MARIÁN, 5 años

LA SALUD DE LAS MUJERES EN ASTURIAS

Investigación cualitativa con grupos de discusión

Junio, 2004

Promueve: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Edita: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Distribuye: Servicio de Calidad y Programas de Salud. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias.

Catalogación y archivo editorial: Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia.

Autoras

Carmen Mosquera Tenreiro, médica-epidemióloga, S. Promoción de la Salud
Marian Uría Urraza, socióloga de la salud, S. Promoción de la Salud
Mercedes García Ruiz, psicóloga y sexóloga, Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Coordinadora del documento: Marian Uría Urraza

Maquetación: Rosa Mª Carretero de Lama

Colaboraciones

Participaron en la discusión de la metodología y en algunas reuniones de los grupos de trabajo:

Patrocinio Morote Gómez, médica de Salud Pública de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
Esther Arbesú Fernández, médica de Salud Pública del SESPA.
Capitolina Díaz Martínez, profesora de Sociología de la Universidad de Oviedo.
Gemma Álvarez Iglesias, socióloga del Instituto Asturiano de la Mujer.

Diseño: FORMA

Impresión:

Depósito Legal:

Nuestro agradecimiento a las mujeres
que nos ayudaron a comprender mejor la relación que tiene
el ser mujer u hombre
-los roles que se nos asignan socialmente a una y otro-
en nuestra salud y bienestar o en su pérdida.

A todas ellas,
por regalarnos su tiempo, su energía y su conocimiento.

Presentación

El estudio que ahora presentamos complementa desde una perspectiva cualitativa al estudio *La salud de las mujeres.* La utilización de una metodología cualitativa a través de grupos de discusión focales significa ganar en acercamiento a la realidad de las mujeres, dándoles voz en su doble papel de usuarias y de profesionales sociosanitarias.

Desde esta perspectiva, la representatividad de esta investigación supone una gran riqueza tanto por el análisis de las situaciones de vida y de los problemas de salud que afectan a las mujeres, como por la forma en que el sistema sanitario los está abordando. Y esto adquiere una especial importancia en un momento en el que gana fuerza un planteamiento de salud que, de una parte, amplia el concepto entroncándolo con el de calidad de vida; y de otra parte, centra el protagonismo en las personas usuarias del sistema sanitario.

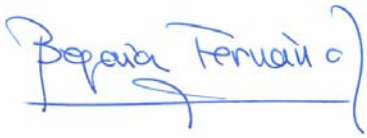
Este estudio recoge las aportaciones de mujeres muy diversas a través de propuestas encaminadas a la prevención, a la mejora de la calidad de vida, a la desmedicalización de algunos procesos y a la participación activa en el mantenimiento y recuperación de la salud.

Además este estudio es una contribución a la investigación en género y salud, visibilizando que las condiciones de vida y los comportamientos ligados a los roles que la sociedad asigna a hombres y mujeres, tienen una importante implicación en la salud y el bienestar, así como en la pérdida de los mismos. Igualmente pone de manifiesto que la investigación en salud, la formación de sus profesionales, el abordaje de la enfermedad y la atención están claramente mediatizados por patrones masculinos.

En definitiva, este estudio resulta totalmente novedoso en nuestra Comunidad Autónoma y señala un camino que debe ser asumido e incorporado por nuestro sistema para que realmente hablemos de un sistema sanitario, de salud, que trate por igual a mujeres y hombres.

En él han participado más de 50 mujeres en siete grupos de discusión. A todas ellas gracias por su tiempo, por su voz, por sus aportaciones... por esta investigación. Sin ellas no hubiera sido posible.

José Ramón Riera Velasco
El Director General de Organización
de las Prestaciones Sanitarias



Begoña Fernández Fernández
La Directora del Instituto Asturiano de la Mujer

Índice

Antecedentes **9**

Metodología **10**

1. Grupos de profesionales sanitarias **17**

Percepción de los principales problemas de salud de las mujeres *19*
La medicalización de la vida reproductiva *26*
La menopausia *33*
La violencia contra las mujeres *40*
Propuestas de Trabajo **50**

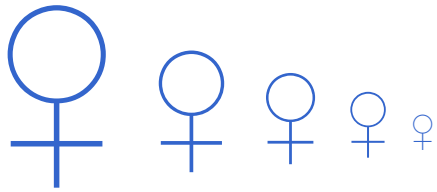
2. Grupos de mujeres del entorno asociativo **53**

Mujeres de asociaciones del Valle del Nalón y Lugones
La salud de las mujeres de 50 años en adelante *55*
La percepción sobre la violencia contra las mujeres como problema de salud *62*
La utilización del sistema sanitario *66*
Mujeres de asociaciones del centro de Asturias
La atención al embarazo y el parto *77*
La percepción de la violencia contra las mujeres como problema de salud *85*
La utilización del sistema sanitario *89*
Propuestas/Recomendaciones **101**

3. Grupos de mujeres jóvenes **103**

Grupo del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias
La sexualidad, anticoncepción, aborto y embarazo *105*
La Violencia *116*
La nutrición y el ejercicio físico *122*
Grupo de jóvenes de E.S.O. del Instituto Alfonso II
La sexualidad, anticoncepción, aborto y embarazo *127*
La Violencia *140*
La nutrición y el ejercicio físico *145*
Propuestas/Recomendaciones **147**

A modo de conclusión **151**



Antecedentes

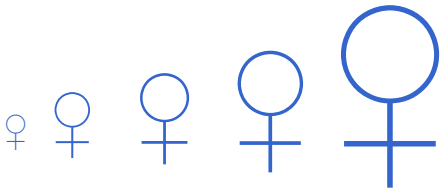
Este trabajo de investigación cualitativa es la continuación de la investigación y reflexión recogida en el documento *La Salud de las Mujeres en Asturias*[1], promovido por la Dirección General de Salud Pública y el Instituto Asturiano de la Mujer y editado en el año 2002. En aquel estudio, de tipo cuantitativo, realizado por un grupo multidisciplinar desde la Sección de Promoción de la Salud, ya se señalaba la necesidad de profundizar en algunos aspectos de los allí planteados, de contrastar aquellos datos y propuestas de trabajo, con las percepciones, valoraciones y opiniones de las propias mujeres y de las profesionales de la salud.

Con el fin de mejorar nuestro conocimiento y poder hacer propuestas más matizadas se realizó esta investigación con grupos focales de discusión. La investigación se centró en tres aspectos: 1) la percepción de las profesionales, de un lado, y las mujeres, del otro, sobre los problemas de salud principales en las mujeres, 2) la valoración de unas y otras del fenómeno de progresiva medicalización de la vida de las mujeres, 3) las percepciones y actitudes sobre el problema de salud que genera la violencia contra las mujeres y 4) la utilización del sistema sanitario. Además, en los grupos de mujeres más jóvenes se abordó el tema de la sexualidad, la anticoncepción y el embarazo.

Es importante tener en cuenta la peculiaridad de este tipo de investigaciones, en el sentido de que no pretende representar al conjunto de mujeres, ni al conjunto de profesionales sanitarias de Asturias. El documento respondería a un tipo determinado de profesionales y un tipo determinado de mujeres, como se planteará al hablar de la selección de las participantes. Esta característica de los grupos de discusión no resta validez a la investigación, sino que complementa de forma matizada, con una perspectiva sociológica, la primera investigación mencionada anteriormente.

Esta investigación aporta ideas críticas, novedosas y polémicas sobre la actual situación de atención a la salud de las mujeres, en el interés de contribuir a mejorarla y renovarla incorporando la perspectiva de género, es decir, comprendiendo un poco mejor la relación que guardan los roles masculino y femenino con la salud y la enfermedad y con la atención a ellas prestada.

[1] Arbesú Fernández, E. y colaboradoras: La Salud de las Mujeres en Asturias. Oviedo, 2002. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.



Metodología

El método de investigación elegido

Para abordar esta investigación se constituyó un grupo multidisciplinar de profesionales pertenecientes a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y al Consejo de la Juventud, que trabajan en el ámbito de la Promoción de la Salud; algunas de ellas son autoras del *estudio La Salud de las Mujeres en Asturias*.

La metodología utilizada fue cualitativa y la técnica elegida fue los grupos de discusión o grupos focales[2].

Tras la consiguiente revisión de la bibliografía, que permitió profundizar en los criterios de funcionamiento de los grupos focales y la forma de analizar la información recogida, y la reflexión de viabilidad del proyecto de investigación, se planteó que sería razonable y posible organizar siete grupos de mujeres: cinco grupos de usuarias y dos de profesionales.

Se elaboraron una serie de preguntas para cada uno de los apartados sobre los que se quería trabajar, y que ya han sido mencionados anteriormente, lo que permitiría profundizar y ordenar el debate.

Los grupos de discusión

- **Los grupos de mujeres**

Se formaron siete grupos, que abarcaban distintas edades y ámbitos geográficos. El análisis se presenta, en la mayor parte de los casos, de forma independiente, dadas las características específicas de cada uno de ellos:

[2] Richard A. Krueger: El Grupo de Discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Ed. Pirámide, Madrid, 1988.

Grupos 1 y 2:

Dos grupos, cuyo análisis se realiza conjuntamente dada su similitud, formados por mujeres de una edad de 50 años en adelante, residentes unas en la cuenca minera del Nalón y otras en el concejo de Lugones. En su práctica mayoría eran amas de casa y, en general, muy activas en sus asociaciones.

Con las mujeres del Nalón se realizaron dos reuniones en la Casa de la Buelga en Langreo, en las que se trataron los siguientes temas: principales problemas de salud de las mujeres y los estilos de vida, la violencia de género como problema de salud y la utilización del sistema sanitario. Sin embargo con las mujeres de Lugones, solo se realizó una reunión en la Consejería de Salud, en la que se debatió sobre la utilización del sistema sanitario.

En la primera reunión, tras la presentación del grupo y de sus objetivos, se fueron planteando, una a una las preguntas, que sobre cada uno de los grandes apartados, se había diseñado, para que el debate pudiera ser participativo y ordenado. En la segunda reunión, se siguió la misma metodología respecto a la formulación de preguntas.

Grupo 3:

Un grupo de mujeres más jóvenes, pertenecientes a asociaciones de Gijón y Avilés que trabajan en cuestiones relacionadas con la salud de las mujeres, como grupos de autoconocimiento y autoayuda, o dedicándose al debate y a la investigación. La mayor parte de estas mujeres tenían estudios universitarios de grado medio o superior.

Con este grupo se realizaron también dos reuniones en el Centro Asesor de la Mujer de Gijón y se plantearon tres apartados: la medicalización de la vida reproductiva de las mujeres, la violencia de género como problema de salud y la utilización del sistema sanitario.

Se siguió la misma metodología que con los grupos anteriores. Planteando las preguntas, una por una para ordenar el debate.

Grupo 4:

Un grupo de mujeres jóvenes, en torno a los 20 años, participantes en asociaciones juveniles y mediadoras de salud del Consejo de la Juventud. La mayoría tenía nivel universitario y eran muy activas en el trabajo con población juvenil.

Se realizaron igualmente dos sesiones de una media de tres horas de duración en los locales del Consejo de la Juventud de Asturias, en las que se trataron los siguientes apartados: sexualidad, anticoncepción, aborto y embarazo, la violencia de género como problema de salud para las mujeres jóvenes, nutrición y problemas relacionados y ejercicio físico.

Grupo 5:

Un grupo de adolescentes, estudiantes de un instituto de enseñanza secundaria de Oviedo. La edad de las participantes era de 15 y 16 años y el grupo fue constituido con la ayuda del orientador del centro que también facilitó un lugar de reunión.

Los temas tratados en las dos reuniones que se celebraron fueron los mismos que en el grupo anterior y también se fueron desgranando las preguntas para ordenar el debate

- **Los grupos de profesionales sanitarias**

Grupos 6 y 7:

Dos grupos de profesionales, constituido por 16 mujeres profesionales de atención primaria, salud mental y atención hospitalaria, de diferentes perfiles profesionales, con una media de 15 años de experiencia. La constitución de los grupos no fue realizada al azar. Las participantes fueron seleccionadas por su preocupación y conocimiento sobre los temas que se iban a debatir y por su reconocido compromiso con una atención de calidad.

Estas personas se reunieron en dos grupos independientes. Cada uno de ellos se reunió en dos ocasiones, planteándose todas las preguntas en cada apartado, al comienzo de la reunión. Los datos aportados para la discusión fueron tomados, fundamentalmente, de la investigación *La Salud de las Mujeres en Asturias.*

El documento que se presenta de este grupo, al igual que los de los demás grupos, no pretende ser un análisis exhaustivo y acabado de los temas, sino unas reflexiones ordenadas que arrojan luz sobre los datos cuantitativos expuestos en la investigación mencionada y que hacen propuestas de mejora en la atención prestada a las mujeres asturianas.

La organización del trabajo

La forma de contacto se realizó, en el caso de los tres grupos pertenecientes a asociaciones, por medio del listado de asociaciones de mujeres aportado por el Instituto Asturiano de la Mujer. Las mujeres jóvenes del Consejo de la Juventud fueron contactadas a través de este organismo y el orientador de un instituto de enseñanza secundaria facilitó la organización del grupo de adolescentes, como ya se ha señalado. En el caso de las profesionales, se contactó con mujeres con una trayectoria profesional reconocida. La invitación a participar se realizó, en la mayor parte de los grupos, a través de llamadas telefónicas personales. Las reuniones se llevaron a cabo en la primavera y otoño de 2003.

Los grupos fueron conducidos por una coordinadora y una relatora. La función de la coordinadora fue presentar los objetivos del grupo, las condiciones de funcionamiento y enumerar las preguntas elaboradas para cada apartado. La relatora se encargó de apoyar la labor de la coordinadora, señalar puntos que se podían haber olvidado en el debate y encargarse de la grabación de las sesiones.

Una vez realizadas las dos reuniones de cada grupo, se procedió a la transcripción literal de las grabaciones, por parte de personas independientes y con experiencia en esta labor. El análisis de los textos correspondientes a cada grupo, fue llevado a cabo por las coordinadoras de cada uno de ellos, realizándose posteriormente, por parte del conjunto de investigadoras, discusiones y revisiones de todo el material elaborado. Por otro lado, el documento correspondiente a las profesionales sanitarias, fue remitido a las mismas para su revisión final.

La presentación de la información

La información recogida está presentada de forma descriptiva, combinando un párrafo que sintetiza las ideas claves expuestas en el grupo seguido de citas ilustrativas con las expresiones textuales de las participantes. En algunas ocasiones, se incluyeron palabras entre corchetes, para dar coherencia a algunas frases que en el texto, serían difíciles de interpretar.

Este documento, es pues, el resultado de un largo y laborioso proceso. La riqueza de las aportaciones de estas mujeres, tanto usuarias, como profesionales del sistema sanitario, queda plasmada en las siguientes páginas.

Los temas de debate en los grupos de mujeres

Utilización del sistema sanitario (G. 1, 2, 3)

Atención primaria:

- La satisfacción con la atención
- El tiempo dedicado: suficiente o insuficiente
- La calidad de la información

Atención especializada:

- La satisfacción con la atención
- La calidad de la información
- La atención a las mujeres y a sus procesos
- El trato a la intimidad
- Las preferencias por la atención de profesionales mujeres y hombres
- El trato inadecuado y las denuncias

Propuestas de mejora para que los servicios de salud resulten más accesibles y adecuados

La violencia de género como problema de salud (G. 1 y 3)

- La violencia de género como un problema que afecta a la salud de las mujeres
- Los y las profesionales sanitarios en la detección y abordaje de este problema

Los problemas de salud de las mujeres y los estilos de vida (G. 1)

- Los principales problemas de salud de las mujeres
- Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades de los huesos como problemas de salud para las mujeres
- Medidas para disminuir esos problemas
- La posible influencia de la alimentación y el ejercicio físico
- Los impedimentos o dificultades para llevar a la práctica una alimentación sana y ejercicio físico
- La experiencia en torno a la menopausia
- Propuestas para mejorar la salud de las mujeres

Medicalización de la vida reproductiva de las mujeres (G. 3)

Embarazo y parto:

- Su experiencia durante el embarazo
- El seguimiento hospitalario
- La información recibida
- Las diferencias entre la asistencia pública y la privada
- La medicalización del proceso
- Alternativas en relación al embarazo y parto en otros países
- Su experiencia durante el parto
- Cuestiones que se podrían o deberían realizar para mejorar la atención
- Alternativas al parto hospitalario. Experiencias

Sexualidad, anticoncepción, aborto y embarazo (G. 4 y 5)

- Aspectos relacionados con su visión de la sexualidad
- Los métodos anticonceptivos: conocimientos, fuentes de información, dificultades para su conseguirlos y para utilizarlos.
- La píldora postcoital: conocimientos, cómo se percibe entre las jóvenes su uso, dificultades para conseguirla, propuestas para mejorar su acceso.
- Aspectos que influyen en: la decisión de tener hijos y realizar una IVE.
- Información y recursos conocidos.

La violencia contra las mujeres jóvenes como problema de salud (G. 4 y 5)

- Percepción sobre la situación que viven las mujeres jóvenes respecto a la violencia.
- Cómo se produce, por parte de quien, qué influye y qué recursos conocen.

Nutrición y ejercicio físico (G. 4 y 5)

- Aspectos que influyen en la dieta de las jóvenes.
- Relación entre dieta e imagen corporal. Percepción sobre los trastornos de alimentación.
- Recursos que conocen.
- Hábitos de las jóvenes respecto al ejercicio físico.
- Diferencias que perciben entre chicos y chicas.

Los temas de debate en los grupos de profesionales sanitarias

El embarazo (G. 6 y 7)

- Breve descripción de la situación actual del parto en nuestro entorno.
- Valoración sobre el control del embarazo.
- Diferencias (si las hubiere) entre la asistencia pública/privada.
- Relación/coordinación entre primaria/especializada.
- La información que recibe la embarazada.
- Los cambios de profesionales: medicina, matrona primaria y especializada, ecografista, genetista...
- Propuestas de mejora.

El parto (G. 6 y 7)

- Breve descripción de la situación actual del parto en nuestro medio.
- Valoración de la situación sobre el nivel de gratificación/satisfacción de la mujer.
- La mujer como protagonista o los protagonistas son los profesionales?
- La información recibida y “el consentimiento informado”.
- El papel de los profesionales, del medio hospitalario, de la familia, amistades...
- Propuestas de mejora.

La menopausia (G. 6 y 7)

- Breve descripción de la situación en nuestro medio.
- Valoración de las creencias actuales en relación con esta etapa de nuestras vidas.
- Información que reciben las mujeres acerca del climaterio/menopausia.
- Información acerca de los “tratamientos” hormonales sustitutivos, dudas, preguntas, miedos que plantean las mujeres.
- Opinión sobre “otros tratamientos” prescritos a las mujeres en esta etapa de la vida, fundamentalmente: antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos.
- Propuestas de mejora.

Violencia hacia las mujeres (G. 6 y 7)

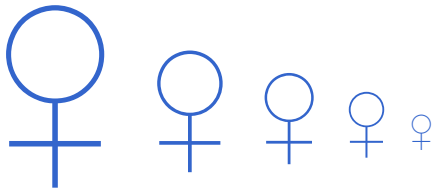
- Percepción del problema de la violencia contra las mujeres, desde la consulta.
- Capacidad para detectarlo y si se hace habitualmente o no.
- Qué se hace cuando se detecta.
- Dificultades encontradas para trabajar el tema.
- Propuestas de mejora.

ALICIA. 5 años

1 Grupos de profesionales sanitarias

Autora:
Carmen Mosquera Tenreiro, *médica-epidemióloga*

Participantes:
Carmen Antuña Álvarez, *médica de familia*
Andrea Brandt, *obstetra*
Gema Coira Fernández, *médica de familia*
Carmen Díaz Díaz, *ginecóloga*
Eugenia Díez Rodríguez, *psicóloga clínica*
Mª de la Concepción Fernández Pol, *psicóloga*
Consuelo González González, *matrona*
Mª Antonia López Hernández, *enfermera de atención primaria*
Lina Menéndez Sánchez, *trabajadora social*
Dolores Mirón Ortega, *enfermera de atención primaria*
Alicia Rodríguez Fernández, *médica de familia*
Paz Rodrigo Fonseca, *servicio de atención al paciente*
Rosario Rodríguez Gutiérrez, *trabajadora social*
Mª Victoria Sánchez Marqués, *médica de familia*
Magda Torrents Muns, *ginecóloga*
Maite Vallina González, *psicóloga*



Percepción sobre los Principales problemas de salud de las mujeres: cuáles son las demandas expresadas en la consulta que el grupo consideró más importantes

Resumen y comentarios

Las profesionales de atención primaria estaban, mayoritariamente, de acuerdo en que uno de los principales problemas de salud de las mujeres entre 30 y 60 años, es el de su papel de cuidadoras en la familia, el desgaste que ello supone y las repercusiones sobre su salud física y mental, que las profesionales perciben como cuadros clínicos diversos: depresión, agotamiento, lumbalgia, ansiedad, tristeza..., que algunos autores denominan "síndrome de la cuidadora". Se hizo mención especial al caso de las abuelas cuidadoras, mujeres de 80 años. Se señaló la enorme sobrecarga de trabajo y responsabilidad a su edad y las repercusiones en su salud.

