiva concreta. Siendo más bien las relaciones de “poder sobre” las desencadenantes (hemos comprobado en ocasiones que estos hombres ante la autoridad –policía...– y en proceso de consumo autocontrolan perfectamente sus impulsos). Los propios medios de comunicación justifican, en muchas ocasiones, la búsqueda de un perfil de hombre “anormal”.

Además, muchos de estos hombres no son violentos en su medio social o laboral, teniendo una imagen de persona respetable e incluso admirada.

**Mito. “La violencia dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera”.**

**Realidad.** Creer que la familia es un ámbito privado e “intocable” ha hecho que siempre se vea disculpada e ignorada la violencia en el espacio doméstico, tanto por los Estados como por la propia sociedad.

Ante los delitos que se realizan en la familia, las personas callan y no intervienen por un falso respeto a su intimidad. Ningún acto que dañe a las mujeres física y/o psicológicamente puede ser considerado como privado, a resolver exclusivamente dentro de la familia.

Hay que tener en cuenta la responsabilidad de la vecindad. Es habitual escuchar tras un asesinato que los vecinos/as sabían del tema y, claro, no hicieron nada.

**Mito. “La violencia sólo existe en familias con pocos medios económicos”.**

**Realidad.** La violencia se da en todos los grupos sociales, económicos y étnicos. Existe una tendencia a pensar que las mujeres de familias con más recursos económicos no sufren violencia por razón de sexo. Esto no es cierto, la violencia que soportan puede ser más psicológica, pero también afecta a su identidad como mujeres, causándoles un daño muy importante.

Estas mujeres, además de contar con más recursos económicos, pueden tener otras presiones de tipo social para no comunicar su problemática o demandar ayuda de los servicios sociales. Por ejemplo: salvar la carrera profesional de la pareja, vergüenza ante su círculo social, “el qué dirán”, aparentar que su vida es un éxito, etc.

**Mito. “Siempre se exagera la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres”.**

**Realidad.** Cuando una mujer solicita ayuda, generalmente la situación ya es grave. Los hombres violentos y la sociedad en general no lo reconocen y niegan sus actos diciendo que “no es para tanto” o que quien confunde la realidad es la propia mujer.

**Mito. “La violencia la sufren un tipo concreto de mujeres, con características muy estereotipadas, mujer pasiva, joven (entre 20 y 35 años de edad), sin trabajo remunerado, con descendencia y que vive con una persona conflictiva (uso y abuso de alcohol, drogas, en desempleo...)”.**

**Realidad.** Hay que tener en cuenta que cualquier mujer puede sufrir una agresión. No hay un tipo de mujer que tienda a ser maltratada, tener una agresión sexual... Con esta idea, sólo se consigue reducir el problema y tranquilizar pensando que es una situación que afecta a determinadas mujeres y estigmatizar a quienes lo han sufrido, aislándolas y condenándolas al silencio.

**Mito. “Si no se van, es porque les gusta”.**

**Realidad.** A veces nos hacen creer que las mujeres no se separan de los hombres maltratadores porque disfrutan con las agresiones. La dependencia económica, la falta de relaciones afectivas donde apoyarse y el estado emocional en que se encuentra: pérdida de autoestima, depresión, miedo..., unido a la esperanza de que su pareja cambie, son entre otros los motivos por los que una mujer tarda en tomar la decisión de abandonar al agresor. La violencia de género es todo un conglomerado de fases de pérdida de identidad y aislamiento por parte de las mujeres. “Dar el paso” requiere de una reconstrucción interna, toma de conciencia y un ejercicio de autoestima, vulnerada normalmente en estas situaciones.

**Mito. “Cuando las mujeres dicen NO, quieren decir que SÍ”.**

**Realidad.** Los hombres violentos piensan que las mujeres no se atreven a manifestar sus deseos sexuales y por ello “creen” que las tienen que obligar o forzar.

**Cuando una mujer dice No, siempre significa NO.**

**Mito. “En el caso de que tengan hijas o hijos, es mejor que aguanten”.**

**Realidad.** Si la mujer es agredida, los niños y las niñas presenciarán la humillación de sus madres, convirtiéndose en testigos, y en muchos casos, también, en víctimas directas; produciéndose trastornos de conducta, de salud y aprendizaje.