Señalaban, así mismo, la dificultad para hacer visible ese problema de salud a través del registro actual OMI-AP, ya que se pueden registrar las consecuencias –los síntomas clínicos señalados anteriormente-, pero no la causa que los genera o con la que se relacionan -la sobrecarga como cuidadoras en el ámbito familiar- a no ser que se introdujera un cuadro específico que contemplara esta realidad.

Algunos comentarios representativos a este respecto fueron:

- *Lo que veo mucho como propio de la mujer [en comparación con el hombre] es la sobrecarga tan grande como cuidadoras... de los suegros y de los padres, y hay mujeres que lo viven con mucha angustia y a veces no tienen con quién compartirlo.*
- *Y otro problema que veo mucho es la abuela sobrecargada... que cuida a los nietos y a los hijos separados que vuelven a casa a los 40 y 50 años. Estos niños y niñas que no tienen padre ni madre, que son las abuelas las que se hacen cargo de esa situación.*
- *Y que no tienen después ningún recurso de descarga. No hay tantos recursos y después ese doble sentimiento de la obligación y la culpa, pues los pocos que hay tampoco se utilizan. Porque hay pocos y mal aprovechados.*

- *Luego, desgraciadamente, a las cuidadoras les ocurre que cuando pierden a quién cuidar, parecería que tendrían que lograr su felicidad... pero no, no tienen ningún recurso después de dejar de cuidar. ¡No saben qué hacer cuando dejan de cuidar!*

A esto añadían la preocupación sobre un fenómeno de desvalorización (o insuficiente valoración), por parte de algunos profesionales de la salud, de los cuidados en la salud-enfermedad prestados por las mujeres –madres o abuelas-, lo que genera inseguridad e incluso malestar en la mujer que cuida. Se manifestaba, en definitiva, la falta general de reconocimiento del papel de la mujer en el ámbito de los cuidados informales.

- *El problema es que ahora las mujeres hacemos funciones de cuidado pero encima no podemos saber, es decir, estamos desvalorizadas, constantemente tenemos que ir a los profesionales a que nos digan lo que tenemos o no que hacer, que nos reaseguren en esa función.*
- *Las madres también están devaluadas, porque las "soluciones" las dan los médicos, los profesionales...*

Se planteaba que éste, el del cuidado de las personas dependientes, es un problema social sin abordar suficientemente por el sistema sanitario y social y que las consecuencias recaen en la salud de las cuidadoras que, finalmente, ante la escasez de recursos sociales destinados al cuidado de las personas mayores, discapacitadas, enfermas..., expresan la queja y la demanda en el sistema sanitario. La necesidad detectada por las profesionales es la de más recursos sociales destinados al cuidado de estas personas; simultáneamente, la necesidad de más recursos de apoyo a las mujeres que proporcionan cuidados básicos en el ámbito doméstico y un mayor reparto con los hombres en las cargas y responsabilidades del cuidado familiar.

- *Siendo la sanidad el recurso más accesible que tenemos en este momento en el país, hay toda una serie de problemáticas sociales que donde va a exponerse va a ser allí. [En el tema de las cuidadoras] no podemos hablar de un problema fundamentalmente sanitario, lo estemos captando, no lo estamos reflejando [en el sistema de información OMI-AP]... y tampoco se está resolviendo. Porque pretender resolver como problema de salud algo tan complejo y que, fundamentalmente, es un problema de recursos sociales, pues no hay nada que resolver. Y yo creo que, hoy por hoy, es un tema de los más serios.*

- *Tendría que haber una respuesta más allá que la que se está dando, que es medicalizar la vida cotidiana... Yo creo que se está dando una respuesta falsa, se está tapando. Las mujeres son las cuidadoras y entonces están cubriendo un papel… te llegan con un montón de quejas y ¿qué te ofrece el sistema? ¿darle ansiolíticos y antidepresivos? ¿esa es la respuesta? Esa es la respuesta que estamos dando, sí.*
- *No hay respuesta desde el sistema sanitario, porque no hay respuestas en el sistema social. Pero tú, como profesional, tendrás que ayudar a esa mujer a cómo enfocar su situación de alguna manera y que se contenga de alguna manera.*
- *El problema está en la insuficiencia de recursos sociales. Y cada vez más. Pero nuestra parte [la del profesional] es que le des más autonomía a la persona para que tenga recursos de cómo afrontar sus problemas.*

Otro de los temas de preocupación señalados son las demandas en consulta de atención primaria relacionadas con problemas de salud mental: depresión, soledad, angustia, insomnio... La opinión general es que dicha demanda está relacionada, muchas veces, con la forma de vida y el rol social de la mujer y, sin embargo, en demasiadas ocasiones se responde a ella con un abordaje medicalizador y farmacológico (antidepresivos, ansiolíticos, somníferos...). Se abordó con preocupación el hecho de la cronificación de estos tratamientos farmacológicos en los dispositivos de salud mental.

Algunos comentarios significativos fueron:

- *El consumo de antidepresivos entre los pacientes que vemos, y que son fundamentalmente derivados de atención primaria, ya vienen prácticamente todos y todas, que son mayoría, vienen con un antidepresivo bajo el brazo y un ansiolítico por si acaso.*
- *A mí me preocupa mucho la gente que está colgada con la medicación por salud mental que toman esa medicación pues porque le pasó algo al hijo hace 20 años. Para toda la vida... Es un horror... creo que estamos metidos en un círculo vicioso donde hay una tendencia también a pensar en que todo se resuelva con una pastilla...*
- *El problema es que la gente queda enganchada de por vida o durante muchos años a tratamientos; debería haber un cambio en el enfoque terapéutico.*
- *… Me llama la atención que la que viene a consultar siempre para toda la familia es la mujer, es muy raro que un hombre venga solo a consultar. Cuando un niño está enfermo, si la*

mujer trabaja, es muy raro que venga el padre. Y creo que eso se sigue dando entre la gente joven.

- *Algo que yo también veo es que las mujeres no se ven como sujetos, pocas veces vienen sólo a pedir algo para ellas, siempre piden algo con relación a su familia.*

Se detectaba, así mismo, que la mujer estaba más expuesta que el hombre a este fenómeno medicalizador de la vida de las personas al ser más frecuentadora del sistema para su familia y para sí misma. De otra parte se señaló la existencia de un sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento de estos cuadros.

- *Porque ahora se muere tu padre y nos tenemos que tomar algo: Es amortiguar, es como un amortiguar todo lo que sea sentir... Pero a la mujer, todo el mundo asume que hay que darle algo: Porque tenemos una función muy importante, porque como es la cuidadora, la cuidadora no puede estar mal. Tiene que seguir cuidando.*
- *En algunos estudios se ve que los médicos de cabecera detectan mejor la patología en hombres que en mujeres, tienen una mayor precisión.*
- *...Cuando nos enfrentamos a un varón que consulta pensamos en dos opciones: una, está muy tenso y muy estresado por el trabajo o, segunda, me estoy enfrentando a una esquizofrenia, a alguna forma de psicosis... Y eso no lo hacemos con la mujer. Porque hemos estudiado unos síntomas en la carrera con un patrón masculino...Y porque ya la etiquetamos "bueno, ésta siempre con lo mismo, es una histérica, se deprime..."*

Las profesionales apuntaban diversas razones explicativas de esta realidad descrita: la formación profesional biologicista recibida, la falsa creencia de que el sistema sanitario lo puede resolver todo, el sesgo de género presente en la investigación, en la formación y en la práctica clínica y la actual tendencia social a disponer de un remedio para todo, la cual incluye también a los y las profesionales de la salud...

- *Esa queja: "No sé qué me pasa, no duermo, estoy triste", eso quien lo consulta es la mujer y nosotros tendremos que "solucionar" lo que se nos plantea. Si lo podemos "solucionar" de*

buena manera y con una base científica, bien y si no, toma hipnótico... Los hombres consultan menos, van menos a la consulta, y si fuesen les trataríamos. Y si las mujeres dejaran de ir a la consulta, ¿estarían bien igual y no tomarían hipnóticos?

- *Muchas veces es un problema de la formación profesional nuestra... que tenemos que soportar la incertidumbre; hay veces que me digo: "para un momento, que esta señora no necesita nada" [farmacológico]. Y hay veces que se lo das y a los quince días viene y te dice que no lo toma.*
- *La atención primaria, en general, no tiene cultura psicológica: estamos manejando algo que es muy complejo, que es también social y cultural, y lo "solucionamos" a diario con fármacos... Entre un profesional y el usuario, hay una situación de jerarquía, que hace como que tenemos que resolver los problemas. Los usuarios de los distintos servicios no están en situación de igualdad.*
- *Yo creo que es un problema de dar una respuesta asistencial que vaya más allá de responder a una causa orgánica o no. Creo que el profesional de primaria tiene que abordar y hacerse cargo de ese tipo de manifestaciones.*

También asociaban esta práctica medicalizadora con la falta de tiempo y capacitación de los y las profesionales para realizar otro tipo de abordajes de escucha, educación y promoción de la salud.

- *Las actividades que desarrollamos principalmente en atención primaria son las puramente asistenciales. Lo que tiene que ver con la promoción de la salud, con la vida, con la educación para la salud, a eso se le está dedicando unos recursos escasísimos y además no lo estamos haciendo como nos gustaría.*
- *Es que dentro del tema recursos se plantea también que se mejore la formación y la capacidad de abordar estos temas por parte de los profesionales... Pero es que esa formación tampoco la tenemos, esa capacitación, los recursos, el tiempo. Me sorprende que desde Salud Mental tampoco se da respuesta a eso y las mujeres que tienen esta problemática que le viene dada por su condición [social] de mujer [género], están también medicalizadas y colgadas y sin resolver y sin abordar.*

Una consulta, relativamente nueva en atención primaria, recogida por el grupo de profesionales fue la derivada de las relaciones afectivo-sexuales, de pareja; demanda proveniente, sobre todo, de mujeres entre 30 y 45 años; refirieron que estas demandas se expresan, de una parte, como disconfort, descontento por la disonancia entre las expectativas generales de la mujer hacia las relaciones de pareja y la realidad cotidiana, o las expectativas más vinculadas a las relaciones sexuales específicamente. El grupo considera que socialmente, desde los medios de comunicación se generan unas expectativas, demandas o imperativos en las mujeres, que si no se cumplen en la vida real genera angustia y malestar en la vida cotidiana. Existe un diferente patrón en la demanda, dependiendo de si la persona que demanda es hombre o mujer.
Algunos ejemplos al respecto:

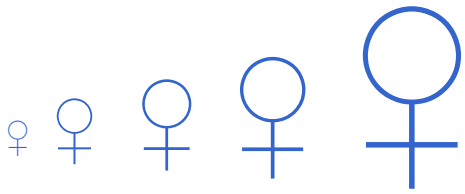
- *Otro tema nuevo que se nos presenta en consulta es el de la sexualidad. Las preguntas que te empiezan a hacer las mujeres sobre costumbres sexuales y satisfacciones sexuales... ¿se está medicalizando la sexualidad? Vienen a preguntarte porque sus relaciones no son satisfactorias. Siempre vienen solas.*
- *¿Cuál es la demanda de las mujeres? Un consejo. Los varones quieren la viagra, la viagra es la panacea... ellos ya vienen enfocados con una demanda muy concreta. La mujer no. La mujer se plantea "no estoy satisfecha, no tengo relaciones"... Sí hay una solicitud que hacen: un consejo, un sexólogo o un psicólogo*
- *Hoy en día desde los medios de comunicación... se ha creado una necesidad, se crean expectativas. Y la gente, como no las cumple, se angustia.*

Un tema que mereció especial preocupación del grupo fue el de la población inmigrante y en particular las mujeres. Hay que tener en cuenta que este colectivo en Asturias no es un todo homogéneo, sino que presenta una gran diversidad, también en sus expectativas, su relación con el sistema sanitario y sus demandas.

Respecto al grupo que utiliza el sistema sanitario, se percibe que es un colectivo distinto al resto de usuarias y usuarios de primaria, con diferentes ritmos, con unas expectativas altas respecto al sistema sanitario y con una idea sobredimensionada de las mágicas posibilidades de la tecnología y la farmacología del primer mundo; gentes, en resumen, que necesitan de una dedicación especial, con más tiempo... en un sistema sanitario sin 10 minutos por consulta. Las profesionales citaron numerosos ejemplos de la cantidad de recursos sanitarios inadecuados que se consumen en la atención a estas personas, por falta de un abordaje y acogimiento específico y adecuado e incluso la incomodidad que ello genera en los y las profesionales. Se señaló la necesidad de realizar una reflexión más extensa y profunda de este tema.

- *Son un colectivo distinto, ni mejor ni peor. Nosotros tenemos unas consultas programadas... y esta gente necesita más tiempo porque vienen de una cultura distinta, de un lenguaje distinto, gente muy pausada, tienen un ritmo así...*
- *Ya vienen con unas expectativas, ellas y ellos, muy altas... en cuanto a los recursos, la tecnología y las pastillas mágicas del primer mundo.*
- *Es una población de mujeres con mucha sintomatología psicológica, psicosomática...*
- *Yo creo que es un colectivo que no hemos sabido abordar y que tenemos pendiente cómo hacerlo. Es un colectivo que se ha integrado como uno más y no es así. Y el hecho de no abordarlo bien hace que se cree en las consultas un poco de agresividad.*

Otras demandas señaladas, fueron las relacionadas con los problemas laborales, de ambiente hostil y descalificaciones que sufren las mujeres en algunos ámbitos. También se señalaron las demandas vinculadas con la estética, el cuidado del cuerpo, el sobrepeso y la imagen.



La medicalización de la vida reproductiva

El Embarazo: Valoración del control sobre el embarazo, de la coordinación entre primaria y especializada, la información que recibe la embarazada, el cambio de profesionales...

Las profesionales señalaron algunas cuestiones que influyen, hoy en día, en la atención al embarazo: de un lado, planteaban que muchas mujeres viven el embarazo con angustia, lo que facilita que este proceso natural, fisiológico estuviera tan medicalizado, es decir "bajo control médico". Esta vivencia la relacionaban, de una parte, con el hecho de que hoy las mujeres en Asturias, tienen un solo hijo/a y "lo quieren perfecto" y, de otra, con que los profesionales de la obstetricia practican una medicina cada vez más defensiva, que supone más control, más intervención innecesaria, más instrumentalización... Como ejemplo señalaron el excesivo número de visitas en el embarazo, de ecografías... y de otras pruebas cuyo uso generalizado no está recomendado por los organismos científicos internacionales.

- *El enfoque del embarazo es como si la mujer estuviera mala. Aunque es una cosa completamente normal y fisiológica. Pero la mujer empieza a sentir como si ella fuese una enferma, y eso no es así. Y poco a poco veo con cada consulta que su seguridad mengua, que piensa que su cuerpo no reacciona normal... y entonces tiene mucho miedo al parto.*
- *En lo de la medicalización del embarazo… pienso que hoy hay una conducta un poco defensiva, no solamente en cuanto a los profesionales sino en cuanto a las mujeres. Quieren embarazos perfectos, niños perfectos, para uno o dos en la vida que van a tener.*
- *Los profesionales tienen una actitud superdefensiva por ello se medicaliza mucho, se instrumentaliza mucho, se controla mucho.*
- *Yo observo que en el plazo de diez años, el embarazo cada vez se vive con mucho más estrés y ansiedad. Al principio esto ocurría más en los embarazos en mujeres de más edad. Pero últimamente... está habiendo embarazos en mujeres muy jóvenes, casi unas adolescentes, embarazos planificados, y el nivel de estrés en el embarazo es muy alto, hay unos miedos tremendos.*

Así mismo se destacó el papel que juega, en general, la medicina privada en generar demanda respecto a la salud reproductiva y respecto al tema del embarazo en particular. Se señaló, repetidamente, el problema que supone la falta de información desde la autoridad sanitaria dirigida a las mujeres sobre los controles recomendados en el embarazo y en otras actuaciones sanitarias. Se planteó la importancia de realizar esta tarea, de poner información "en poder" de las mujeres para evitar la desorientación a que se ven sometidas con informaciones, en ocasiones, contradictorias y para disminuir las presiones derivadas de la industria farmacéutica y sanitaria sobre la población en general y las mujeres en particular.

- *También hay un problema de información adecuada a las mujeres. [En la preparación al parto] casi a todos los grupos les pregunto qué idea tienen de los controles que se hacen, de si son muchos, si son pocos, y ninguna mujer u hombre de los que van dicen que los controles son muchos... hay quien luego va a la privada y entonces la comparación que hacen las que están sólo en la pública, lo comparan con las de la privada... y piensan que cuantas más pruebas mejor.*
- *Creo que la competencia de la privada es ofertar aquello que gusta, aquello que se consume y no aquello que demuestra una eficiencia, unos criterios, y entonces tanto en la citología como en el embarazo la competencia es desleal. Si hablamos de la menopausia, podemos seguir hablando en este mismo tono...*

Las profesionales de estos grupos consideraban que la atención primaria sería el ámbito natural para la atención al embarazo fisiológico y todas coincidían en que el papel de la matrona de primaria es fundamental en el seguimiento de estos embarazos, tanto en el aspecto físico como en el emocional. Como dificultades a esta propuesta, se señalaron la escasez de recursos humanos –sobre todo de matronas- y la importante presión asistencial actual en primaria. De otra parte se mencionaron las quejas que hacen las mujeres en relación con la atención especializada, referidas a la escasa información recibida y a la ausencia de un abordaje bio-psico-social del proceso del embarazo.

- *Yo creo que la atención primaria sería el ámbito natural para el control del embarazo, sin embargo en este momento, con la presión asistencial… lo veo difícil, porque los recursos son los que son y en este momento es muy difícil dar más de sí.*

- *La matrona ofrece la ventaja de que la conoces desde siempre, y quizás ofrezca un afecto más específico, porque la matrona, aparte de hacer el control puntual de la situación, siempre se inicia ya en los cuidados del recién nacido, prepara para la lactancia… Quiero decir, que inicia ya una información relacionada con el embarazo y con el puerperio. El problema es que matronas hay pocas.*

Se señaló la ya tan repetida necesidad de coordinación entre primaria y especializada y la necesidad de que existan especialistas nominales de referencia, en contraposición a un servicio de ginecología y obstetricia impersonal e informe, que tanto dificulta la comunicación entre profesionales que atienden a la misma mujer. En relación con la calidad, se señaló el problema que supone el número de especialistas por los que pasa una mujer en un embarazo -y por extensión a lo largo de su vida- en la asistencia pública y la ausencia de un profesional identificable como responsable en ese embarazo.

- *Yo creo que la coordinación funciona mal... Será tema de voluntades, será tema de gestores, pero tendremos que decir todos algo. Y los profesionales de la medicina también, claro, los primeros, para poder actuar todos en un conjunto, como un equipo multidisciplinar, que es lo que merece esa persona, y que ella se sienta bien y arropada.*
- *Respecto al tema de los especialistas y los centros de salud, creo que es un tema problemático... pero sí me gustaría tener unos especialistas de referencia, una referencia nominal, no un equipo innombrable. Y esto da pie a una de las preguntas que se planteaban que es el número de especialistas de toco por los que pasa la mujer. Es una especie de maremagnum muy poco controlado y organizado*

Las dificultades señaladas para el uso del sistema público fueron las relacionadas con los estrictos horarios de mañana de los dispositivos asistenciales, en ocasiones incompatibles cuando la mujer tiene esos mismos horarios laborales; las barreras administrativas que impiden una flexibilización de la cita de consulta en situaciones de embarazos de riesgo, al estar la lista de espera saturada de embarazos fisiológicos.

A esta medicalización del embarazo se contrapuso la situación de desatención en poblaciones de mayor riesgo, y específicamente de las mujeres consumidoras de heroína, en las que confluyen diversos factores que aumentan su situación de riesgo: su embarazo suele ser diagnosticado más tarde, muchas veces no se acercan al sistema sanitario, los prejuicios de los y las profesionales

hacia estas mujeres y de ellas mismas hacia el sistema sanitario. Se planteó que el conocimiento y formación en estas realidades y la anticipación a la demanda en estos casos puede ser muy útil para adoptar las medidas preventivas adecuadas respecto al embarazo e incluso para ver el embarazo como una oportunidad para el abordaje de la toxicomanía en una etapa vital y de alta motivación de la mujer. Se insistió en que esto requiere una buena coordinación de los diferentes dispositivos asistenciales.

- *Hay que tener en cuenta que si ser mujer a veces conlleva un tratamiento determinado por la asistencia sanitaria de excesiva medicalización, en otros casos, el ser mujer perteneciente a un colectivo excluyente, están en una situación de cierto desamparo...*
- *… Pero el problema es la captación, el cómo captas a estas mujeres.*
- *Creo que ese prejuicio funciona en las dos direcciones. Quiero decir, normalmente ellas piensan que van a estar bajo sospecha, que no van a ser bien tratadas, sobre todo si son portadoras de VIH... y porque los profesionales tenemos los esquemas de la población y entonces, de alguna manera, ya funciona una actitud defensiva hacia ellas.*
- *Porque cuando hay una acogida y una escucha, yo generalmente he visto que estas mujeres están motivadísimas en esa etapa de la vida, incluso para hacer una desintoxicación y para salir adelante... porque es un motivo muy vital...*

El parto hospitalario: percepción sobre la satisfacción de la mujer, el protagonismo en el parto, la información recibida y "el consentimiento informado". El papel de los y las profesionales, el medio hospitalario en relación con la mujer, la familia, las amistades...

En relación con el parto hospitalario actual las opiniones no fueron homogéneas en la medida que había profesionales de obstetricia que ejercían en los hospitales y profesionales provenientes de otros países con prácticas diferentes. Se compararon las diferentes formas de proceder en los casos de un parto natural asistido -realizados en otros países o en algunos centros pioneros en nuestro país- con el actual parto hospitalario, convertido en un acto quirúrgico, practicado en Asturias. Alguna profesional puso en palabras su experiencia de parto.

- *...Si alguna vez has visto parir a una mujer de forma completamente natural, fisiológica, de cuclillas, de pie... disfrutando del proceso. Creo que lo de aquí [el actual parto hospitalario] es un robo muy fuerte. Y no sólo es un robo a la mujer, porque es el único hijo, normalmente, no tienen otra posibilidad, o no la quiere. Es muy malo para la autoestima de la mujer*
- *...El hospital es un medio completamente externo a tu ambiente, no puedes estar con los amigos que tu quieres, con tu pareja, ...depende en qué hospital hay una separación de madre e hijo*
- *En el hospital las mujeres están en las salas, no pueden moverse durante la dilatación. Están atadas. No se pueden mover, que es la peor postura que hay para esos dolores que sufren.*
- *…Tengo ese mal recuerdo [del hospital] porque además yo estaba físicamente bien, sobre todo cuando tuve a mi segunda hija y recuerdo que le dije a la enfermera: tráeme a la niña, por favor. Pero me dijo: no puede ser, y yo dije: cómo no va a poder ser, si es mía, y dijo: no, tienes que esperar. ¡A qué tenía que esperar! Y ya al final le dijo a la compañera: anda, tráela, porque no para de dar la lata.*

Mayoritariamente se percibía la actual atención hospitalaria al parto como de un alto grado de intervencionismo médico y de instrumentalización. En este sentido se describía la hospitalización como una separación de la mujer de su entorno, su familia, de todo lo que pudiera darle confianza; la separación entre madre e hijo/a que se sigue practicando en la mayor parte de nuestra red hospitalaria; lo cual dificulta el proceso de vinculación afectiva entre madre (padre) e hijos y el fluido comienzo de la lactancia materna deseada.

- *En mi hospital el rasurado de la zona del periné se hace siempre y la episiotomía se hace sistemáticamente salvo en algunas epidurales. Eso es lo normal aquí... A mí la epidural me dio muchísima paciencia... En el momento en que la mujer está más relajada y más tranquila, los expulsivos son mucho más lentos y eso te hace ser mucho menos agresiva. Y creo que mi opinión es compartida. Creo que la epidural, si algo proporcionó a los obstetras, fue a llevarnos esos expulsivos con más tranquilidad...*
- *Aquí [en Asturias] les dais a todas oxitocina. En Alemania, por ejemplo, en los protocolos generales de atención al parto, no se pone a nadie oxitocina hasta que si de tres a cinco horas no ha habido progreso en el parto... mientras tanto la mujer puede moverse libremente, viene cada hora para una monitorización...*

Se analizó la práctica sistemática de rutinas ya superadas en otros países, como el rasurado, el enema, la episiotomía, la monitorización permanente que conduce a la inmovilización..., como parte del intervencionismo gratuito que soportan las mujeres en el parto hospitalario. Se habló de la anestesia epidural como un avance en la analgesia de los dolores del parto y con preocupación en relación con su oferta generalizada, con el consecuente aumento de la instrumentalización del parto (aumento del uso de fórceps, ventosa, cesárea...) y con la necesidad de investigación sobre los efectos que pudiera tener a medio y largo plazo su uso generalizado.

- *[En mi país] son clínicas maternales normales, no tiene nada que ver con lo que ocurre aquí en España. La cama de la sala de dilatación y parto es una cama doble donde la pareja también puede echarse.*
- *[En el parto natural]... La mujer puede ponerse en cualquier postura, de rodillas, de lado... La mujer puede pasear...*
- *Yo creo que importa el ambiente y la atención que tú prestas, una atención individual... Y no mando yo. Yo estoy todo el tiempo. Si yo veo que la mujer se desanima, la animo, y NO le digo: tienes que hacer esto y esto. Yo la animo.*
- *[Aquí, en nuestro hospital] Algunas veces somos nosotros quienes desaconsejamos la epidural... porque se prevé que va a ser un parto fácil o rápido, ... pero en general, se solicita y, en general, se pone. El consentimiento informado de la epidural se da en el momento en que llegan allí, no antes. El anestesista habla con la paciente, la explora y ella firma.*
- *En el parto natural, yo no corto ni para acortar el expulsivo ni para evitar un desgarro, porque éste, de haberlo, suele ser menor herida que el corte, cura mejor, duele menos... sólo corto cuando el estado del bebé lo obliga. Es otro enfoque.*

Como razones que expliquen esta situación se citaron el miedo a las demandas por parte de los profesionales sanitarios y su respuesta con una medicina defensiva, la permanencia de protocolos desfasados de atención al parto en nuestros hospitales que incluyen prácticas no basadas en evidencias científicas. Otra razón aducida es que no existe, por parte de las mujeres, una presión muy grande para que el parto sea más natural y que los y las profesionales también generan unas demandas que luego hacen suyas las propias mujeres...

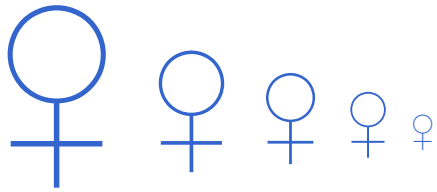
- *Yo quisiera insistir en lo de la medicina defensiva... Es una escalada el meternos ahí, la respuesta no tiene que ser ésa: medicalizar más, hacer más pruebas innecesarias... Hay que*

intentar garantizar que no va a haber ningún problema y establecer una relación mucho más cercana con la mujer y hablar de las cosas con normalidad, de los problemas que pueden pasar, que pueden ser normales y que la gente, con toda esa información, asuma los riesgos.

- *Una asume riesgos si tiene información, y una información verídica, real y adaptada a tu nivel de comprensión, y una información no temeraria... Sin embargo, se trabaja a la defensiva, la información no es suficiente y nadie asume riesgos, ni el profesional ni la gente...*

También se hicieron algunos comentarios en relación con la lactancia materna, referidos a la libertad de la mujer para tomar decisiones y a la poca ayuda que reciben en los hospitales las mujeres que deciden amamantar

- *A pesar de que hacemos mucho hincapié en la lactancia, hay madres que se quejan de que en algunos hospitales no se les enseña...*
- *Las mujeres somos adultas y capaces para decidir. Cuando una mujer decida que quiere amamantar, pues nosotras a apoyar y asesorar.*
- *Pues yo creo que, a veces, hay un integrismo de la "buena leche" que es doloroso... Sí, yo estoy contigo, pero la campaña culpabilizadora viene de pediatría.*



La Menopausia

Valoración de las intervenciones desde el sistema sanitario en la menopausia, sobre la información que reciben las mujeres acerca del climaterio y menopausia. Valoración de la información que se les da a las mujeres sobre los "tratamientos" hormonales sustitutivos y del uso de estos "tratamientos". Valoración de "otros tratamientos" prescritos a las mujeres en esta etapa de la vida, fundamentalmente: antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos

Las profesionales percibían desde sus consultas dos opiniones diferentes de la menopausia: de un lado aquella corriente de opinión que viene a considerar la menopausia como una enfermedad y de otra parte la de aquellas mujeres que –cuando se le dedica tiempo al tema en consulta- vivencian la menopausia como una etapa más de la vida. El grupo considera que sí recogen demandas de atención derivadas de molestias físicas (sobre todo molestias vasomotoras) en una proporción pequeña de mujeres, molestias que, consideran, hay que aliviar adecuadamente.

También percibían una demanda de atención ligada a la imagen corporal y al mito de la eterna juventud. Las opiniones eran diferentes entre las profesionales de atención primaria, que tienen una visión más de población sana, y las que trabajan en atención especializada, que reciben población ya filtrada, no representativa de la población general. Creían que se está viviendo la menopausia como una enfermedad. Y planteaban que ahora viene la osteoporosis que parece la epidemia del siglo XXI.

- *Las mujeres que veo en la consulta [de atención primaria] consideran la menopausia un proceso natural a poco que les dejes hablar, como lo vivió su madre y su abuela. Otra cosa es que te pregunten y que además tú tengas obligación de informar... esto no es medicalizar, es pasar información para que, de alguna manera, se enfrenten al proceso sin depender de mí.*
- *A mí me parece [desde primaria] que estamos medicalizando en exceso, a veces porque a lo mejor la menopausia significa un envejecimiento.... Estamos viendo por otra parte, a muchas mujeres que llevan diez años o quince con el tratamiento... ¡Tener diez años un parche que*

no se sabe si va bien o mal, corriendo riesgos de que aumenten los problemas cardiovasculares o la mortalidad...!

- *¿Cómo atendemos los servicios sanitarios eso? Pues depende del profesional, y sobre todo, ahí sí que hay diferencias entre hombres y mujeres... el médico de familia que trabaja conmigo es un hombre y siempre le quitó mucha importancia a eso; culturalmente, los sanitarios varones lo minimizan y las mujeres quizá tengamos más paciencia y comprensión en ciertos aspectos, porque nos sentimos más identificadas.*
- *Quiero insistir en que no se pueden generalizar las cosas. ¿Qué visión tengo yo como ginecóloga? Me llegan a la consulta las mujeres que dicen que no soportan la situación (los sofocos, el insomnio)... Cada una vive las cosas a su modo, a su manera y en su momento... No hay que tratarlas a todas, sino a aquella que lo necesite ¿Que es una etapa difícil? Lo es. ¿Que hay razones fisiológicas? Las hay. Y hay mujeres que lo viven mejor y hay otras que lo viven peor. Y los tratamientos bien indicados me parecen estupendos.*
- *[Yo tuve una menopausia precoz], "No pasa nada" dicen algunos; sí pasa, lo que tenga tratamiento paliativo, debe aliviarse... en esta mujer habrá que explorar qué está pasando, pero no sólo qué está pasando a nivel familiar, a nivel de replanteamiento vital de la familia y el personal individual, sino que también la biología está ahí. Y eso habrá que verlo... Eso hay que tenerlo en cuenta porque hay unos ciclos biológicos, unos bajones...*

La opinión mayoritaria del grupo era que existe un exceso de medicalización de este proceso vital, lo que se concreta en la prescripción inadecuada del llamado Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS) –fundamentalmente los parches- y de hipnóticos y/o antidepresivos. Se comenta que la prescripción de parches está generada, fundamentalmente, por la asistencia privada y las consultas de menopausia de los hospitales; sin embargo, a posteriori, las mujeres acuden a primaria en busca de información y consejo. Esta fue una preocupación muy sentida por el grupo.

- *El riesgo está entre la medicalización del proceso y el ignorarlo, habría que encontrar el equilibrio. No todo lo que le pasa a la vida de una mujer a partir de cierta edad tiene que ver con la menopausia, ni mucho menos, y no todo lo que le pasa a la vida de la gente se puede resolver con medicamentos. En esta etapa hay un exceso de medicación de la vida: achacar a la caída de estrógenos todos los males... que muchas veces también tienen que ver con otras crisis vitales.*

- *...Una parte importante de medicalización de la vida de las mujeres tiene que ver con el mundo de la psiquiatría... El sufrimiento de la mujer tiene que etiquetarse. A veces ellas mismas buscan que se etiquete para darle valor, porque [habitualmente] se considera un mal menor… "de qué te quejas", "siempre estás triste, estás aislada"… La queja del sufrimiento no se escucha o no se quiere escuchar.*
- *...Desde la atención primaria, que es desde donde tenemos que hacerlo, y donde hablas con ellas y te plantean las dudas, las mujeres son muy razonables y hay un pequeñísimo porcentaje que, siendo muy razonables, tiene unos sofocos tan tremendos que les interfieren con su actividad la vida diaria y que tú lo que les presentas son los pros y los contras... para que ellas decidan.*
- *[En especializada] no se les informa, van a las privadas y se vienen con los parches, y después vienen a preguntarte a ti. Y se van a la consulta de menopausia y ocurre lo mismo.*
- *No tienen información adecuada para decidir, no tienen ninguna información de los efectos del producto.*
- *Hay desinformación desde el principio al final... aunque las mujeres de nivel medio-alto preguntan.*

Se considera, en general, que la comercialización, venta y lanzamiento al mercado del THS se hizo como si fuera "la panacea", sin la suficiente investigación sobre los efectos nocivos para la salud de las mujeres (que, actualmente, en la redacción de esta investigación ya se conocen).

- *Si hacemos un poco de memoria sobre cómo fue lo de los parches: era la panacea de la felicidad porque nos iba a evitar la osteoporosis, a proteger de enfermedades cardiovasculares, a proteger del Altzeimer, … es el prototipo de la falta de ciencia. De la falta de análisis científico de un producto de mercado, con una presión farmacéutica fantástica y la incapacidad de analizar ese producto farmacológicamente... hemos ido viendo cómo estas cosas se han caído, pero yo veo que todas las mujeres que van a las privadas y a las consultas de menopausia vienen con parches. Por cierto, no se les ha preguntado.*

Una preocupación mayoritaria en los grupos se relacionaba con la prescripción de psicofármacos –antidepresivos e hipnóticos, principalmente- tanto desde atención primaria como desde los dispositivos de salud mental, lo que se consideraba otra forma de medicalizar la vida de las

mujeres. Se percibía, además, un sesgo de género a la hora de abordar desde salud mental la demanda expresada por mujeres y hombres.

- *Pues probablemente a partir de los 45 años la mitad de la gente toma hipnóticos... Yo sé que eso está mal abordado. Sé que toda esa gente toma antidepresivos porque algo va mal. Algo va mal si todos tienen que tomar algo para estar contentos, y algo va mal cuando todas las mujeres tienen síntomas,... pues a lo mejor, en ese periodo de transición en la vida, que es duro, lo único que tenemos que hacer es acompañarla y enseñarle a vivir en ese periodo de transición; y no "tratárselo".*
- *... [Las mujeres] son frecuentadoras de los servicios sanitarios a niveles elevadísimos, buscando una escucha. Y lo que encuentran normalmente es una respuesta estereotipada y una medicalización de su sufrimiento*
- *Casi les podemos meter el hipnótico, el antidepresivo y el parche en un paquete y que lo cojan en un expendedor, porque estamos tratando a todas las mujeres así, y me parece que no se lo "solucionamos" porque esa gente luego vuelve a mi consulta y me vuelve a consultar lo mismo ¿Y yo qué le digo? "Aguante con los parches a ver lo que dice el ginecólogo" y le voy a cambiar el antidepresivo si no va bien, y si no, la mando al psiquiatra.*

Las variables que se relacionaban con esta respuesta del sistema sanitario eran: la presión de la industria farmacéutica sobre profesionales y población en general, seguida por la presión de los propios profesionales de la ginecología sobre las mujeres, la presión del entorno social sobre las personas, y específicamente sobre las mujeres, hacia estar siempre en forma y eternamente joven y no aceptar ninguna adversidad. Otra variable señalada era la debilidad de las redes y el tejido social.

- *Porque hay mucha presión... Y porque los profesionales no hemos sido legales en ese tema. ... y yo creo que la ginecología, con el tema de los parches, ha tenido una actitud totalmente criticable: La desinformación de las mujeres, la falta de capacidad de análisis,... ¡que somos gente de ciencia y tenemos una responsabilidad…!*
- *Lo que no entiendo muy bien es cómo se ha entrado tan a saco… por qué, por ejemplo, ahora una mujer le dice a una matrona que le duelen los huesos y ésta la manda al ginecólogo y no al reumatólogo...Y a veces salen con un tranquilizante y otras veces salen con el parche…*

- *¿No creéis que en la sociedad en que vivimos ahora no queremos tener ningún inconveniente? Todo tiene que funcionar bien, no podemos estar gordos, tener canas, arrugas... ni penas. Ahora inmediatamente se le da un antidepresivo cuando tiene un problema personal. No estoy hablando del paciente, hablo de la sociedad en la que vivimos.*
- *Creo que estamos hoy más aislados, antes había más familia, más pueblo, más grande y hasta el cura, tal vez, para hablar de problemas personales. Entonces ¿por qué en los centros no se hace terapia de hablar, sin dar pastillas, sólo escuchar, hacer preguntas?*

Otras razones señaladas para explicar este proceso de medicalización tienen que ver con las dificultades de las y los profesionales de primaria en contener su propia ansiedad y no devolverla al paciente convertida en una receta, con su falta de aptitud y capacidad para realizar otro tipo de abordaje más respetuoso y sin prejuicios de género, de escucha y de educación y promoción de la salud, teniendo en cuenta que estamos hablando de población sana.