Los niños incorporarán un modelo de relación agresivo, que reforzarán con sus compañeros y amigos. Este modelo puede ser reproducido en futuras relaciones de pareja o con sus hijas o hijos e incluso hasta con sus propias madres. Este tema se está desmintiendo porque de alguna forma se había convertido en un discurso determinista y lo que dicen los/as terapeutas es que la reacción posterior de estas personas es múltiple y no necesariamente la repetición de modelos vividos.

**Mito. “El violador es un enfermo mental y no es plenamente responsable de lo que hace”.**

**Realidad.** Los violadores son personas que no tienen ningún aspecto o rasgo físico determinado. Muchos de ellos realizan una vida normal e incluso pueden ser personas respetadas en la comunidad. La justificación de enfermos sirve para quitar responsabilidad al violador.

**Mito: “Es imposible violar a una mujer en contra de su voluntad”.**

**Realidad.** En el delito de la violación parece que socialmente se le exige a la mujer víctima un “certificado de haberse defendido”, lo que no se pide en otros delitos, como pueden ser robos u otro tipo de agresiones.

En una situación en la que está en juego la vida de una persona debería aconsejarse no oponer resistencia y obedecer las órdenes del agresor, sin que esto signifique que la mujer dé su consentimiento.

**Mito. “La mujer violada es la responsable del delito por provocar al violador”.**

**Realidad.** Existe una tendencia por parte de la sociedad a juzgar la conducta de la mujer violada más que la del violador, si la mujer llevaba una vida ordenada y regular, si se vestía de forma adecuada, si salía de noche, si hacía autostop, etc.

Los violadores no eligen a sus víctimas por su imagen llamativa; además, incluso agreden a niñas y ancianas. Dar imagen de insegura puede ser un factor que favorezca las agresiones.

**Mito. “La mayoría de las violaciones se producen a altas horas de la noche en descampados y por personas desconocidas”.**

**Realidad.** Más de la mitad de los casos de violación son producidos por personas conocidas y en lugares no deshabitados.

**Mito: “El abuso sexual a la infancia no es un problema extendido”.**

**Realidad:** En España, el 23% del total de niñas y el 15% del total de niños sufren abusos antes de los 17 años. Estos datos, escalofriantes, son similares en otros países.

**Mito: “La infancia corre peligro con extraños”.**

**Realidad:** El 82% de los abusadores son conocidos de su víctima. El 19% son familiares.

**Mito: “Los menores muy jóvenes no son tan frecuentemente abusados”.**

**Realidad:** Los menores sufren abusos a cualquier edad, desde la infancia a la adolescencia. Entre una cuarta y una tercera parte de todo el abuso conocido a menores se perpetra a los cinco años o antes.

**Mito: “El hombre estaba deprimido/estresado/su mujer embarazada/estaba borracho/enfermo/abusado en su niñez, etc.”.**

**Realidad:** Los abusadores usan una variedad de excusas para evitar tomar responsabilidad por el delito, y transfieren la culpa a cualquier persona o cosa. Nunca hay excusa.

**Mito: “Las mujeres también abusan sexualmente”.**

**Realidad:** Más del 95% de los abusos sexuales a menores son realizados por hombres.

## FORMAS DE VIOLENCIA

La violencia de género es un fenómeno complejo y con múltiples causas. A pesar del contexto cultural, social, económico y político no hay que olvidar su origen: la subordinación de las mujeres en las sociedades patriarcales.

En este sentido, los medios de comunicación perpetúan esta subordinación, reforzando a través de las imágenes y el lenguaje, las diferencias existentes entre mujeres y hombres. Así como las imágenes de violencia contra las mujeres, en particular la violación o esclavitud sexual, el uso de mujeres y niñas como objetos sexuales y la pornografía, contribuyen a perpetuar la violencia contra las mujeres.