- *El problema es más de los sanitarios, que tenemos la deformación de los fármacos. La gente que va a la consulta quiere que se le resuelva el problema, no te pide una pastilla. Entonces el problema es nuestro. Y la ansiedad del profesional. Tienes que dar una respuesta que dé resultado, y el fármaco es una solución rápida!!*
- *A lo mejor también nos faltan conocimientos para tratar esas épocas de la vida... Pero creo que el paciente no es el que va allí a por el medicamento, el medicamento se lo damos nosotros. Y eso tenemos que planteárnoslo, si lo estamos haciendo bien, si tenemos que coger más información y hacer otro abordaje. El hacerles participar a ellos en toda esta historia... en todo ese proceso.*
- *Yo creo que [la menopausia] es un tema tabú, se habla poco de él. Y lo que se habla está ya medicalizado. Pero se habla poco... y el papel de la mujer es el de sufridora y maltratadora de sí misma... La gente se maltrata muchísimo. Toman porquerías, no les sirven para nada, se sienten fatal. Yo creo que no se ayuda a las personas a aceptar los riesgos de la vida... De otra parte, creo que la gente lo pasa mal, que hay unos problemas fisiológicos que realmente existen.*

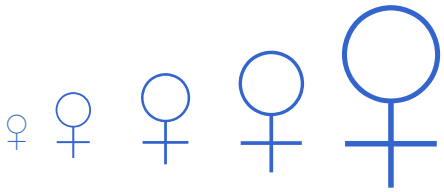
El grupo fue haciendo numerosas propuestas de otras formas de abordaje, que van desde la revalorización y desarrollo de líneas de trabajo de educación para la salud individual o grupal, la

práctica adecuada del consejo sanitario sistemático, el fomento de hábitos de vida saludables y actitudes autónomas y la mejora de las habilidades de las personas para el autocuidado; recogemos algunos ejemplos:

- *La información es muy importante... Si tú educas a una persona sobre lo que puede hacer en su proceso (o enfermedad), vas a tener muchas menos visitas, y eso pasaría con la menopausia.*
- *Es una buena etapa, una buena época para educar en conductas saludables. … el alcohol, el tabaco, la osteoporosis… Y además están muy atentas, muy receptivas.*
- *Las personas tienen que tener cierta capacidad de análisis de su propio proceso y los profesionales estamos para ayudarles en eso.*
- *Si tú tienes información sobre lo que te está pasando y por qué, ya lo llevas mejor... me parece muy interesante que hayáis hecho grupos con mujeres … serían muy importantes los grupos de autoayuda. Me parece que es importante y no sólo en la menopausia.*
- *Con los grupos de mujeres, aparte de la verbalización... yo en Salud Mental trabajé con mujeres de esta edad, combinando el verbalizar cosas con trabajar un poco con cierta conciencia del cuerpo, con técnicas de relajación...*
- *Y hay gente que pega el parche con un esparadrapo sin tocar la piel, fíjate lo que hará aquel parche sin pegar. Pues lo llevan y van tan bien... Hay otras que van a las charlas de menopausia y mejoran, hay muchas mujeres que mejoran sólo con esto. Y una inmensa mayoría se podría beneficiar de este abordaje, sin más...*
- *Yo no voy a entrar en el tema farmacológico... pero hay otras técnicas alternativas naturales, hacer relajación, hacer muchas cosas, pero yo creo que eso se tiene que abordar, con una buena información, explicando los cambios, subiendo la autoestima,…*
- *Por ejemplo el tema del ejercicio físico. Las mujeres no hacen ejercicio físico y en cambio sí toman antiinflamatorios... que puede ser que le hagan daño empleados de una forma inadecuada. Y, sin embargo, otras cosas que les podrían venir muy bien, como el ejercicio físico, es algo en lo que no se insiste mucho por parte de los profesionales... Las mujeres tenemos una cultura de no cuidarnos. El papel de sufridoras tiene mucho que ver, la mentalidad de preocuparse de todos, de comer lo peor...*

Así mismo, se señaló la responsabilidad y el papel de las autoridades sanitarias y locales en este necesario proceso de cambio.

- *Las autoridades sanitarias tienen que responder sobre qué tipo de información se está dando. Y valorar la indicación del fármaco, independiente de la industria farmacéutica ... Hay una responsabilidad frente a la información en los medios y frente a la farmacia. Esto es exigible a los poderes públicos.*
- *También hay que pedir un apoyo a los ayuntamientos... promocionar asociaciones de mujeres, gimnasios para personas a partir de los 40 años, subvencionados... no sólo para la gente joven.*
- *Cada vez es más necesario trabajar en equipos más multidisciplinares... es una de las maneras de desmedicalizar esto.*



La violencia contra las mujeres

Percepción del problema de la violencia contra las mujeres, desde vuestro lugar de trabajo, como profesionales y como mujeres: capacidad para detectarlo, si se hace habitualmente o no. Qué se hace cuando se detecta.

La impresión general en el grupo era que los malostratos es un problema de salud al que no se presta la debida atención: frecuentemente no se detecta, otras veces no se le da credibilidad cuando se detecta, por lo que no se aborda o se hace inadecuadamente. Aquella violencia física visible por su trascendencia, se deriva, habitualmente a urgencias.

- *Yo, como profesional médica, de cualquier enfermedad que produjera 90 muertes en un año, esperaría tener un conocimiento enorme... [Sin embargo] llevo trabajando quince años y puedo contar con los dedos de la mano la gente que alguna vez me dijo que tenía ese problema.*
- *Cuando hay una epidemia de 90 muertos por una neumonía, no cuenta como anecdótico... Yo trabajé en sitios diferentes y es una pena, porque las enfermedades se comentan con los compañeros y esto se comenta como un caso anecdótico.*
- *Para detectar algo, tienes que saber que existe.*
- *Si tuviera que contar los casos declarados que hay en mi centro, y supongo que en general en la asistencia sanitaria, los contamos con la mano. Y no puede ser que hayan muerto 90 mujeres en el año 2003 y hayamos declarado dos casos de malostratos, porque no puede ser...*
- *Hemos estado hablando bastante rato de los optalidones que tomaban las vecinas de mi madre, de la cantidad de fármacos que toman, que vienen y se quejan. Yo que tengo un poquito de experiencia en este ámbito, todas las mujeres han venido quejándose de una relación con la pareja. Cuando ya están mucho peor, ya se quejan de algo físico: me duele la cabeza, me duele aquí, trasladan el malestar al cuerpo...*

Las profesionales relacionadas con la obstetricia reconocieron que tampoco se detecta la violencia, ya sea sexual, física o psicológica, cuando ocurre durante el embarazo de la mujer, situación vital en que debutan una importante proporción de las relaciones con violencia. Lo mismo se planteaba desde el trabajo social. Se señalaba que entre los y las profesionales se daba una actitud diferente ante el tema de la violencia de género dependiendo de si el profesional era hombre o mujer.

- *Yo creo que hay mucho y no lo sabemos. A mí me sirvió de reflexión una chica que vino en una ocasión, embarazada, a urgencias y de madrugada; yo facilité la denuncia, consta el proceso exactamente que ella había relatado. Era una chica joven, embarazada de unas veinte semanas, ...Pero esto [la denuncia] es muy infrecuente. Y a mí eso me sirvió de reflexión para decir: ¿y cómo no va a ser infrecuente si las muertes se producen en mujeres?*
- *Las trabajadoras sociales no estamos acostumbradas a plantearnos qué es lo que nos demanda la gente. Solemos ser muy limitadas en nuestra manera de percibir esa demanda... Es lo que te pidan,... pero nadie se plantea por qué una mujer viene pidiendo ayuda. También indagando, para saber qué pasa para que en esa casa haga falta una ayuda.*
- *Sí hay una tendencia de género, es claramente diferente que seas mujer u hombre a la hora de creértelo [el maltrato]. Claramente diferente.*

Las razones aducidas para explicar esta falta de detección y abordaje de este problema de salud estaban relacionadas con la falta de formación adecuada y en profundidad (aunque algunas de las presentes habían asistido a cursos de formación reglada). Se recogieron quejas de que la única información recibida tuviera un enfoque judicial, policial y legalista orientada a potenciar el tema de la denuncia de los malos tratos y vinculada a la elaboración y puesta en marcha del protocolo de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres.

- *Lo más que nos ha llegado a nosotros es a informarnos de un abordaje jurídico-policial, que es el tema de la denuncia. Nos han llenado de papeles de cómo dibujar los hematomas en la cara y en distintas partes del cuerpo. Entonces es un abordaje muy judicial. No estamos preparados, no hemos sido formados para captar el problema... Es un problema no de mala formación, sino de falta absoluta de formación. No sabemos cómo preguntar, tenemos pudores, tenemos muchas creencias de que aquí no pasa.*

- *Y después me preguntaba "a dónde lo mando". Estamos acostumbrados a plantearnos, frente a lo que nos parece un problema grave, "a dónde lo derivo, porque yo no sé qué hacer con él". Estar con hipertensión es muy grave y se asume y no te tiembla el pulso, pero aquí no tienes formación, luego, ¿a dónde lo mando? ¿qué hay que hacer?, ¿cómo respondo yo?*
- *Y hay un tema muy importante, que es que casi todo el mundo sabe qué hacer si una mujer te llega físicamente machacada y llena de hematomas, porque todos sabemos que hay servicios de urgencia, que la puedes mandar… el problema es lo que haces cuando estás detectando cotidianamente en la vida de una persona síntomas aislados que te hacen pensar que ahí está sucediendo un maltrato.*
- *A fin de cuentas, es una relación sentimental, ¿y quién de nosotras no tuvo a veces que romper una relación que a lo mejor no le convenía, aunque no hubiera maltrato, y lo que cuesta! ... aquí mucho más por todo lo que ya sabemos: porque encima está aislada, hay una dependencia generalmente económica, además de emocional, etc. Y si caemos los profesionales de la salud en forzarla, en coaccionarla, implícita o explícitamente... y luego ella vuelve con la pareja, y no viene a nosotros porque estamos defraudados,… va a ser otro recurso más que pierde, porque posiblemente ya perdió la familia y luego, cuando vuelve al sistema sanitario, decirle "ya no quiero saber nada más contigo". Está cerrando puertas y si encima el sistema sanitario y social también cerramos…!!*
- *Esto forma parte del desconocimiento de los ciclos de la violencia que tenemos los profesionales y entonces te viene la frustración.*

Otras razones tenían que ver con la inseguridad y miedos de los y las profesionales a meterse en temas que no controlan y que no saben cómo "solucionar". Un problema de partida es la ilusión y la deformación de estos profesionales cuando creen que lo pueden solucionar todo, por lo que les genera mucha frustración cuando descubren que esto no es así, al menos en estos casos, o que no es tan así ni tan rápido como esperarían.

- *Funciona mucho lo de la caja de Pandora, que igual destapas eso y luego no controlas esa situación. Y es el temor por parte de los profesionales a meterse en algo que luego no saben qué hacer…*
- *Por otro lado, es razonable que los médicos y las médicas pensemos… "si sé el problema, ¿qué hago?" Además por naturaleza y por formación lo resolvemos rápido, porque nos parece*

que es un problema grave. Siempre tendemos a hacer eso. Cómo lo soluciono y cómo lo soluciono rápido y si yo no estoy formada, a dónde lo derivo.

- *Para nosotras, y los médicos sobre todo, tenemos que "solucionar lo que haya que solucionar, pero rápido".*

Otra variable señalada como dificultad para el abordaje de este problema de salud tiene que ver con la poca prioridad política y judicial dada al tema, con el entorno social que, aunque cambiante, todavía sigue estigmatizando a la mujer e invisibilizando o encubriendo al agresor, con las dificultades de la propia mujer para aceptar la ruptura de una relación afectiva

- *Se toma como algo vergonzante, en vez de caer el estigma sobre el agresor, se hace sobre la víctima, como me decía una vez una "pégame porque lu quiero", o "porque me quier con locura". La introducción del análisis de género es fundamental, porque falla la información y porque socialmente somos personas con unas creencias, miedos, etc*
- *Creo que hay un tema común y que a los clínicos nos pasa siempre: tú quieres un buen alumno, el hipertenso que tome la pastilla, que haga lo que le mandaste y que te venga el miércoles a la una. Cuando en estos temas orgánicos, cuando nos salen malos alumnos, hay una cierta tendencia a decir, "bueno, ya le hemos dado la educación, ahora que responda…" Pues bien, en algo mucho más complicado como es esto de la violencia, con muchos más prejuicios que la hipertensión, salen todos estos prejuicios. Por ello, efectivamente, la frustración y las ganas de no abordarlo.*
- *Las muertes producidas por el terrorismo, sin quitar importancia al terrorismo político, son un tercio, no llega. Pero cuando muere alguien por terrorismo, desayunamos, comemos y cenamos con ello, estamos todos muy sensibilizados, pero que a la paisana la mate quien sea, aparece en sucesos en una cosa pequeña, porque la vemos una cosa… ¿A quién le importa? ¿Qué trascendencia va a tener eso?*
- *Mi opinión es que hay mucho maltrato, que no nos llega efectivamente, y que puedes poner una denuncia y sigue habiendo mujeres muertas. ¿Por qué cuando mata ETA sale en todos los países, y cuando muere una mujer, cómo es que no sale en los telediarios? ¿Cómo es posible? ¿Qué importancia social le vamos a dar así?*
- *[Los malostratos] En casos de amigas tampoco se habla... Nunca jamás se comenta. Creo que es muy fácil de comprender si nos ponemos en el caso de las mujeres, pensemos en nosotras*

mismas. A mí también me costaría mucho comentarlo, probablemente no lo comentaría tampoco, sería lo último que comentaría... Es lo que consideras como tu mayor fracaso: Tú tomaste tu decisión y te reconoces tu mayor fracaso y con lo cual contarlo debe ser prácticamente imposible.

- *Siempre hay una carga de culpabilidad ante cualquier fracaso, la gente se autoinculpa o la sociedad te culpa...*

Se creía que las áreas de mayor desconocimiento tenían que ver con del ciclo de la violencia, la violencia psíquica sistemática, las microviolencias o micromachismos cotidianos. Una dificultad que se detectaba para el aprendizaje era nuestra propia implicación, nuestras propias creencias, miedos y realidades.

- *…Cuando se aborda el tema de violencia, se descubre algo que es real: que es que hay un juego relacional en la violencia que a veces hace que, de repente, esa mujer ya no te parezca tan víctima. Y eso es un grave error, porque el salto que hay que ser capaces de dar es que aunque parte de su defensa y de su manera de sobrevivir sea entrar en ese juego relacional, hay una discriminación, hay una desventaja añadida en esa mujer, que hace que siga siendo víctima, aunque también participe activamente. Y eso lo entienden muy pocos profesionales por lo que, normalmente, llega el desánimo "para qué me voy a meter si ella misma se deja provocar"…*

Una preocupación importante en el grupo era el tema de la denuncia: de lo problemático que puede ser el empujar a la mujer a denunciar sin reflexión de las consecuencias que puede acarrear para la mujer y para el propio proceso en que está inmersa de replantearse su relación y su vida.

- *Normalmente, la información de la que dispone el sistema sanitario es judicial y policial ... y con mucho sentido común hay gente que tiene miedo de abrir la caja de los truenos porque sabe que a veces, poner los hechos sobre la mesa sin que haya alternativas, puede suponer para esa mujer la muerte. Porque muchas veces, si es el único recurso, esto va a suponer, lo estamos comprobando, que una mujer pueda morir. Si uno no tiene claro una red de derivación y si uno no tiene claro una posibilidad de trabajo… es hasta peligroso, con sólo esa información de que "tienes que hacer el parte médico", que prácticamente es lo que funciona.*

- *Desde que denuncias o la fuerzas a denunciar, si la mujer no tomó la decisión realmente saliéndole de las tripas y de la cabeza, ni va a venir aquí, vamos a perderla y efectivamente como la van a matar o va a quedar allí, atrapada…*
- *Creo que ha habido un error al pensar que el problema del maltrato se podía resolver como una situación legal: denuncia, separación y punto. Pero el tema es más complejo. Entonces engañas por un lado a las mujeres que tienen expectativas de que si ponen una denuncia van a poder superar una situación, cuando ahí hay un deterioro.*
- *Cuando hablamos de maltrato no estamos hablando de acciones puntuales en un momento dado que pueden ocurrir, sino que hablamos de algo que ocurre de manera continua a lo largo del tiempo. Entonces esa mujer está dañada, no partimos de la idea de que existen daños, y si está dañada no está en las mismas condiciones que alguien que no lo esté, esto ya de entrada. Se engaña mucho a las mujeres y genera muchas expectativas falsas porque el daño está sin reparar.*

Se hizo especial hincapié en la necesidad de que la formación y el abordaje tenga un claro enfoque de género, es decir, contemple en el análisis y el plan de actuación los diferentes papeles y las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres en esta sociedad patriarcal, la base que explica estas situaciones de abuso, maltrato o violencia; también se planteó la importancia de que la formación sea conjunta de los diferentes profesionales del sistema socio-sanitario y de los dispositivos de ayuda legal a la mujer (casas de acogida, centros asesores de la mujer…) en cada área sanitaria.

- *Las médicas y los médicos no somos seres puros, si no incides en una buena formación de género lógicamente, todas las creencias tuyas, cuando escuchas a la mujer -lo primero que piensas es "a mí me da una bofetada pero no me da la segunda"- todas esas creencias entran ahí... y después el sentido de culpa que siempre, siempre, siempre tiene la mujer, el sentido vergonzante y de culpa si no tienes una formación de género, es muy difícil de comprender y abordar.*
- *...Lo primero que hay que introducir es el enfoque de género. Hay una discriminación básica (entre hombres y mujeres) que está ahí y que es una forma de violencia ya, la primera. Es por ahí por donde hay que empezar...*
- *Me parece que aquí más que nunca es necesario que nos formemos juntos los profesionales de distintos ámbitos para intervenir juntos. Porque cuando te formas juntos, intervienes juntos, si no, no.*

- *...[El curso de formación multidisciplinar] fue muy interesante porque, por ejemplo, las abogadas decían, "hay que denunciar, hay que hacer un parte inmediatamente…" y muchos profesionales sanitarios decían, "cuidado, espera, que una denuncia hecha en un momento inadecuado puede provocar más violencia y puede provocar incluso…" entonces, yo no destapo la caja de Pandora hasta que no pueda… otra cosa es que en mi historia clínica, yo vaya anotando cosas que en un momento dado sí pueden hacer que yo al juez le diga "hace seis meses que yo empecé a notar síntomas compatibles con un síndrome de maltrato", por ejemplo.*

Se insistió en la necesidad de reconocer las dificultades que entraña el abordaje de estos casos: en primer lugar, porque los casos son muy diferentes entre sí y hay que huir del estereotipo; porque "no hay recetas" y, en definitiva, es la propia mujer la que tiene que tomar sus decisiones y esto es un proceso cuya elaboración requiere tiempo. Además, la investigación realizada en este campo y los esfuerzos dedicados actualmente a la misma son escasísimos.

- *Yo vuelvo a repetir una idea que me preocupa mucho más que la violencia visible, rápida... en la que el problema puede ser a veces de descoordinación o de simple desinformación sobre los recursos… Me preocupa más lo que supone construir, de verdad, una solución en la que esa persona participe, y sea una solución propia, construir una demanda de ayuda en la que tú puedas entrar… porque una mujer para salir de esa situación, por el aislamiento, la falta de recursos va a precisar de una ayuda, pero una ayuda en la que ella se sitúe como una interlocutora. Y donde ella decida.*
- *Hay una cuestión importante con este tipo de demandas, que saturan mucho a los profesionales, sobre todo cuando intentas poner medios y no consigues lo que TU esperabas, y muchos profesionales dicen, "caray, estuve trabajando con ellas, psicoterapia, y mira luego volvió con el marido…" que es una disponibilidad profesional que hay que tener, porque son demandas que se tardan mucho en construir en el tiempo y que tienen muchas idas y venidas y que es, a veces, difícil de mantener, sobre todo con las organizaciones de servicios que tenemos.*
- *Hay que tener, además, una cierta incondicionalidad "yo voy a seguir viéndote aunque vuelvas con él". Porque la habías ayudado a conseguir no sé qué apoyos sociales para irse de casa con los niños, y lo volvía a recibir y la volvía a maltratar, y tenía que seguir huyendo*

porque dejan de venir a verte cuando sabía que no había cumplido con lo que supuestamente había "pactado" contigo... no tenemos el poder de arreglar la vida de nadie…

- *...Por ejemplo, el aceptar todas las vueltas que tiene su vida, y tener una disponibilidad de, bueno, "pues acabamos aquí la consulta de hoy, ni siquiera te doy una pauta, pero vuelve a verme". El que no se vaya, el que siga viniendo, el mantener un vínculo con un profesional es fundamental, y eso (los profesionales) se trabaja muy poco.*
- *...A veces, parece que somos los distintos profesionales los que sabemos mejor que la propia mujer lo que le ocurre*
- *El daño que la mujer sufre en el maltrato es un conjunto de cosas que hace que su comportamiento cambie, si era una persona alegre y dicharachera, acabe siendo una persona triste, que va a las consultas ... y es una pérdida de un montón de cosas, y es lo que dices tú: has hecho una inversión importante, afectiva, en una persona, donde además somos cuidadoras, en unas relaciones de cuidados y de afectos. Entonces tenemos una parte muy importante de nuestra identidad como mujeres que está muy unida a la identidad de relación con la pareja Y ése que debería devolverte una imagen de ti positiva, lo que te devuelve es terror.*
- *… Pero si hubiéramos hecho una encuesta hace años de a quién le parecía mal que su señor le pegara, todo el mundo habría dicho: no, a mí natural. Ahora, eso está mal visto socialmente. Por eso se ve más.*

En varias ocasiones se hizo mención a la detección, cada vez más frecuente, de casos de relaciones con violencia o relaciones controladoras entre la gente joven, que los propios protagonistas vivían con "cierta naturalidad", lo que era una preocupación en el grupo.

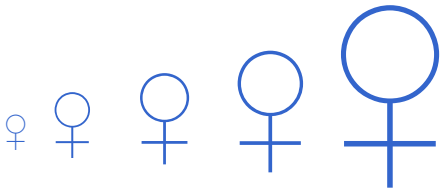
- *Los casos que yo veo son en urgencias. Hay casos de gente joven... y eso me llama la atención.*
- *...Yo veo gente joven, adolescentes, que le están pegando los novios y además lo ven normal...*
- *Tenemos socialmente tan normalizados comportamientos y conductas que ni siquiera las vemos...Es el maltrato que de manera sorda te va haciendo el daño, pero no puedes hacer nada frente a ello porque ni siquiera lo has detectado. Hay que visibilizar esta violencia cotidiana.*

- *Hay mucha chica joven, y yo hace años veía mujeres embarazadas, pero no veía jóvenes con novio, y esto sí está pasando ahora, ... los padres tampoco lo visibilizaban que estaban en los inicios del maltrato, y muy serio. Y contaban además que las compañeritas comentaban "cómo te quiere Fulanito", porque está todo el día con el móvil y que no la deja respirar. No dejar respirar era interpretado por estas chicas como que te quería muchísimo, fíjate que está pendientísimo de ti...*

Otro aspecto que se abordó es que en este tema generalmente se invisibiliza al agresor, cuando el problema está en él y su deseo de control y de no aceptación de la autonomía de la mujer. Por tanto, la importancia de implicar a los hombres de formas diversas: preguntándole en la consulta acerca de sus relaciones en la pareja, haciéndole ver que ese –además de un delito- es un problema de relaciones humanas, un problema de control del impulso, de su personalidad... También es un problema de la sociedad, que a través de la socialización y los estereotipos de género posibilita esa interpretación de los roles y ese tipo de conducta.

- *Siempre se piensa en "por qué la mujer no le deja" y no se piensa en "por qué él la maltrata", es decir, colocamos el problema en la mujer y se tiende a justificar al agresor...*
- *Y preguntar a los varones... Eso a veces se nos olvida: el referente es sólo la víctima, que es la mujer. Sigue presentándose como un problema sólo de la mujer pero hay un hombre ahí detrás que tendrá que ir concienciándose, que no puede haber impunidad y que causa repulsa…*
- *Generalmente los maltratadores socialmente están muy bien vistos. Al final la relación de pareja es la relación de dos personas que poco a poco en tu mente se va malformando y si un día te dice que estás fea, será que no te peinaste curiosa, y si al día siguiente te dice que hueles mal, será que te duchaste hace dos horas y te huele el sobaco, y cuando va in crescendo y al final te dice "te voy a matar", no te enteras.*
- *Efectivamente, el varón es la otra parte. Pero después qué haces con el varón.*
- *Por otro lado, los maltratadores son los maltratadores pero a ver, qué solución vamos a buscar para ellos, porque también hay que buscarla, ¿dónde meto yo a este fulano?, ¿cómo lo llevo?, ¿cómo lo encajo?*
- *Lo que dices de tratar al agresor está contemplado en el tratamiento de los maltratos, porque es tratable. Nosotros en nuestra consulta sabemos quién es esa persona. Y habría que hacer algo con esa gente, encauzarla. Hay que hacer algo con ellos, no sólo con esa mujer.*

- *Pero hay que hacer algo porque socialmente los valores están generando una agresividad, porque sienten que han perdido poder, poder económico, protagonismo en todo, las mujeres les hemos ganado en montones de cosas... Ellos lo están ganando en agresividad, "aquí me impongo yo y esto se hace así", y eso socialmente tiene que salir por algún sitio.*
- *Creo que la única solución sería que socialmente estuviera tremendamente mal visto el maltrato. Saber la importancia que tiene, y las consecuencias.*
- *Por eso digo que socialmente, culturalmente, tendría que haber un cambio ya en las escuelas, en las casas también y en los servicios sanitarios... De alguna manera todos tenemos que aprender...*



Propuestas de Trabajo

1. Impulsar desde los organismos públicos –Consejería de Servicios Sociales, Consejería de Salud e Instituto Asturiano de la Mujer- un plan socio-sanitario con suficiencia económica de atención a las personas dependientes... un plan que revierta la actual situación que coloca en la familia –las mujeres- los costes materiales y humanos del abordaje de las necesidades derivadas del envejecimiento de la población y la atención a las personas dependientes. Un plan que establezca que los servicios sociales, actualmente, han de ser servicios públicos, universales y gratuitos, formando parte del estado de bienestar de nuestra población.

2. Apoyar, simultáneamente, desde el sistema socio-sanitario actual a las personas -mujeres y hombres- que comparten el cuidado de las personas dependientes en la familia, orientando sus esfuerzos y aliviando su carga.

3. Promover desde el sistema sanitario investigaciones que visibilicen las consecuencias en la salud de las mujeres del trabajo como cuidadoras en la familia, a través de su adecuada incorporación en el sistema de información OMI-AP o con diseños ad hoc.

4. Promover desde el Instituto Asturiano de la Mujer políticas efectivas de igualdad de responsabilidades y oportunidades en el ámbito doméstico y, en concreto, en el tema de cuidados. Incorporar este enfoque a los servicios socio-sanitarios estimulando el autocuidado y autoayuda tanto en hombres como en mujeres, en población sana y en la que sufre alguna patología.

5. Abordar el reto que supone mejorar la relación de nuestro sistema socio-sanitario con la creciente población inmigrante, dotando a las y los profesionales de los conocimientos adecuados y de la sensibilidad suficiente sobre los fenómenos migratorios en general y los de Asturias en particular, trabajando con las asociaciones de emigrantes o de acogida a la inmigración, como agentes facilitadores de una relación positiva con el sistema social y sanitario. Incorporar este tema a los programas de formación continuada para facilitar el conocimiento, la reflexión y el buen hacer.

6. Revisar el programa de atención al embarazo y al parto en Asturias, promoviendo la vivencia del embarazo y el parto fisiológico como un proceso natural, eliminando las actuaciones que no aporten beneficio, según la evidencia científica actual recogida en la bibliografía, evitando la sobremedicalización innecesaria del mismo, fomentando las medidas de educación y promoción de la salud, el autocuidado y el protagonismo de las personas y liberando recursos socio-

sanitarios para asegurar la atención de los grupos de población que, por su situación cultural o social, no alcanzan todavía el cuidado estándar.

7. Revisar el programa de atención al embarazo y al parto en Asturias, incorporando la opinión, el sentir y las expectativas de las mujeres asturianas, recogido a través de sus asociaciones u otras formas de investigación.

8. Revisar el programa de atención al embarazo y al parto en Asturias, con la colaboración de las y los profesionales relacionados con el tema –matronas, obstetras y trabajadoras sociales- de atención primaria y especializada.

9. Prestar especial atención a la captación temprana de los sectores de la población más desfavorecidos para que se beneficien del cuidado estándar del embarazo, incluyendo las medidas de educación y promoción de la salud, en los tiempos y situaciones más ventajosas para aumentar su bienestar y disminuir sus riesgos.

10. Poner en marcha en Asturias un programa piloto (adecuadamente diseñado y evaluado) de parto natural protegido en una o dos maternidades públicas que ofrezca a las mujeres asturianas que lo deseen la posibilidad de vivir el parto de forma natural y protegida, en un entorno más familiar e igualmente seguro.

11. Potenciar y desarrollar el papel de la matrona como perfil profesional idóneo en el contexto del embarazo y parto fisiológico, manteniendo su formación continuada en esta línea y en los centros adecuados de formación (escuelas de matronas y centros pioneros en el parto fisiológico).

12. Diseñar y desarrollar un programa de formación y actualización de los y las profesionales socio-sanitarios que impulse, apoye y consolide el cambio en la atención respetuosa y no intervencionista al embarazo y al parto fisiológico como un proceso natural.

13. Informar adecuadamente a las mujeres asturianas sobre el nuevo programa de atención al embarazo y al parto recabando su colaboración para alcanzar el mayor éxito en el proceso de implantación y los mejores resultados en salud y bienestar.

14. Favorecer la desmedicalización y la promoción de la salud en las distintas etapas de nuestras vidas y, específicamente, en la menopausia. La autoridad sanitaria debe informar periódicamente a los y las profesionales sanitarios y a las propias mujeres de las recomendaciones científicas e independientes respecto a los tratamientos hormonales sustitutivos, u otros similares, con el objetivo de proteger la salud de la población, favorecer la buena práctica clínica e impulsar la educación y promoción de la salud de la población, haciéndola más autónoma y capaz para tomar sus propias decisiones.

15. La autoridad sanitaria debe establecer mecanismos identificables de vigilancia y seguimiento de dichas recomendaciones de salud pública.

16. Revisar y reordenar, a la luz de los conocimientos actuales, el interés, utilidad y papel de las unidades de menopausia

17. La autoridad sanitaria debe abordar, específicamente, el enorme problema de salud que supone la alta prescripción de psicofármacos en las mujeres adultas, y en la población en general, desde una perspectiva multidisciplinar, intersectorial y de género y desarrollar estrategias que fomenten un abordaje bio-psico-social de las quejas, malestar y disconfort que las personas plantean en las consultas.

18. Promover la participación del sistema socio-sanitario en el abordaje integral de la violencia hacia las mujeres, impulsando la sensibilización y formación de sus directivos y profesionales respecto a este problema de salud, facilitando una actuación socio-sanitaria coordinada, integral y con perspectiva de género.

19. Favorecer la formación continuada de grupos expertos de profesionales como referentes para el conjunto del sistema socio-sanitario, profesionales de apoyo en el abordaje integral de estos casos y de estímulo para la implantación de las medidas relacionadas con el Plan Integral contra la Violencia hacia las Mujeres.

20. En este contexto favorecer el conocimiento y buen uso del protocolo interinstitucional de atención socio-sanitaria ante la violencia hacia las mujeres.

21. Incorporar a los programas de formación continuada del CGSalud, talleres dirigidos a la dirección y a los y las profesionales del sistema, con contenidos y enfoques relacionados con:
    - las formas actuales de enfermar y demandar al sistema sanitario
    - los policonsumos, la yatrogenia, el uso racional de la receta y el medicamento por parte del sistema y de la población
    - las alternativas de Educación y Promoción de la Salud, la medicina comunitaria y social
    - la adquisición por parte de los y las profesionales socio-sanitarios de habilidades y técnicas de abordaje bio-psico-social que les refuerce en acercamientos más integrales, menos intervencionistas, más respetuosos con las personas y sus procesos vitales.

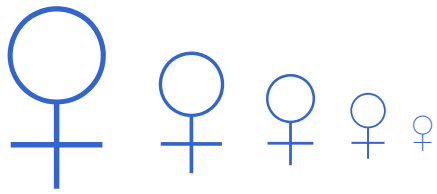
AINHOA. 7 años

2 Grupos de mujeres del entorno asociativo

Autora:
Marian Uría Urraza, *socióloga de la salud*

Asociaciones participantes:

—Mujeres de Asociaciones de la Cuenca del Nalón
Asociación de Amas de Casa de La Felguera
Asociación Les Filanderes de Ciaño
Colectivo de Mujeres Alameda de Sotrondio
Colectivo de Mujeres El Alba de Langreo
Colectivo de Mujeres Samuño de La Nueva
Vocalía de la Mujer de la Asociación de Vecinos de Riaño
—Asociación de Mujeres de Lugones
—Mujeres de Asociaciones de la zona central de Asturias
Asociación Amamantar
Colectivo Mujeres por la Salud Nielda
Forum de Política Feminista



La salud de las mujeres de 50 años en adelante

Los principales problemas de salud

Relataban como problemas más frecuentes en su edad y entorno: soledad y depresión (relacionados con el "nido vacío"), menopausia, migraña, problemas osteo-musculares, osteoporosis, hipertensión, sobrepeso (y los problemas que se derivan del mismo), problemas circulatorios, vértigos y fibromialgia.

- *Bueno yo, dentro de mi entorno, [lo que veo] son cervicales, artrosis y artritis... Sólo te dan calmantes y además son muy fuertes, te fastidian el estómago y, bueno, no sé, a mí parezme que es un problema bastante grande y que la medicina actual es como si no le diera demasiada importancia.*
- *El tema de la migraña, hay tratamientos y tratamientos... Yo por ejemplo llevo ya como 15 ó 20 años con esti problema. Yo llevo días enteros que ya me levanto con dolor, me acuesto con el dolor y estoy una semana, dos semanas. Y después a lo mejor tardo 15 días y vuelvo otra vez. O sea, no dan con ello. Pa mí, o no hay estudios hechos o recetan por recetar alguna cosa que ye por probar...*
- *A partir de los 47 el cuerpo va empezando con los famosos cambios y entonces, claro, les grases acumúlense porque a partir de los 30 años empezamos a perder músculo... Al tener sobrepesu coges osteoporosis, coges una depre gordísima cuando te mires al espejo, y entra todo a partir de eso. O sea que también ye un problema de salud. Porque no ye que queramos toes ser Claudia Schiffer, no. Ye un problema de salud.*
- *Empieces a hacerte un poco pasiva, si no tienes otres actividaes al margen y demás. Y entonces eso ye una cadena ¿eh? Si te fijes bien, va todo enlazao. Va enlazao la osteoporosis, la fibromialgia... la depresión, la obesidad.*

Además, referían insomnio, pérdida de memoria e incontinencia urinaria. La hipercolesterolemia y la diabetes también les preocupaban, sobre todo como fuente de otras enfermedades. Respecto al cáncer, creían que era muy frecuente en su zona y señalaban el de mama, el de útero y colon. Se debatió igualmente sobre el screening de mama y la utilización del mismo.

- *Otro problema que abunda mucho en las mujeres, lo que pasa que la mayoría no lo quieren reconocer, es la pérdida, que toses, saltas... y pierdes pis. La incontinencia. Eso muchísima gente, pero no te lo reconocen.*
- *Y el problema es que yo creo que mucha gente no le da importancia a tener diabetes. Como no te duel nada... y hay gente que sigue comiendo. Qué pasa, que después vienen los infartos, pérdida de oído, de todo.*
- *Cáncer. Yo oigo muchísimo, y en gente bastante joven... Pero el de mama ahora ya está muy controlao.*

La mayoría había acudido al programa de screening de mama, aunque varias también acudían al ginecólogo privado donde realizaban mamografías anuales. Otras referían problemas concretos por los que solían hacerles mamografías anuales en el hospital y por ello lo notificaron al programa. Comentaban el miedo de algunas mujeres a un resultado adverso, por lo cual no acudían. También conocían algún caso de mujeres a las, que estando dentro de la edad, no las llamaron nunca.

- *Yo ya fui dos veces, me paez que ya me llamaron dos veces. Y sí que va muchísima gente ¿eh? Muchísima gente. A partir de los 50 años cada dos años.*
- *Yo no, yo tengo un tratamiento hormonal y entonces sí me llamaron. Y como les dije que estaba controlada en el hospital pues, dejaron de llamarme, pero yo voy todos los años a hacer una ahí al Nalón.*
- *Yo creo que mucha gente no vamos, o no van, porque tienen miedo a ver el resultao, que y-os encuentren algo. Hay mucha gente que tien tovía esa mentalidad.*

Les preocupaba bastante el Alzheirmer, les interesaba conocer los síntomas y ver la forma de prevenir. Dos de las participantes refirieron haber cuidado a sus madres con esta enfermedad.

- *El índice, según las estadísticas, es mayor en mujeres que en hombres. Y tienden cada vez más a ser más jóvenes. Esi es el problema.*

Se planteó también, el problema de salud bucodental de las personas que ya van llegado a una edad avanzada. Señalaban que a veces prefieren que les extraigan la dentadura, por el elevado coste de las consultas y tratamiento odontológicos.

- *Cuando empieces a llegar a la edad crítica y empieces a tener esos trastornos, a tener pérdida de encías y tienes que hacer una endodoncia y la tienes que hacer, pero la Seguridad Social solamente te cubre lo que es la extracción, entonces ¿qué sucede?, pues que llegues allí con mil y un problemas y la gente lo va dejando...*

Las medidas para reducir o mejorar esos problemas

Pensaban que fundamentalmente se deberían poner en marcha medidas preventivas, sobre todo alimentación y ejercicio físico, pero manifestaban que es necesario hacer educación entre la población y esta responsabilidad creían que es de la administración sanitaria y los ayuntamientos. Planteaban que para las cuestiones relacionadas con los huesos, el tomar solo medicación no supone estar solucionando el problema. Por ello eran firmes partidarias de la prevención para el futuro: gimnasia, balnearios, etc. Referían que en algunas asociaciones se organizan cursos de dietética y nutrición, gimnasia y otros, a los que acudía mucha gente, pero que debería organizarse desde los centros de salud, formando grupos con enfermeras. Veían la necesidad de acercarlo a la población.

- *Y ye que si no se previén ahora o no hay un tratamiento adecuao, a la vuelta de 20 años, encuentrase una con una serie de persones totalmente faltes de movilidad que necesiten ayuda de terceres persones. Y entonces ya no ye el padecer ahora, ye que la población envejez y cada vez se agrava más el problema.*
- *En otros países hacen mucho esa gimnasia de mantenimiento... Entonces sí, yo creo que sí se podría hacer una verdadera prevención sobre lo que pueda pasar en años venideros. Que no sea solo tomar los antinflamatorios, que te deshacen el estómago.*

- *Ya la puerta, si no la abres, oxídase. O sea que yo creo que hay que empezar ya a hacer labor de prevención, no sólo de tomar [medicamentos].*
- *Eso, en este caso desde la salud, hacer, no sé, grupos de trabajo dentro de los propios centros de salud... para concienciar a la gente lo que debe ser, no sé, todo. Porque mucha gente no sabe alimentarse, ¿eh? No sabemos.*
- *Vamos a ver, cuando se firma o se hace un protocolo de menopausia, pues desde ahí ya se podría lanzar, porque una de les coses y una de les iniciatives sería eso, lanzar la prevención.*
- *Que el mismu médicu diga, "tú tienes una alternativa, aparte de los medicamentos que puedas ingerir, tienes una alternativa que es ésta". Esta gimnasia, que se va a impartir como sea, como se empezó a impartir la gimnasia del parto, la de preparación al parto, que eran dos días a la semana, y pues oye, fue un boom. Pues yo pienso que si desde ahí se lanzara sería una cosa positiva.*

Enlazaban los beneficios de la prevención con el ahorro en el gasto farmacéutico. Reconocían que a veces para las propias pacientes era más fácil tomar un medicamento que hacer actividades preventivas, de ahí la necesidad de que partan de los propios centros de salud, pues la población asimilaría mejor los mensajes.

- *Si, mira, si ellos mismos reconocen en el periódico que en Asturias subió el gasto farmacéutico mucho ¿eh? Hay muches coses que no necesiten gasto farmacéutico que se hicieron. Entonces eso hay que decilo.*
- *Simplemente los medicamentos, es un gasto increíble ¿no? ¿Por qué te dan pa más, si tienes ocho días de tratamiento...? Sí, siempre dan de más.*
- *Pero el problema del gasto farmacéutico no lo tenemos los usuarios, nosotros tomamos lo que nos mandan, lo que nos recetan. El problema ye que habrá otros intereses que nosotros no entendemos.*
- *Y claro, queríes más que te diera pastilles antes que te dijera "¿a qué hora cenes? ¿y vas pa la cama? ¿y no sé qué?". Entonces, claro, ahí también somos nosotros.*

Las dificultades para mantener una alimentación equilibrada

Se apreció que tenían buenos conocimientos sobre una alimentación saludable y trataban de llevarla adelante. Pero señalaban las dificultades, entre ellas, la de luchar contra la publicidad, que

en la infancia está calando, y la necesidad de promover una alimentación saludable desde la escuela. En su opinión, están cambiando los patrones alimenticios en los hogares.

Señalaban la dificultad en hacer asumir a la familia los cambios hacia una dieta saludable, el trabajo añadido para la mujer cuando hay alguien a dieta en la familia, y que la dieta se respeta más cuando es el hombre el afectado que cuando es la mujer. También pensaban que poco a poco algunas familias van asimilando los cambios. Otra cuestión que planteaban es que en muchas familias si hay escasez de medios, se ahorra en alimentación, pues es algo "que no se ve" y eso repercute en la salud.