A continuación vamos a recoger las distintas formas de violencia contra las mujeres:

– **Malos tratos:** La violencia contra las mujeres se ejerce en el ámbito familiar o doméstico, por personas de su entorno: pareja, padre, hijos o hermanos.

Los **malos tratos** pueden ser:

- *Psíquicos:* Aquellos actos o conductas que producen desvalorización o sufri-

miento en las mujeres. Pueden comprender amenazas, humillaciones, exigencia de obediencia, tratar de convencer a la víctima de que ella es la culpable de cualquier problema. Además, las conductas verbales coercitivas como los insultos, el aislamiento, el control de las salidas de casa, descalificar o ridiculizar la propia opinión, humillaciones en público, así como limitar y retener el dinero, son formas de maltrato.

- *Físicos*. Este tipo de violencia comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer, tales como: bofetadas, golpes, palizas, heridas, fracturas, quemaduras...
- *Sexuales*. Siempre que se imponga a la mujer una relación sexual contra su voluntad. Si bien cuando en esa relación se produzca una penetración forzada, se considera violación.

Estas tres formas de violencia, psíquica, física y sexual, suelen combinarse y resulta muy difícil de separar.

- **Agresiones sexuales:** Comprenden aquellas conductas sexuales donde se utiliza la fuerza o intimidación.
- **Violación:** Comprende toda penetración, por la vagina, el ano o la boca, usando la fuerza o intimidación. También se considera violación la penetración con objetos. Cuando una mujer haya sido forzada a realizar estos actos por un amigo, compañero o esposo, se considera violación.
- **Abusos sexuales a menores:** Hacen referencia a las actitudes y comportamientos que un adulto realiza para su propia satisfacción sexual, con una niña, niño o adolescente, empleando la manipulación emocional como chantajes, engaños, amenazas...; y en algunos casos, abarcan comportamientos como el exhibirse desnudo delante de la menor con el fin de excitarse sexualmente, observar a la niña vestirse o desvestirse, o cuando está en el baño, orina, etc.; tocarla, besarla, o agarrarla..., así como forzarla a tocar al adulto, realizar sexo oral, vaginal o anal. Obligarla a ver imágenes o películas, efectuar exploraciones médicas innecesarias con el fin de que el profesional se excite sexualmente, etc.  
Se llama **incesto** cuando los abusos sexuales son llevados a cabo por el padre, el padrastro, un hermano o cualquier pariente cercano.
- **Acoso sexual.** Comprende todo comportamiento sexual considerado ofensivo y

no deseado por la persona acosada en el ámbito laboral, docente o similar, utilizando una situación de superioridad o compañerismo y que repercute en sus condiciones de trabajo o estudio, creando un entorno laboral o de aprendizaje hostil, intimidatorio o humillante.

## SABÍAS QUE:

Tal y como señala **Leonore Walter**, psicóloga, se puede establecer una serie de etapas en las relaciones en las que existen malos tratos. Leonore Walter las recoge en la “Teoría del ciclo de la violencia” (1984):

Las etapas son:

**Fase de acumulación de tensión:** El maltratador empieza a mostrarse tenso e irritable, cualquier comportamiento de la mujer despierta en él una reacción de enfado.

La mujer sorprendida intenta hablar con él para solucionar el problema, ver la causa, pero esto sólo provoca más enfados en el hombre que la ve como excesivamente dependiente y empalagosa.

La mujer, para no molestarle, comienza entonces a no hacer nada, intenta no expresar su opinión porque sabe que él expresará la contraria y entonces habrá “bronca”, también intenta hacer las menores cosas posibles. Entra en una fase de inmovilidad, pero esto tampoco salva a la mujer, ya que el hombre la acusará de ser casi un “mueble” que no hace nada, que es una persona anodina y aburrida.

Si la mujer se queja, él lo niega todo y vuelca la culpabilidad en ella, y esa desigualdad que el hombre ha ido construyendo a lo largo de la relación es utilizada para callar a la mujer. La intenta convencer de que él tiene razón y ella no, que su percepción de la realidad es equivocada y, como ya hemos dicho, la desigualdad creada permite al hombre este comportamiento.