- *Pero hacer una prevención con la alimentación cuando la publicidad nos bombardea, no sé. ¡Y por todos los lados! Porque claro, ¿quién le hace a un crío entender que tiene que tomar un bocadillo de pan normal, cuando al lado está viendo un bollicao... Y hablo incluso por mí, que a veces tengo un platu de legumbres delante y me están enseñando un precocinao maravilloso, que no hay más que calentar, y ¡que me dan ganes de guardar les legumbres o tirales y comer aquel platu!*
- *Yo creo también que muchos problemas de salud es porque tienes que llevar un control y, como lo tienes que hacer tú pa ti misma, no lo haces.*
- *... Muchas veces, cuando el dinero no alcanza pa todo, que se quita del comer, y se come mal.*
- *El régimen... si ye de algún otru se sigue, el de la mujer ye el que se levanta.*
- *Pero bueno, yo llegué a, no sé, a mentalizame y decir, "bueno, ¿por qué tengo que comer yo lo que no creo que me va a beneficiar?". Entós termines por hacer eso, "tú comes esto y yo como esto", y ponémonos los dos a la mesa y cada uno comemos diferente.*
- *Pero la gente puede ir cambiando. Yo haz 23 años que me casé. En casa de mi suegra era que nevaba [sal] por la pota... Mi marido, lo que es el pescao, una vez a la semana, y el resto ni probalo. Pues ahora si lo pongo los 7 días pa comer y pa cenar, lo come.*

Los escollos para practicar ejercicio físico

Relataban problemas de comodidad para realizar ejercicio físico, pero también de escasez y falta de accesibilidad a polideportivos y a las piscinas cubiertas (sobre todo en los pueblos pequeños) y de carestía de algunas actividades. De cualquier forma, muchas de ellas referían realizar alguna actividad: tai-chi, gimnasia de mantenimiento, y sobretodo caminar. Señalaban que en algunos pueblos, el terreno dificulta caminar, sobre todo a mujeres mayores.

Respecto a encontrar tiempo para hacer ejercicio, pensaban que se podía encontrar, si se propone. Pero mantenían que es necesario que desde las instituciones se fomente el ejercicio, facilitando lugares donde hacerlo y a precios razonables. Planteaban también dificultades para que, sobre todo las mujeres mayores, acudan a los hogares de jubilados a cursos o actividades.

También comentaban como dificultad, el que normalmente las mujeres tienen asumidos los gastos familiares, pero no dedican dinero a sus actividades personales**.**

- *Yo tengo poco tiempo, entonces tengo la bicicleta estática delante de la tele. Y si pongo la tele media hora pues estoy en la bicicleta. Y cinco minutos que tenga libres voy a caminar ¿eh? Pero la verdad que a mí el ejercicio me gusta y me engancha.*
- *Hombre, todos los días no, pero si lo programes, si te programes dos días a la semana como mínimo, sí que lo puedes hacer.*
- *Pero lo hay que facilitar. Por ejemplo, el tema de les piscines, nosotros no somos del núcleo, nosotros tamos apartaos.*
- *Ye de necesidad pa esa gente mayor, ye lo que salen. Pero claro, la gente, somos todas socies del hogar, porque ya somos todas pre-jubiladas, pero no van, les mujeres no van porque estos centros siempre fueron de los hombres.*
- *Sería necesario abaratar los costes de las actividades y con animadores para que la gente mayor participara.*

Respecto a qué institución sería la más adecuada para promover el ejercicio físico, había distintas posturas: los ayuntamientos o los centros de salud. En general pensaban que sería más efectivo que se hiciera desde el ámbito de la salud, aunque la colaboración entre instituciones sería muy necesaria.

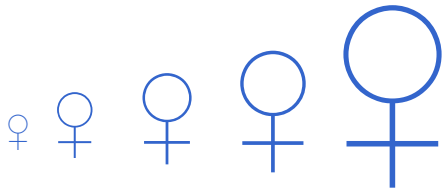
- *Pero para que haya una continuidad, una cosa más seguida y que vaya la gente ya empezando a concienciase, tien que ser desde esos centros [de salud] en realidad.*
- *Sí, yo también, porque no es lo mismo que te lo digan desde el Ayuntamiento que te lo diga el médico.*
- *Ye pedir que desde la Seguridad Social, oye, que se muevan pa buscar y demás, con un conveniu con el ayuntamiento pa que el ayuntamiento haga una colaboración con les asociaciones o con lo que quieran. Porque los que se tienen que mover son ellos.*

Las experiencias en torno a la menopausia

Describían situaciones muy diversas, desde algunas que pasaron por momentos muy duros, con síntomas físicos muy importantes, a otras que no tuvieron problemas o solamente fueron leves. Algunas habían acudido a ginecólogos privados y habían estado o estaban en tratamiento, con revisiones anuales o semestrales.

Se debatió sobre las informaciones con relación a la THS, basadas en los últimos estudios y algunas manifestaron que si hay control sanitario y los médicos lo recetan, ellas estaban tranquilas pues confiaban en sus médicos. Decían que, en general, habían sido informadas y habían asumido los posibles riesgos. En algún caso les habían recomendado dejar los tratamientos, tras las últimas informaciones. Se quejaban de que se utilicen medicamentos sin suficiente seguridad y opinaban que a veces se trata a las mujeres como cobayas.

- *Sé que hay gente que se le junta la menopausia con la marcha de los hijos, a veces hasta con enviudar y con todo; entonces es un cúmulo de coses que influyen en la persona, y tienes que ser fuerte.*
- *Los parches, si los enfocas desde la parte preventiva... Antiguamente, tú misma lo dijiste, una abuela con 63 años era una anciana... hoy una mujer de 63 años tiene una calidad de vida y tiene una vida. Y yo creo que todo aquello que sea paliar un poquitín y ganar un poco de eso, de calidad de vida, de una vida más llevadera... Yo creo que cuando van a la ginecóloga o pasen al médico, si no lo necesites no te va a poner el tratamiento de parches.*
- *Yo a mí, paezme que estando vigilada… Yo si me encontrara mal lo dejaba y si me dicen oye, aumentaron muchísimo los riesgos…*
- *Yo creo que se deja un poquitín también en manos de los médicos… Una sabe cómo tiene el cuerpo pero no sabe con qué lo tien que tratar.*
- *Se contradicen tanto, porque les estamos sirviendo de cobayas, porque si esto era malo, primero nos lo daban como una salvación y ahora resulta que es malo. Te están utilizando.*



Las percepción sobre la violencia contra las mujeres como problema de salud

Cuando se planteó esta cuestión, señalaron que es algo que entristece mucho, pero que afecta en gran medida a la zona en que viven. Varias participantes pensaban que son más numerosos los casos de violencia psíquica, mientras que otras señalaban la física. Creían que fundamentalmente las mujeres maltratadas tienen una baja autoestima. Algunas señalaron que las prejubilaciones han podido tener un efecto en este problema, y les preocupaba mucho que se esté dando en parejas jóvenes.

- *Al menos por la zona donde vivo yo, es más bien violencia psíquica que física. La mayoría son mujeres que no trabajan y entonces pues, el oír siempre que "el que trae el dinero a casa soy yo y hago con ello lo que quiero"... No se desarrollen, no tienen la autoestima necesaria porque si te mentalices dices-y "oye, tú traes les perres a casa, la que trabajo soy yo. Tú trabajes allí, yo aquí. Tú tienes un jefe que te paga, yo como no tengo jefe que me pague alguien me tien que pagar mi trabajo también". Pero la gente no lo asume, entonces yo creo que mucho [afecta] psicológicamente en depresiones y en bajar la moral.*
- *Y sobre todo, lo que más me llama la atención, entre gente muy joven. Matrimonios muy jóvenes. Además de estar oyendo la trifulca, los críos llorando... Matrimonios, pues, rondando los 30 años, no estoy hablando de los matrimonios de 60 años ni muchísimo menos... y luego ver a la mujer pues, bien con la nariz vendada, con un brazu por aquí con una escayola. La verdad que circunstancies que llamen muchísimo la atención.*
- *Siempre te dijo tu madre "las cosas de mi marido nadie las sabe si yo no las digo". Y tú tienes un marido en casa que en la calle ye muy bueno y muy tal y en casa "¡bah!". Aguantes, aguantes... Y llega un momento que a lo mejor tú tienes medios y dices tú "hasta aquí llegué, de aquí no aguanto más". Pero otra gente no tien medios y sigue aguantando.*
- *Que a las mujeres, por educación y por roles, no nos enseñaron a decir "no". A muches. Y eso ye lo más fundamental, aprender a decir no.*

Surgió el tema de las prejubilaciones y el alcoholismo, no solo en hombres y señalaron que conocían varios casos de mujeres alcohólicas, siempre ocultándolo.

- *Metiéndose en lo que compren, metiéndose en lo que cocinen, metiéndose en que gastaste mucho. Y si cae alguna ostia de vez en cuando, bueno, tampoco pasa ná.*
- *Porque la prejubilación de los maridos perjudicó mucho en muchas familias. En todo, en tirarse a la bebida.... muchas mujeres hay alcohólicas, aquí en las cuencas, muchas. Mucha juventud y muchas mujeres.*
- *El alcoholismo de las mujeres, es un alcoholismo bastante sangrante porque ¿qué pasa? En el hombre se ve más, en la mujer bebe a escondidas y no acepta nunca que bebe.*

Respecto a si influye el alcohol en la violencia, no creían que fuera necesario el alcoholismo para la violencia, pensaban que más bien se escudan en él los maltratadores. Opinaban que afecta sobretodo a mujeres vulnerables. También señalaban que los celos podían influir y relataron algunos casos concretos conocidos.

- *Yo creo que no necesitan ser alcohólicos para tener un carácter de "moviste esto p' aquí" o estaben mirando a ver cuándo lo mueves pa... Bueno, también incidirá, pero yo creo que una mayor parte que no, no tienen porqué ser alcohólicos pa tener el carácter que tienen.*
- *Pero el alcohol influye mucho. A lo mejor son violentos y pa justificar esa violencia respáldense en el alcohol, que esa ye otra cosa.*
- *Hubo un tiempo que tuve contacto con dos mujeres que se fueron a otra casa, una de elles acabó en una casa de acogida. Esta mujer no se puede decir que fuera una mujer que no tuviera educación, faltaba-y muy poco pa acabar la carrera. Y yo creo que para evitar el tema de malos tratos, la educación es fundamental. Pero la educación y a la vez hacer... que la mujer llegue a tener una autoestima y sepa lo que ye la dignidad... Una vez que la mujer maltratada adquiere una autoestima suficiente y un poco de dignidad, sale... Porque a veces dicen, "si hubiera un respaldo económico esa mujer salía del bache". Bueno, el respaldo económico sí, pero después también que ella recupere esa mínima de autoestima.*

Pensaban que el tema pasa desapercibido para los médicos, muchas veces porque las mujeres lo ocultan durante un periodo, pero también por la falta de tiempo para indagar sobre el motivo de una demanda de consulta continuada, aunque tengan interés por este tema. Pero opinaban, que si el médico indaga, la mujer acaba confiándose, aunque frecuentemente el periodo de ocultación dura años.

- *El médico es el más directo y el que primero se tendría que dar cuenta de ese detalle. Lo que pasa que claro, en una consulta con mucha gente que no puede echar el tiempo con esa persona... y esa señora va pa casa y entós claro, hasta que vuelve otra vez...*
- *Yo creo que ahora tenemos la suerte de que hay médicos jóvenes que son fenomenales, y yo hablo por experiencia dentro de mi familia, que si no hubiera sido por el médico no se hubiera salido... Una mujer que no va al médico pues más que pa hacer un control de vez en cuando porque no tiene motivos, y de repente empieza a ir todas las semanas porque se encuentra mal y, que tiene esto y que tiene aquello, pues oye, si es un profesional como Dios manda, tien que dase cuenta.. El problema es lo que hablamos, de tiempo.*

Respecto a si pensaban que la formación del personal sanitario podría ayudar a abordar este tema, señalaban que sí, puesto que creían que hay muchos que están sensibilizados. Relacionaban con este tema la cuestión de las depresiones que se van cronificando y el alto consumo de fármacos, y pensaban que detrás de ellas, muchas veces, existen problemas de malos tratos o de una relación insatisfactoria, que los y las profesionales deberían indagar.

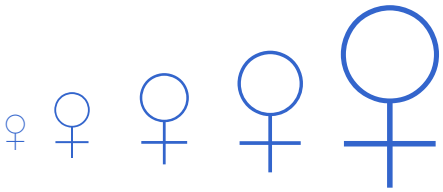
- *¿Cómo se manifiestan esos malos tratos psíquicos? Pues yendo al médico y diciendo que tienen una angustia, que están muy mal... Y ahí empieza un camino tortuoso, un camino donde se empieza a dar a la mujer, bien ansiolíticos o bien cualquier tipo de medicación que pueda detener esa ansiedad que tien y ese "tengo aquí como si tuviese no sé qué en el estómago"... Una depresión sí ye cierto que puede durar mucho tiempo, pero se alivia, se mejora y se deja la medicación.*
- *Y entonces yo creo que lo mejor es concienciar al médico de familia... "yo tengo aquí una mujer que lleva 4, 5 años tomando medicación sin descansar y aumentando cada vez más esa medicación y tengo que buscar el problema". Porque ahí sí que hay un maltrato encubierto.*
- *Yo conozco un montón delles que son zombis, porque a lo mejor les ponen un tratamiento pues adecuao, pero como elles se sienten mejor tomando una más, se medican ellas solas y*

van tomando más y más... Se toman aquellas pastillas, se echan a la cama y hasta luego. Y hay maridos que están muy a gusto de meteles esas pastillas pa que estén...

En su opinión, el papel del personal sanitario sería muy importante. Volvieron a plantear el trabajo con grupos, en este caso, grupos de autoayuda en los que las mujeres puedan participar para, poco a poco, ir abordando las cuestiones que les preocupan o angustian. Creían que la baja autoestima es muy frecuente en las mujeres y esto trae consigo muchos problemas. Varias de las asociaciones a las que pertenecen han organizado talleres de autoestima con diferente duración, y también algunos ayuntamientos.

Conocían el programa del Instituto Asturiano de la Mujer "Tiempo Propio" y una mujer había participado en esta iniciativa. Pensaban que es mejor que estos grupos los formen mujeres que no se conozcan tanto como en las asociaciones, para que haya más heterogeneidad, lo que es más interesante y da más confianza para hablar, siempre manteniendo la confidencialidad de lo que se dice.

- *En el centro de salud, fuera del horario, reunirlas y sacar esos temas porque yo creo que sí, que cuando estamos... Te cuesta, te cuesta echar lo que tienes dentro, pero cuando hay varias que todas tienen un mismo problema... una diz una cosa y la otra no se atreve a hablar, pero en cuanto habla la segunda ya sale "oye, pues a mí me pasa", y sí sale.*
- *Nosotros fuimos a 3 talleres de autoestima que es cierto lo que decís. Cuando ya adquieres confianza ya estás, pues esos mecanismos que te dan de atender tu propio cuerpo, de tu propio yo, decir no. Y cuando llegues el primer día vas por curiosidad, como me sucedió a mí. El casu es que me enganchó y no hice uno, hice tres.*
- *Yo estuve también en esi taller de autoestima. Lo más importante fue que me empecé a querer a mí misma. Yo quería a los hijos, al marido, a la madre, a todos, pero pa mí no había esi lugar. Y entonces, a partir de ahí me separé y que empecé a vivir una vida diferente.*
- *Además al empezar trabajaba mucho [cosas como:] la cría que fuiste, la cría que hubieses querido ser, en fin... Acabes descubriendo coses de ti misma que llevabes ocultes que no creíes que pudiera ser posible.*



La utilización del sistema sanitario

La satisfacción con la Atención Primaria

Contaron que en general se sentían contentas con los médicos y médicas de los centros de salud. Los comentarios iban en ese sentido: cercanía, dedicación y conocimiento de las personas, aunque se señalaron quejas en un grupo con profesionales ya jubilados. En algún municipio se quejaron de que cambiaban los profesionales de medicina con mucha frecuencia, lo que impedía una adecuada relación con los pacientes, y que a veces tenían que atender más de un cupo.

- *Estoy encantada con ella, porque es mi profesora, es mi amiga, cuando tengo que reír, río, cuando tien que decime: 'oye, hasta aquí llegaste', me anima. Pero con el anterior terrible.*
- *Yo la médica que tengo es maravillosa también. Y además que te pregunta, cuando estás tomando ya durante cierto tiempo esas pastillas, "¿por qué sigues tomando estas pastillas? ¿No te encuentras mejor?". Y le digo yo, "sí, pero hay veces, llegando así el otoño que tengo un poco de recaída". Y diz ella "pues vete dejándolas, mira a ver con otras cosas más suaves."*
- *Yo la mía la verdad es una médica que tarda mucho, pero es muy buena... si queremos que nos atienda yo creo que tiene que tardar.*
- *[Aquí] varían muchísimo los médicos, los cambian muy a menudo... comienzas con un médico y cuando empieza a conocer la historia de aquel paciente, marcha... Faltar un médico, tener que atender otro la consulta, pasar él la consulta de dos... no puede haber la misma relación que tenéis vosotras.*

Con respecto a la enfermería, los comentarios fueron escasos, dado que la relación se daba en mayor medida con medicina, salvo en casos de mujeres que tenían tratamientos crónicos.

- *Yo tengo bastante trato con ella (con una sustituta)...se preocupa de darte para que vayas una vez al mes, si no, pues de tejan un poco a tú...*

Respecto al personal administrativo, en uno de los grupos la queja era generalizada respecto a quienes atienden al teléfono para coger citas. Por otro lado, en algún caso se comentó que preferían coger número directamente en el centro, como ocurría con anterioridad a la cita previa. En el otro grupo no apareció esta queja respecto al personal administrativo y tampoco hubo comentarios sobre su actividad.

- *Antes cogías el número allí, acabábase antes primero, que ahora con la vez, tienes que esperar más tiempo a que te atiendan.*

El tiempo dedicado y la información aportada en Atención Primaria

El asentimiento fue general en ambos grupos. En uno, se produjo un debate en torno a si recetaban demasiado, o por el contrario, no recetaban y señalaron que esto último a alguna gente no le gusta. Respecto a la información, en general estaban contentas y señalaron que, normalmente, no se ofrecía por escrito, a no ser que se solicitara o fueran personas mayores.

- *Yo puse una queja en el centro de salud porque atención, poca, porque los hay que sin mirarte a la cara ya te recetan.*
- *En el caso nuestru, al revés, sales sin receta...si no me hace falta ¿para qué voy a tomar una medicina? Sin embargo hay a gente que no le gusta, porque la gente lo que quiere es la medicina.*
- *Cuando no es necesario no te manda nada, te dice "pues toma una aspirina... tómate miel con limón", no abusa de los medicamentos.*
- *El médico de cabecera sí [da información clara], porque le puedes preguntar y habla con palabras normales.*
- *Mi suegro está un poquitín sordo y a veces no se entera...el mismo día o al día siguiente [el médico] llámame a casa: "pues mira mandé esto y esto, oye no me lo dejes que retire les pastilles".*

Las opiniones en torno a la Atención Especializada

La percepción cambiaba radicalmente cuando se pasaba de atención primaria a especializada. En uno de los grupos se quejaban de que yendo a una misma especialidad por un problema concreto, cada vez encontraban a un profesional distinto, al que había que explicar todo de nuevo.

- Cuando vas a una especialidad, pues claro, realmente es un equipo y coincide que tu vas esta semana y mándate a la semana siguiente y hay otru. Y vas a la otra y ye otru. Y están a preguntar les mismes preguntes. Y sí...a mi me destroza... ¿Por qué en la Seguridad Social no puede mirarte siempre el mismo especialista?. Que vaya conociéndote...vas con ese mismo problema seis veces y no te toca siempre el mismo.

Varias mujeres señalaron que, descontentas con algunos profesionales, intentaban pedir cita para cuando sabían que pasaba consulta un médico o médica que pensaban que era más accesible en el trato y que les merecía más confianza.

- Digo, oye dame pa el día que no esté tal, que no lu quiero, no.
- Sí, yo doy la vuelta.
- Yo no sé por qué no doy la vuelta. Por vergüenza.
- La que tengo ahora, la que me miró dos veces seguidas, niñina parece que se ríe de mi, [yo pienso] "¿quieres dejar de darme voces?". No me acuerdo más que de niña que me hubieran reñido.

Otra queja generalizada era la tardanza de los resultados de algunas pruebas (radiografías, mamografías) lo que retrasa muchísimo la segunda visita y consiguientemente el diagnóstico del problema por el cual consultaron. Se quejaban igualmente, de que les prescribían tratamientos en la primera cita, sin confirmación de diagnóstico y como la segunda cita se retrasaba mucho, en algunos casos tenían que tomar una medicación, que a veces luego era retirada por no ser la adecuada al diagnóstico.

- Antes ibas al ginecólogo y a los quince días o tres semanas te mandaban volver a por el resultado y te decían lo que tenías. Desde el año pasado para acá... pasan quince días, no me

llaman para volver... [Me habían dicho] "te llamamos a casa si tienes algo, si no es que estás bien". Llamáronme 4 ó 5 meses más tarde, que tenía que hacer una mamografía y una ecografía porque aquella no había salido bien. Desde octubre que lo hice, hasta febrero.
Si tienes algo grave, al momento te llamen.

- *Cuando voy a marchar me dice, "bueno voy a darte unas pastillas a ver si te valen para algo"... y le dije "pa qué vas a darme unes pastilles ¿no dices que no tengo nada?". No es la primera vez que te dan cosas por probar y que no, que no soy ningún conejo de indias.*

Mencionaban que esta tardanza da lugar también a pérdidas de pruebas que se han de repetir. Señalaron que tiempo atrás entregaban la prueba (radiografía) a la paciente para que directamente la llevara al especialista, lo que agilizaba el proceso. También plantearon casos de repetición de analíticas por el mismo proceso, en un lapso de tiempo corto, consecuencia de la falta de coordinación. Se comentó algún caso de error diagnóstico o mala práctica clínica reconocida por algunos profesionales implicados.

- *Eso yo no puedo comprenderlo, ¿por qué hay que esperar tanto tiempo, si la distribución de todo eso conlleva el que haya extravíos de placas, el que haya extravíos de todes eses coses?.*

También señalaron que se sentían incómodas cuando hay más de un profesional explorando y se dedican a hablar entre ellos, muchas veces de temas no profesionales, como si la paciente no existiera.

- *Te están mirando y están hablando entre ellos y no cuentan contigo para nada. Es algo que yo creo que a todas las mujeres nos parece mal...y tienes que preguntar tú lo que es, porque a ti no se dirigen...como si estuvieran mirando una lavadora...y estás ahí temblando porque no es agradable...y lo hacen muy a menudo, sobre todo me molestan los ginecólogos.*
- *¡En maternidad cuando estaba yo recién dada a luz, eran el profesor y los alumnos y tú allí toda espatarrada¡.*

Aunque son mujeres que tuvieron sus hijos hace ya tiempo, manifestaron quejas recordando el tratamiento que tuvieron en los partos. Y una de las cosas que más les dolía es que este trato, que consideran ofensivo, fuera hecho por mujeres.

- *Cuando tuve mi primera hija, pues la comadrona que me recibió me puso verde, que a qué iba yo allí, que era un domingo, que mejor estaba paseando...Y claro cuando no tuviste nunca nada, no sabes... Que me vean y me que digan que no es todavía el parto y me manden a casa, pero que no me traten así...Y (después del parto) otra me dijo "sí, sí, todas se quejan mucho, pero a los nueve meses aquí están otra vez".*

La mayoría, continuando con las opiniones ya mencionadas, hicieron referencia a ginecología, como una especialidad donde las mujeres se suelen sentir más violentas. En uno de los grupos algunas mujeres señalaron que preferían a ginecólogos porque pensaban que son más delicados en la exploración. Otras sin embargo, señalaron que preferían en cualquier caso una ginecóloga. Una queja que apareció en varios comentarios es que las ginecólogas adoptan un "rol masculino" y que esto les resultaba muy duro, pues esperaban más de una mujer.

- *Yo de todas formas prefiero un hombre, una vez que me tocó una mujer, no se si sería cosa mía, pero mancome muchísimo. Con aquella mujer paselo fatal.*
- *La ginecóloga parece que te da el mismo tratamiento que los hombres, entonces a mí casi me sienta peor que una mujer me trate a veces mal cuando es una mujer y tendría que darse cuenta....asumen un rol masculino...resulta bastante desagradable.*
- *Una de las veces que fui, él estaba de vacaciones y estaba otra doctora y me gustó. Hablaba conmigo de los problemas... la veía más cercana a mí.*
- *Es la forma de comportarse...el trato sí que se puede hacer algo por él y yo creo que las mujeres muchas veces no nos vemos y adoptamos el comportamiento del hombre y copiamos la imagen de otros.*
- *Yo doy por hecho que cuando estoy con una mujer, que me tiene que entender...porque su cuerpo es igual que el mío. Esperas un trato más cercano...*

En el otro grupo, el asentimiento fue general respecto a la preferencia por una mujer ginecóloga, aunque también planteaban que independientemente del sexo, podían ser buenos o malos profesionales. Se mencionó también el distinto trato en la consulta privada.

- *Lo principal y lo básico es que tú confíes en la persona que tienes enfrente. A mi no me importa que sea hombre o mujer.*
- *Concretamente la especialidad de ginecología veo más lógico que sea una mujer, y no tengo ningún inconveniente en que me vea un hombre... Cuando tu hablas con las amigas de temas de mujeres, digamos, aportan su experiencia, tú la tuya, pues no es lo mismo, un hombre no la tiene, por mucho que sepa no la tiene... Después hay personas buenas hombres y personas malas mujeres.*
- *¿Por qué una persona en la Seguridad Social trata de una manera y luego tiene clínica privada y trata de otra manera? ¡Si el cerebro es el mismo!*

Percepción sobre el trato recibido en la Atención Especializada

Una importante proporción de mujeres, señalaba que en varias ocasiones se había visto en la tesitura de poner una queja o incluso una denuncia, pero que al final no lo habían hecho. La mayor parte de las veces la situación se dio con relación a la atención hospitalaria. Los motivos para no llegar a poner la denuncia solían ser la falta de confianza en la efectividad de la misma, el corporativismo y que muchas veces el problema se da dentro de una situación emocionalmente dura, y cuando la situación finaliza ya no se tiene ganas de remover el tema. Además, señalaron la importancia de premiar a quien trabaje bien, pues ello mejoraría la imagen de la asistencia. Por otro lado pensaban que hay una necesidad de concienciación de usuarios y usuarias para defender los derechos.

- *Si no hubiera tanto corporativismo los buenos saldrían ganando, así estamos generalizando. La gente se queda con la canción mala...muy pocas veces se ve que salga adelante una denuncia...había que poder decir las cosas para que la gente que lo hace mal sea castigada y la que lo hace bien sea premiada.*
- *Si me siento ultrajada por el médico que sea, ya sé que no es vinculante, pero el nombre del buen señor queda ahí puesto.*

- *Sería una concienciación ciudadana distinta a la que tenemos...*
- *Yo no creo que sea tampoco "yo estoy pagando y tu estás ahí para aguantar todo lo que yo quiera decir"¿no?. Pero bueno, antes quizá había un poco de miedo a ir al médico y preguntar, pero creo que hoy día esto ya se perdió.*
- *Cuando bajaba...se dio cuanta de que bajaba a poner una denuncia y sabía que tenía una amistad allí. Utilizaron esa amistad para neutralizarme, y sí, lo consiguieron.*
- *...Porque [en ese momento] el dolor que tienes ye tan grande... y dedíqueste a eso.*

Valoración de la atención que reciben las mujeres

En general no pensaban que hubiera una atención diferenciada cuando se trata de un problema físico, pero luego en las intervenciones afloró la cuestión de que cuando se trata de mujeres, todo se achaca a los nervios o a la menopausia. Pensaban que hay una diferente valoración de los problemas de hombres y de mujeres, sobre todo ante quejas o molestias más inespecíficas. Señalaban que si los hombres acudieran con un problema de este tipo, indagarían sobre el trabajo, pero no sobre cuestiones relacionadas con la edad.

- *Yo nunca he notado ninguna diferencia, pero según dicen es así, que las mujeres siempre estamos quejándonos de algo y todo lo achacan a los nervios... y sobretodo, si llegas a una edad, más todavía.*
- *Vas al médico porque te encuentras mal, porque tienes cualquier cosa y te dice "¿tendrás depresión?". Y yo me pregunto ¿a que se llama depresión?, porque vamos....*
- *A partir de los cincuenta puedes tener muchas cosas, pero vas al médico y será depresión y osteoporosis. Es que la edad de las mujeres da para mucho.*
- *En ese sentido sí que piensen que puede ser una cosa de tipo nervioso. Como según ellos tamos toes chiflaes, pues que es más psicológico. Pero pienso que en el momento de enfocar la enfermedad no noto diferencia porque yo sea mujer y el otru hombre.*
- *Si te duele una rodilla sí, pero si te encuentras cansada o mal... En un hombre seguro que no piensan que es un problema psicológico y en una mujer sí.*

En el debate se abordó el efecto del trabajo como cuidadoras sobre la salud de las mujeres, comparando con el hombre, que no cuida o lo hace esporádicamente. Pensaban que el estar encerrada en casa cuidando, implica una carga emocional muy grande que puede afectar a la salud

psíquica. Aunque tenían claro que el origen del problema es la carga del cuidado, no una tendencia a la depresión.

- *Tienes mucha cosa emocional acumulada cuando no sales.*
- *Salvo honrosas excepciones es la mujer la que carga con la parte de ella y la de él.*
- *Tienes una persona mayor [a quien cuidar] en casa y enseguida te quieren psicoanalizar... Los problemas que tienes son porque tienes a esta persona... pero lo enfocan de otra manera... A mi marido, que tenía el mismo problema, es que no se le ocurría ni ir al médico y, si fuera, desde luego no pensarían que fuera algo psicológico... [Pero cuando tu vas] el médico empieza a indagar y a explicar que te coincide con los hijos, la adolescencia... Te explica eso y, por la edad que tienes, ¡pues es una depresión!.*

Aportaciones para la mejora de la atención sanitaria

Manifestaban que se debería tomar una posición más decidida de denuncia cuando se perciben situaciones abusivas, aunque consideraban que las quejas no deberían ser gratuitas, sino realizarse ante situaciones justificadas. Pensaban también que es necesario educar a la gente, pues en muchos casos los usuarios no tratan bien al sistema.

- *Que te den un trato correcto, que puedas ir a hacer una queja y te hagan caso, que no vayan a la basura las reclamaciones que puedas hacer. Que cuando tienes verdaderamente un problema se denuncie pero la denuncia que llegue a donde tiene que llegar.*
- *Que se puedan poner y que luego se haga una selección, porque puede haber quejas gratuitas o puede haber quejas que se deban tener en cuenta, pero que se escuchen todas.*
- *... Porque también hay de la otra parte, también hay que educar a la gente.*
- *Que no mimamos al sistema público, no lo mimamos, lo maltratamos. Lo que nos toca a la población es cuidar el sistema público.*
- *También es verdad que no lo valores tanto… [comparando con la asistencia privada]*

Las participantes hicieron también referencia a la falta de sustituciones, que sobrecarga a algunos profesionales y va en contra de la calidad de la atención.

- *Se va alguien de vacaciones y no le sustituyen y el de al lao tiene que compartir, eso antes no existía. Pues eso son maneras de que poquito a poquito... y además va un poco en contra de la atención…*

Pensaban que si cuando un profesional no es adecuado y todo el mundo pasa para otro u otra que son más aceptados, lo único que se consigue es cargar de trabajo a los buenos profesionales.

- *Yo creo que es como dijimos al principio, que se premie al que lo hace bien y se separe la manzana mala.*
- *Pero si tú puedes elegir el médico lo que hacemos es recargar al bueno y dejar al malo sin nadie... Y si va a cobrar lo mismo el que atiende bien que el que atiende mal, se volverá malo el bueno.*

En uno de los grupos se planteó un debate sobre la dificultad para conseguir información adecuada y suficiente sobre la situación de los pacientes ingresados en hospitales y la atención que se le presta a este aspecto, que valoran tan importante, exponiendo diversas experiencias.

- *Yo la intimidad la veo mucho más perdida cuando tienes que hablar con el médico porque tienes a un familiar y tienes que andar detrás de él por los pasillos.*
- *Yo me imagino que no es agradable para los médicos tampoco, ponerte a hablar en medio del pasillo, que parece una feria.*
- *Encima de la mesita de mi hermana lo pone, a partir de las 12,30 en la planta cuarta, visita del médico. Fuimos y no estaba, ojo, pero traer lo traía.*
- *Si tardas es que estás hablando con el médico. Ya se empieza a mosquear porque vio que estás hablando con el médico. Cuando tenía que ser un horario que no tuviera nada que ver con la visita.*
- *Cuando es algo serio no te lo dicen en el pasillo...me llevaron al despacho y me lo dijo allí... "tenemos todo el tiempo del mundo, desahoga que es muy bueno".*
- *Pues hace seis meses que tuve la consulta en el pasillo (de algún familiar) y era un tema de cáncer y en el pasillo nos dijeron los resultados.*

Otra cuestión que afloró en este debate, es la cantidad de visitas que acuden habitualmente a los hospitales, lo que distorsiona tanto la vida de las personas enfermas como de los profesionales. Se debatió también sobre la tradición de que la familia se encargue de atender a la persona enferma cuando está ingresada.

- *Como saben que los familiares se quedan, meten menos personal y están las habitaciones llenas por la noche, por el día. A la gente también hay que decirle que se vayan a su casa y que vayan dos horas a ver al familiar.*
- *Eso genera unos problemas terribles en las familias, porque hay que estar día y noche, si no, está mal visto socialmente porque no les atiendes. Imagínate que trabaje todo el mundo, ¿quién se queda por la noche? Pues ahora la moda es pagar a una enfermera para que se quede por la noche, y eso es absurdo.*
- *Pero las visitas benefician también a los médicos, bueno no, a las enfermeras… Ellas se confían en que está el familiar y ya está. La organización sabe que está la familia y no mete más personal, y es un círculo vicioso. Si visitas a una persona que tiene suero puesto y no sepas cuándo se tiene que cambiar y no avises, pues pobre de ti.*

Se manifestó también la queja de que a veces se fuma en las habitaciones

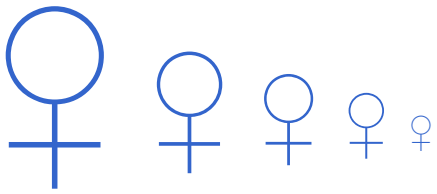
- *Tendría que haber quien educadamente, pero firmemente diga a la persona que está fumando que no debe de fumar allí, porque está molestando.*

Surgió también la comparación entre el sistema público y el privado. Las quejas se dirigieron hacia la parcelación tan estricta de tareas, según el perfil profesional, lo que lleva a una atención que es percibida como de poca calidad. Planteaban también la necesidad de garantizar las sustituciones, como ya se ha señalado en otros puntos del debate.

- *Sabes lo que pasa, que vas a una clínica privada y que las normas son diferentes a las de la Seguridad Social, y no sé por qué el personal, tanto enfermeres como el personal auxiliar, la*

gente que te lleva... trabajen el doble y te traten mejor. Yo eso no lo entiendo, es que no lo entiendo.

- *A ti te llega una enfermera a tomarte la tensión, y tienen que quitarte una cosa y dice "no, espera a que llegue el auxiliar" y el auxiliar viene tarde, mal y nunca. Pero a mí parezme que eses parceles... "lo que me corresponde y de aquí no me salgo", eso tien que desaparecer...*
- *La gente que está de baja… y que hay que sustituirla. Controlar a los que gestionan, la población que controle a los que lo gestionan, que lo normal es que sustituyan, o [la seguridad social] cada vez va a ir a peor.*



La atención al embarazo y el parto

El seguimiento hospitalario

Las participantes relataban la imposibilidad de ser atendidas durante el embarazo en su centro de salud, ya que desde el comienzo se produce la derivación al hospital, donde señalaban que es imposible una atención cercana. Todo el proceso está medicalizado y protocolizado hasta el extremo. Las visitas son rápidas, se limitan a una exploración y a la información de los resultados de las pruebas, no habiendo cabida para el abordaje del propio proceso del embarazo y menos aún del parto y puerperio. Por ello, comentaban que la insatisfacción de las mujeres con el tipo de atención que reciben es muy alta.

- *Yo la conclusión que he sacado con respecto a mi experiencia y la de otras mujeres, es que desde el principio viven bastante alarmadas el proceso del embarazo, no es un proceso tranquilo y satisfactorio en líneas generales, sino que están enormemente preocupadas por los resultados de esas pruebas... y desde luego, claramente desinformadas... y poco escuchadas.*
- *"Ábrete de piernas"... "¿cuánto pesas?" . No valoran en nada, en absoluto, a la persona que está psicológicamente, físicamente en un estado en el que nunca jamás se ha encontrado... Las emociones que está viviendo, que a mí me parece importantísimo... Para mí, a una mujer le cambia todo. Tiene que pensar en cosas que jamás pensó. Empiezas a valorar cosas que nunca valoraste. Y vas allí a pesarte, "¡mira lo que estás engordando!". Es mecánico...*
- *No tanto porque no se fíen de los métodos sobre el seguimiento que se va a hacer de su embarazo en el sistema público, todo lo contrario, sino por el trato impersonal. Siempre se quejan un poco de ese sentimiento que tienen, de no saber enfocar las cosas que se les pasan por la cabeza, no tener a quién contárselas... Me pregunto también el por qué estamos viendo como algo tan antinatural un hecho que es tan natural históricamente.*

Las diferencias entre la red pública y privada

Pensaban que la mayoría de las mujeres que acuden a la red privada, es sobretodo porque buscan esa atención personalizada que la pública no está garantizando, pero también por la creciente preocupación por la seguridad. Señalaban que la red privada está teniendo actualmente mucho auge, debido a la imagen amable y segura que venden a través de los medios de comunicación y, coincidían en que podía llegar a ser una especie de trampa, puesto que así se está medicalizando y estresando, más aún, esta etapa de la vida de las mujeres.

- *Están extendidísimos los dobles controles del embarazo por parte de la pública y de la privada. Yo, personalmente creo que hay muy pocas diferencias en cuanto a calidad, pero por lo menos sé que muchas mujeres encuentran... esa satisfacción de… si te hacen una ecografía, pues por lo menos que te vayan permitiendo un tiempo de identificar las imágenes de tu bebé…*
- *La gente tampoco es tonta. Sabe muy bien cuándo acudir a la sanidad pública, por todos los medios que hay, y cuándo ir a otro centro donde deben pagar...*
- *Están al asalto de la mujer embarazada: te van a poder escuchar durante las 24 horas, estás tan segura, tan guapa... Para mí es la venta de toda esta imagen.... Me parece peligroso por la propia mujer, en cuanto a su estabilidad emocional... todo el día su cabeza con información sobre: "ahora me han hecho esta prueba, pero voy a ir al otro centro para asegurarme de que realmente está bien". O sea, que todo tu mundo durante nueve meses gira en torno a este único núcleo...*
- *Es la pescadilla que se muerde la cola, porque tú vas buscando esa seguridad y... lo estás viviendo de una forma así tan patológica... pues está generando en sí mismo otro nuevo cuadro... Y el niño cuando nace pues es otro motivo de angustia, de patología, de seguimiento médico, de consumo... Creo que está enormemente favorecido por la sociedades médicas y por la industria farmacológica, y todo esto porque aumenta muchísimo su beneficio.*

La medicalización del embarazo y parto

Planteaban que efectivamente se nos ha inculcado la idea de que un seguimiento exhaustivo ofrece mayor seguridad, pero cuestionaban la creciente medicalización del embarazo, que conlleva una serie de controles muchas veces innecesarios y no totalmente fiables. Sin embargo reconocían que

cada mujer puede vivir de forma distinta este proceso y que algunas pueden realmente sentirse mejor y más seguras.

Las participantes señalaban que, por el contrario, las mujeres que cuestionan estas actuaciones, corren el peligro de enfrentarse a los profesionales, y comentaban que, por su experiencia, quienes optan por parir en casa, muchas veces no se atreven a decirlo en consulta.