Ella acaba dudando de su propia experiencia y se considera culpable de lo que pasa. Esto va a reforzar todavía más el comportamiento del hombre.

Él se distancia emocionalmente, la mujer se asusta pensando que lo va a perder y que si esto ocurre, será culpa de ella puesto que no ha sabido conservar su amor. El hombre ya no siente ningún amor y se distancia y cada vez está más irritable.

Ella se disculpa una y otra vez, confiando en solucionar así la situación, pero el hombre se harta y siente necesidad de castigarla verbal, físicamente o de ambas formas a la vez.

**Fase de explosión violenta:** Como su nombre indica, el hombre acaba explotando, pierde el control y castiga muy duramente a su pareja, verbal o físicamente.

La insulta, la golpea, rompe cosas, amenaza con matar a los hijos y a ella, la interrumpe el sueño, la viola.

La mujer, que sólo intentaba salvar la relación, se ve ahora impotente y débil, la desigual balanza que se ha establecido a lo largo de los años la paraliza.

No toma represalias, todo el poder está en él, eso lo ha aprendido muy bien y la mujer entra en una “indefensión aprendida” que le impide reaccionar.

**Fase de “luna de miel”:** El agresor se siente muy arrepentido de su conducta (por lo menos las primeras veces), pide perdón, promete cambiar. Y realmente cambia, durante esta fase se convierte en el hombre más “encantador” del mundo, la lleva el desayuno a la cama, la cura las heridas, incluso se hace cargo de las tareas domésticas, le cede todo el poder a ella.

La mujer en esta situación se siente en éxtasis, tiene el poder y a su hombre detrás responsabilizándose y amándola. Él deja de ponerle tantas restricciones, se relaja un poco y la permite las salidas. Si bebía, deja de beber, incluso puede ir a terapia.

La mujer al ver estos cambios piensa que si ha podido dejar la bebida puede dejar de pegarla y piensa de verdad que no volverá a ocurrir, ya que equivocadamente ella relaciona (en un porcentaje muy alto) el maltrato con la ingestión de alcohol, sin pararse a pensar que cuando bebe él no maltrata a todo el mundo, sino sólo a ella.

**Escalada de la violencia de género:** Una vez que ha conseguido el perdón de su víctima, se siente de nuevo seguro en la relación, ya la ha recuperado y no tiene que seguir complaciéndola, empieza de nuevo la irritabilidad y los abusos y cuando ella quiere ejercer su recién conseguido poder, la castiga duramente.

Cada vez la mujer es más dependiente, cada vez tiene menos energía para luchar (indefensión aprendida). Es el marido o pareja, y no ella, quien controla estos ciclos y el que decide cuándo se acaba la luna de miel.

Ella empieza a darse cuenta de que, haga lo que haga, no puede controlar el comportamiento de su marido, los malos tratos son arbitrarios e indiscriminados. La mujer sólo tiene energías para intentar mantenerse con vida dentro de la relación o para que no se implique a los hijos e hijas.

Los ciclos de violencia se van sucediendo hasta que finalmente desaparece la fase de “luna de miel”.

## SEÑALES DE ALERTA PARA DETECTAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

### ¿Te identificas con estas situaciones?

Tu pareja:

- Ignora tus sentimientos con frecuencia.
- Ridiculiza o insulta a las mujeres como grupo.
- Utiliza su visto bueno, aprecio o afecto como premio o castigo.
- Te humilla en privado o en público (críticas, insultos, gritos).
- Rechaza mantener relaciones sociales en tu compañía.
- Te controla el dinero y toma las decisiones.
- No te “permite” trabajar.
- Te aísla de tus familiares y/o amigas y amigos.
- Con frecuencia amenaza con abandonarte o con hacerte daño a ti o a tu familia.
- Castiga o priva de cuidados a las hijas e hijos.
- Amenaza con quitarte a las hijas e hijos en caso de dejarlo.

Tú:

- Refieres con frecuencia diversos malestares físicos, como dolor de cabeza, torácico, espalda, abdominal, pélvico, insomnio, ahogos, lesiones agudas en múltiples puntos en forma de magulladuras, erosiones, cortes...
- Padeces: ansiedad, confusión, depresión, sentimientos de culpa, baja autoestima...
- Presentas dolores inespecíficos...

## No estás sola

### DEBES SABER

#### CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN

La violencia de género puede producir efectos en todas las facetas de la salud.

#### CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA

Lesiones (que pueden revestir diversos grados de gravedad), enfermedades de transmisión sexual, sida, embarazo no deseado, problemas ginecológicos, cefaleas, malestares físicos... Si la agresión se produce en una mujer embarazada, pueden existir consecuencias para el feto: aborto, parto prematuro, muerte fetal, lesiones en el feto o en el recién nacido.

#### CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL

Se produce tanto por la violencia psíquica como por el impacto emocional que genera la violencia física, sobre todo si existe sensación de peligro.

Comprende: cuadros de depresión/ansiedad, trastornos por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), diversas manifestaciones psicósomáticas...

#### CONSECUENCIAS PARA LA SALUD SOCIAL

La violencia de género puede originar sobre la mujer: aislamiento, desconfianza, desvalorización y/o dificultad para entablar relaciones sociales futuras.

### NIVEL DE RIESGO

No es un tema sencillo, dado que no existe un medidor con el que podamos establecer niveles de gravedad. Sin embargo, sí existen ciertos indicadores que nos ayudarán a detectar el riesgo existente, basándonos fundamentalmente en:

- Frecuencia de los incidentes violentos: ante mayor habitualidad más riesgo de peligro.
- Severidad y gravedad de las lesiones físicas o consecuencias emocionales producidas en anteriores ocasiones.
- Percepción de la gravedad que manifiesta la mujer: mayor riesgo ante la minimización.

- Reacciones anteriores del agresor ante tentativas de ruptura.
- Posesión de armas o antecedentes penales por conducta violenta.
- Primera tentativa de ruptura firme o primera denuncia.
- Amenazas del agresor: descripción de la acción de maltrato.
- Cuando la mujer manifiesta al agresor su propósito de abandonarlo o de poner fin a su convivencia, o se encuentra en proceso de finalizarla.
- Cuando el agresor quebranta/incumple una posible orden de protección obtenida por la mujer.

## ¿QUÉ PUEDES HACER?

### EL 016, UN TELÉFONO QUE PUEDE SALVARTE LA VIDA

**Tanto si eres víctima de maltrato como si conoces un caso cercano** de violencia de género, **puedes ponerte en contacto con el teléfono gratuito 016**. Funciona las 24 horas del día los 365 días del año y **no deja rastro en la factura del teléfono. Nadie sabrá que has llamado**. Es absolutamente confidencial.

En el 016 recibirás atención profesional. Te informarán de qué hacer en caso de maltrato y **en caso de emergencia te derivarán directamente al 112**. Recibirás información sobre los recursos y los derechos que tienes en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida.

Te pueden atender en castellano, catalán, gallego, vasco, inglés y francés.

**Si tienes una discapacidad auditiva, puedes llamar al 900 116 016.**

### ¿QUÉ TIENES QUE HACER SI HAS SUFRIDO UNA AGRESIÓN?

Lo primero es **acudir a tu centro de salud u hospital** para que te hagan un reconocimiento médico completo. Si no puedes acudir por tu propio pie, llama al servicio de Emergencias (112) para que vayan a donde estés. Si has sufrido una agresión sexual, coméntalo y pide una revisión específica. **Es muy importante que pidas el parte de lesiones.**

El siguiente paso es **denunciar y pedir la orden de protección**. Puedes denunciar en la Comisaría de la Policía Nacional, el Cuartel de la Guardia Civil o el Juzgado de Guardia de tu localidad. Es importante que solicites la **asistencia de un abogado**

**o abogada**, que identifiques al agresor, **que aportes el parte médico si existen lesiones**, que menciones si hay testigos, debes contar con detalle lo ocurrido (cómo se ha producido la agresión, en qué fecha, hora, lugar, etc.).

Si has sufrido maltrato en otras ocasiones es importante que lo expliques, que digas si entonces pusiste denuncia o no. Es también vital que comentes si tú y tus hijos estáis en una situación de riesgo. **Antes de firmar la denuncia, léela atentamente y pide copia**. Puedes pedir o solicitar información sobre la orden de protección.

## LA ORDEN DE PROTECCIÓN

Si eres víctima de malos tratos, **puedes pedir una orden de protección**. Una vez solicitada el juez recibe a la mujer y al agresor por separado y, **en un máximo de 72 horas**, decide sobre si es necesario adoptar alguna medida.

- **Medidas civiles.** Se refieren al uso y disfrute de la vivienda, al régimen de custodia, visitas y comunicación con los hijos, a la prestación de alimentos y a la protección de los menores. Tienen una duración de 30 días y hay que solicitarlas expresamente.
- **Medidas penales.** Están destinadas a evitar que el agresor pueda ponerse en contacto contigo y eludir así nuevas agresiones. Entre ellas está la prisión provisional, la orden de alejamiento, la prohibición de comunicación, la prohibición de residir o acudir al lugar del delito o residencia de la víctima y la retirada de armas y otros objetos peligrosos.
- **Medidas de asistencia y protección social.** Son servicios como los alojamientos de emergencia, las ayudas económicas, atención psicológica, asesoramiento jurídico, etc.

La orden de protección puede solicitarse ante el juez, el fiscal, ante la policía o la guardia civil, en las oficinas de atención a las víctimas, en los servicios sociales de tu ciudad o comunidad autónoma y en los servicios de orientación jurídica de los colegios de abogados.

## SI CORRES PELIGRO, SAL DE TU DOMICILIO

Si corres peligro, vete de tu casa. **Puedes abandonar el domicilio familiar sin perder derechos**, siempre que en un plazo de 30 días interpongas una denuncia o una de-

manda de separación.

Si tienes miedo de regresar a por tus cosas, llama a la policía o la guardia civil que te acompañen.

Si puedes, debes **llevar contigo el DNI** y la cartilla de la Seguridad Social, el libro de familia, **libretas de ahorro y tarjetas de crédito**, tu nómina y la de la persona con la que convives o copia de la declaración de la renta, dinero, llaves, **contrato de arrendamiento del piso o escrituras** de propiedad del mismo, permiso de trabajo si no tienes nacionalidad española, **certificados médicos**, objetos personales, medicamentos, agenda de direcciones, etc.

## QUÉ HACER SI CONOCES UN CASO DE MALOS TRATOS

La violencia de género no es un asunto de puertas para dentro. Las personas que están cerca de la víctima, sus familiares, amistades o sus vecinos deben ser conscientes de que su ayuda es también clave. La Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres también explica qué pueden hacer:

- Si sospechas que una persona está siendo agredida o escuchas frecuentemente ruidos o gritos, **debes llamar a la policía**.
- Si has presenciado un episodio violento, **préstate como testigo a la víctima**.
- **Si eres familiar** de la víctima, tú mismo **puedes solicitar la orden de protección**.
- Es importante que **escuches a la víctima y le hagas ver que no está sola** y que ella no es la culpable de la situación, pero no la presiones a tomar medidas.

Hasta aquí la guía pero, si quieres saber más, apunta:

## PARA SABER MÁS

Enlaces facilitados por [www.ciudaddemujeres.com](http://www.ciudaddemujeres.com)

### RURAL



#### **FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MUJERES RURALES (FADEMUR)**

Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales es una joven organización progresista que lucha por alcanzar la igualdad y el progreso de las mujeres que viven y trabajan en el medio rural.

<http://www.fademur.es/>



#### **Las Mujeres en el Medio Rural (MARM)**

Sección del Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino relativa a las mujeres en el medio rural.

<http://www.mapa.es/es/desarrollo/pags/mujer/intro.htm>

### SALUD



#### **Adaec**

Asociación de afectadas de endometriosis.

<http://www.adaec.org/>



#### **Asociación de Mujeres para la Salud (AMS)**

ONG formada por mujeres profesionales de la salud mental.

<http://www.mujeresparalasalud.org/>