- *Que yo puedo vivir mi embarazo de una manera y ella vivirlo de otra... Cada una, dependiendo del estado de ánimo que tenga, o de su forma de pensar, busca cubrir sus necesidades.*
- *Porque a mí si me hubieran informado que las ecografías no son pruebas tan definitivas... pues a lo mejor hubiera decidido que en vez de hacerme tres o cuatro ecografías estéticas, pues me hago una, como hacen en otros países… O en vez de hacerme tantos controles sanguíneos como te hacen, que están siempre con la aguja detrás, pues a lo mejor no me hago un montón de cosas.*
- *Otras mujeres que he conocido, que se han negado a hacer determinadas pruebas, pues han tenido que sufrir las consecuencias de que el médico se haya negado a seguir, a hacerle el seguimiento rutinario de un embarazo, de decir, "si usted se niega a todo esto, pues punto y final".*
- *Si tú has optado por otras alternativas de parto...por ejemplo, parir en tu casa, pues entonces… bueno, de eso que no se enteren los profesionales que te están atendiendo el embarazo, porque si no, vamos, estás crucificada a lo largo de todo el embarazo.*

Las posibles alternativas y las experiencias en otros países

Pensaban que la progresiva delegación en la profesión médica de procesos naturales que anteriormente eran gestionados por las propias mujeres, ha dado lugar a una pérdida casi absoluta de poder sobre los procesos del embarazo y el parto. Y respecto a la posibilidad de recuperar el protagonismo, de ganar "empoderamiento", señalaban que en alguna manera, las mujeres están luchando en este sentido. El optimismo no era, sin embargo, generalizado y algunas de las participantes creían que todavía queda mucho por hacer. Volvían a señalar el peso de la sociedad de consumo, del bienestar, en la mente de muchas mujeres. La presión de las sociedades médicas y de la industria farmacéutica, eran otros de los escollos que habría que vencer.

- *Nos pusimos antiguamente mucho en manos de los médicos. Lo que digan ellos: "amén". [Pero] cada día buscamos más información, más alternativas, que es muy importante … Es más normal hablar de "voy a tener a mi hijo en casa", o "yo conozco una chica que lo tuvo"...*
- *Yo no soy tan optimista. A mí me parece lejano, es la utopía… En tanto que a ellos no les interesa, y que tampoco nosotras estamos al tanto ni de los instrumentos, ni informadas como para ejercer un peso real, entonces...*
- *Yo creo que todavía hay mucho peso de la tradición esta de la comodidad y de la perfección y el bienestar y es lo que tenemos por ahora, más en mi generación, que se está empezando a tener hijos a los treinta y tantos.*
- *Las mujeres en ese sentido hemos delegado y hemos pensado que el nuevo mundo y el estado del bienestar y el mercado, nos ofrecían unas posibilidades enormes... [Pero] hay gente que... busca otras cosas. Yo creo que se está llegando a la recuperación de ciertas formas de organización, de información y de tejido social... No se ha inventado nada nuevo... las mujeres en España en los años 30 tenían escuelas para prepararlas para la maternidad...*

Conocían la experiencia de otros países del entorno europeo, donde las alternativas al parto hospitalario son variadas. No solo existe la posibilidad del parto en casa, sino también en centros sanitarios, en ambientes que garantizan la intimidad y la no instrumentalización, a no ser en caso de necesidad. Al contrario que en España, la matrona ha recobrado de forma muy importante su anterior papel, siendo la profesional que hace el acompañamiento a la embarazada, desde el comienzo hasta el final de todo el proceso. Planteaban, por tanto, la necesidad de que en nuestro país se tomaran como modelos las alternativas ya existentes en otros países.

- *[Tener un hijo en casa] es una opción pública para algunos países del entorno. Es la más recomendada cuando el proceso es fisiológico, natural, y se da en un estado pues lo más normal posible. O sea, cuando hay un embarazo sin ninguna alteración importante, cuando… todo transcurre bien, pues lo que te recomienda el sistema es que tengas el hijo en casa.*
- *Que si [la casa] no es el escenario que a ti te da tranquilidad, pues te dan más opciones. En Gran Bretaña, es la matrona… la primera persona con la que contactas cuando se sabe un embarazo y te informa de todas las pruebas, de todo el proceso, de lo que va a suponer, de las*

diferentes alternativas, de las posibilidades... En Noruega el 40 % de las mujeres paren en casa.

- *Y creo que [con] la matrona, que es la que está ahí contigo en el momento más especial de tu vida… tendría que ser más familiar esa relación... Yo creo que se tendría que involucrar muchísimo antes la matrona.*
- *Aquí en España... tendría que recuperar ese papel que ha perdido... que jugaban las matronas en casa y que jugaban las matronas... en la vida de las mujeres… Devolverían este proceso a la mujer, en el sentido que yo creo que cualquier mujer, sea la que sea, sea cual sea su origen social le gustaría vivirlo de otra manera muchísimo más intensa y privada de lo que se vive.*

Con relación a la justificación del parto hospitalario como garantía de seguridad, tanto para la vida de la mujer como del niño, las participantes plantearon que hay una herencia cultural en la que se manejan muchos mitos sobre este tema. Pensaban que se debería asegurar a las mujeres poder optar por distintas alternativas de parto, siempre que haya un seguimiento del mismo, y sobre todo no hacer juicios de valor, ni discriminar ante diferentes opciones.

- *Mientras que se haga un seguimiento del proceso del embarazo y todo vaya normal y se pueda hacer en casa y... con una persona haciendo un seguimiento durante el proceso de parto..., yo no lo veo como un problema... Para mí la conclusión sí que sería ésta: que las mujeres tendríamos que ser mucho más partícipes porque es algo nuestro.*
- *Una embarazada es una mujer "enferma", entre comillas... Y hay muchos mitos absurdos y uno de ellos es ese: tienes que estar en el hospital, que te cuiden, porque si no, es como que no te importa [en qué condiciones nazcan los niños].*
- *Lo mínimo que se tendría que pedir... es que por lo menos en los hospitales actuales no te reciban como te reciben en caso de ser derivada por una adversidad en el parto en la atención en casa... A ti te derivan a un hospital realmente cuando hay un problema de supervivencia para el niño... Hay mujeres que ha sido horroroso lo que han tenido que pasar, verdaderas humillaciones... "ahora vienes aquí con las prisas... para que te solucionemos el problema"... Debería ser respetada tu opción personal...*

Las participantes quisieron también hacer mención a la lactancia materna, como una continuación al proceso del embarazo y como una opción más de las mujeres, que no suele ser facilitada por los permisos de maternidad establecidos.

- La lactancia, para nosotras… es una continuación del proceso natural del embarazo y del parto... Creo que la mujer se ha desprendido no solo de la posibilidad de tener un embarazo natural con un parto natural, sino también de una crianza natural... No digo que sea sólo culpa del sistema sanitario, porque socialmente con 16 semanas de baja maternal, pues qué vas a pedir...

El parto. Dos experiencias hospitalarias y un parto en casa

Dos de las participantes relataron la experiencia de sus partos. Una de ellas, un parto hospitalario y la otra, sus dos tipos de experiencias: en el hospital y en casa.

La primera experiencia fue relatada como una vivencia muy negativa, sobre todo en el aspecto emocional y en el trato recibido. Hizo hincapié en lo mecánico de las distintas intervenciones y la poca implicación de los profesionales en un momento tan difícil y especial, sobre todo para una mujer que pasa por primera vez por esta experiencia.

- Yo fatal... La ginecóloga muy mal. No habló conmigo en ningún momento. Aquella mujer allí plantada... que llegas allí con aquellos dolores... ¡te humillan tanto... y es una humillación tan personal!... Eres primeriza, vas a parir ahora y te dicen "¡relájate, relájate!"... [Y tu piensas] "pero bueno, mujer, trátame bien"... Personalmente y moralmente me sentí fatal, luego la verdad una auxiliar me ayudó ahí en el paritorio, muy agradable...

Tú imagínate, muerta de dolores, te sientes rarísima. Viene una mujer a meterte el enema… "vete al baño" ,"¿sales ya, venga, ¿sales ya?"… Estaba tan nerviosísima... que me pasé vomitando el resto del tiempo, y me pusieron la oxitocina… fatal.

Luego yo no quería poner la epidural... y al final me la tuve que poner… Tú que necesitas que te den aliento que te digan "¡venga niña, pero bueno!" Y a la mayoría de la gente le pasó igual... Y con la episiotomía... yo oía que estaban diciendo "es que [las tijeras] no cortan bien"…

Al relatar su experiencia en el hospital, la otra participante manifestó que partía de una buena disposición al parto y su preocupación era "hacerlo bien", como si fuera una prueba a superar. Al igual que en el caso anterior, señalaba que la instrumentalización de todo el proceso y el que se desarrolle en un entorno quirúrgico, suponen para las mujeres una fuerte impresión en una situación tan vulnerable.

- *Me sentía maravillosamente, entonces yo iba al parto con ese mismo estado óptimo. Y llegó el parto y... fui antes de lo que debía. Y me pasó como a muchas mujeres, que se detuvo el parto. Es un proceso íntimo y privado y eso de dar los datos, te vas con el celador... vuelves a dar los datos...*

  Lo aceleraron con oxitocina y yo tuve la suerte de que funcionó, y la cosa tiró para adelante y mi hijo nació en los tiempos establecidos en el hospital y yo lo hice muy bien; es así como lo viví. Me acuerdo que la primera pregunta que hice a mi compañero fue "¿qué tal lo he hecho?" "¿me he portado bien?"... porque era como que tú tenías que demostrar como que podías…

  Luego, la impresión que sufre una mujer cuando está en un proceso de ese tipo, es cuando te trasladan de escenario y te llevan a una sala con aparatos... Yo me acuerdo que de pronto parecía que estaba en un quirófano, es decir, lo que es la sala de partos... la bata verde que se puso la matrona, un trapo verde con el instrumental ahí encima, mi compañero allí enfrente mirándote pero no a tu lado... cuando tú estás con dolor... ¡y con qué stress lo vives!...¡Me quedó un mal gusto!...

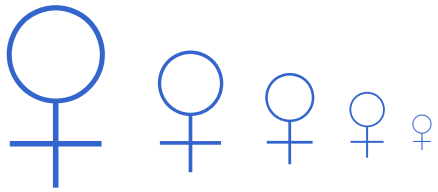
Su segunda experiencia fue totalmente distinta, atendida en casa por una médica que la acompañó durante el proceso del parto, pero en el que tuvo total protagonismo.

- *El escenario del siguiente parto fue infinitamente diferente. En mi casa, en mi habitación.... Y tenía la seguridad, la tranquilidad de saberme atendida por una profesional que dominaba la materia, a la que conocía, con la que me sentía tranquila, que conocía a mi pareja, que conocía a mi hijo, conocía mi entorno. Que se supeditaba a mi proceso, en el sentido que cada mujer lo vive a su manera.*

  No quise saber nada de la profesional hasta el último momento... Hasta que necesitas ayuda… casi hasta el expulsivo. Entonces, yo sentí el dolor, la verdad lo sentí de una manera

totalmente diferente... sabía que iba a pasar por ese proceso doloroso y lo tomé de otra manera diferente. El apoyo fue absoluto... el protagonismo absoluto. Yo sólo recuerdo una imagen… que fue despertar a media noche en mi casa, con mi hija al lado, con mis cosas, y estar en mi habitación. Para mí fue una pasada...fue una sensación de emoción...

Y bueno, librarme de la episiotomía, que para mí fue la mayor secuela física y psicológica que sufrí de la primera experiencia, de la cual he tenido dolores durante las relaciones sexuales, durante 4 ó 5 años... Había tenido un puerperio horroroso, donde a penas pude dar de mamar en condiciones a mi hijo, porque sentarme era un suplicio. La episiotomía con aquellas tijeras cortándote. Dicen que te lo hacen para evitarte un desgarro, pues en el segundo parto tuve un desgarro pequeño, un desgarro natural, que me cogieron con dos puntos que prácticamente ni me enteré.



La Percepción de la violencia contra las mujeres como problema de salud

En primer lugar las participantes debatieron sobre la situación actual del problema. Se abordó la cuestión del aumento de denuncias que se produce cada año. Planteaban que se debía en parte a que cada vez más mujeres se atreven a denunciar, aunque opinaban que las denuncias siguen siendo la punta del iceberg del problema real de los malos tratos.

Opinaban que los malos tratos no tienen que ver con el nivel cultural o económico de las mujeres, sino que se infiltran en todos los niveles de la sociedad. Según su análisis, es un proceso paulatino en el que el maltratador va anulando a la mujer hasta que esta se encuentra en una situación de auténtica vulnerabilidad y es entonces cuando se produce el maltrato.

- *A pesar de ser mujeres tan modernas… emancipadas económicamente, con estudios, etc., pues hay mujeres que han ido sistemáticamente aceptando en sus relaciones de pareja una pérdida de poder enorme... y entonces han llegado con sorpresa a ser víctimas de un tirano*
- *Ninguna persona consciente se deja maltratar. Si tú estás con una persona y esa persona el primer día que entras por la puerta te pega un guantazo, lógicamente no lo vas a aguantar, te vas a ir. A lo mejor antiguamente sí se aguantaba, pero hoy en día no es así, es un proceso... que te anulan como persona.*
- *Yo me acuerdo de hablar con la psicóloga y decir, "mira... todos los hombres funcionan de la misma manera, todos..., funcionan mecánicamente". Y he hablado con gente después, en la misma situación o similar a la mía, y son mecánicos, funcionan todos igual. Es un proceso: te anulan, y cuando te anulan te curran, es así.*

Señalaban que los problemas mayores para el abordaje de esta situación son: falta de recursos y coordinación. Pero lo que les parecía más llamativo, es que la atención social y sanitaria tiene muy poco en cuenta la situación emocional por la que la mujer pasa cuando se decide a denunciar, lo que genera una profunda insatisfacción y una situación de desamparo.

- *Muchas veces incluso los profesionales están limitados. Acude una mujer que ha sido maltratada y además de hacer el parte, luego tienen que dar información a su médico, su médico a su vez al trabajador social que trabaja en el centro de salud... La coordinación no creo que en la práctica se esté dando mucho.*
- *Bajo mi experiencia personal se trata de campañas. Vas a la policía y la policía te dice que "eso existió toda la vida, lo que pasa que ahora por nada que os dicen ya vais a denunciar"... ¿Tú sabes la vergüenza al llegar allí y decirle a un señor, mira lo que me pasó? Pasan olímpicamente. Vas a la residencia: parte médico, y bajan de todas las plantas yo creo a mirar a la mujer maltratada allí con el niño... No hay nada en lo que tú te puedas apoyar. No tienes apoyo psicológico que es lo que necesitas.*
- *Qué mas da que pongan el teléfono ese en la tele... ¡Con lo que te cuesta a ti llamar, te tienes que ver hasta aquí para decir: tengo que salir!... Llamas "¿Es el centro asesor de la mujer?" [y te contestan] "Mira es que no te puedo remitir" [y piensas] "señora, escúcheme un ratín" ... Yo que sé, son formas... no le importa a nadie.*

En opinión del grupo, muchas de las personas que atienden a las mujeres maltratadas están influidas por valores muy arraigados socialmente, que hacen que en algunos casos se dude de la mujer y se cuestionen sus argumentos. Esto resulta durísimo y desalentador para una mujer, que normalmente tras un largo periodo de malos tratos, ha decidido denunciar.

- *Las personas que te están atendiendo, están influidas de esta moral... Y yo creo que de ahí deriva un poco la ineficacia que estamos viendo en las intervenciones.*
- *A mí me parece monstruoso... el tener la valentía de decidirte a hacerlo y encontrarte que no tienes la cobertura suficiente. No es por una cuestión de leyes, sino de escucha. Que se ponga en tela de juicio la credibilidad de lo que tú estás diciendo, la seriedad… el que si no quieres denunciarlo...*
- *No peleas contra la persona que te ha maltratado sino contra toda la sociedad… Es que no te escuchan y es que parece que el agresor eres tú y la maltratada él. Es denigrante, en ese aspecto es denigrante.*

Así pues, opinaban que la situación actual de abordaje del maltrato es contradictoria, puesto que por un lado se ponen en marcha medidas de atención a la mujer maltratada, pero por otro no se actúa en el campo de la prevención. Para el grupo, la labor educativa en todos los ámbitos de la sociedad es fundamental, así como potenciar la implicación de los hombres en las tareas de cuidados y en toda la vida familiar.

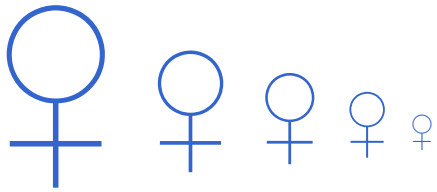
- *Se carece absolutamente de política de prevención. Prevenir es luchar contra la naturaleza de esta sociedad, y es luchar desde la infancia, no sólo desde la adolescencia... El padre que participa, la pareja que participa… estas cosas son preventivas frente a malos tratos, o frente a abusos de adultos..*
- *Una persona, aunque sea mujer.. tendría que cambiar su moral y sus conceptos para atender a otras mujeres que viven esto y para luego luchar en los tribunales con un sentido ... de recuperar el poder que la mujer ha perdido, ya no en lo económico, o de una pareja... sino el poder que ha perdido en su propia vida.*

Con respecto a qué actuaciones se deberían abordar desde el sistema sanitario, planteaban que aunque exista un protocolo de actuación, debería ser periódicamente revisado y evaluado para conocer si se están dando los pasos correctos. La formación de los profesionales sanitarios les parecía fundamental para sensibilizar al colectivo. Hacían también hincapié en la necesidad de que la atención a la salud de las mujeres se aborde no solo en el plano físico, sino también psicológico, pues son muchas veces síntomas de este tipo los que están enmascarando una situación de maltrato.

- *Entonces, la primera respuesta debe ser sanitaria. Que después te lleven a un centro de mujeres, eso es aparte, pero tú tienes que llegar a un centro de salud y tener una persona allí que te diga "venga, a ver, ¿qué te pasa?" ... El tema de la salud psicológica está muy abandonado. Y hay muchísimos problemas físicos que son psíquicos, son reflejos de lo psíquico.*
- *Yo creo que lo más urgente por parte de las administraciones públicas, [debería darse] sobre todo en el terreno sanitario y educativo... En el sanitario sería unificar unos criterios y formar a los profesionales en el sentido de atender a las mujeres en un plano físico, psíquico y social.*

En su opinión, la labor del sistema sanitario es fundamental, pero se han de realizar acciones también a nivel educativo, como ya se ha señalado, y desde luego a nivel social, estableciendo recursos suficientes para garantizar la seguridad y la vida de las mujeres. Finalmente señalaban que es desde la propias mujeres, desde donde ha de surgir un movimiento fuerte para luchar decididamente contra esta situación.

- *Lógicamente, en el terreno de lo social también habría que tomar medidas urgentes, hay que proteger a una mujer que necesita escapar y hay que protegerla con medidas muchísimo más decididas... Son heroínas, auténticas heroínas sin medios.*
- *Yo creo que lo fundamental de verdad, lo fundamental viene de dentro de las mujeres y... todavía no ha llegado ese momento por desgracia, no ha llegado esa conciencia sobre de qué cultura salimos y de qué valores.*



La utilización del sistema sanitario

La satisfacción con la Atención Primaria

Una de las participantes señalaba que la reforma de la atención primaria mejoró la situación anterior, pero no tanto como se esperaba. El grupo planteaba que percibían falta de tiempo para poder realizar consultas con un acercamiento personal y hacía referencia a la reivindicación de los profesionales de poder disponer de 10 minutos por paciente y su queja de que al tener una presión asistencial tan grande no cuentan con tiempo suficiente. Reconocían también una falta de educación sanitaria en la población, lo que en muchos casos genera esta alta demanda.

- *La atención primaria mejoró muchísimo… acercó bastante la atención a lo que había sido un poco en el pasado, el médico que te conocía, que te seguía. Es una atención más cercana, más posible. Lo que pasa que no creo haya resultado ser lo que la gente esperaba, no creo que haya logrado ese grado de cercanía y de atención individualizada y de seguimiento que la gente esperábamos...*
- *Es la pescadilla que se muerde la cola: hay una mala educación sanitaria de la población, producida por el sistema sanitario y, entonces el médico de familia en vez de estar para lo que está, por lo general está para dar medicinas.*

Planteaban que la medicina de familia debería asumir un papel coordinador de la situación sanitaria de los pacientes, de las familias, pero la presión asistencial hace que en el momento en que se presenta un problema de salud importante, que necesita una atención minuciosa, se ven obligados a derivar a la atención especializada. Y esta derivación, da lugar a un gran incremento de los costes sanitarios, cuestión de la que, según señalaban, se culpa a los usuarios y usuarias.

- *Cuando llegas con un problema serio, el médico rápidamente te deriva y te deriva por dos razones: una porque no tiene recursos, otra porque no sabe qué hacer contigo, porque claro, es un trabajo que le perturba mucho su marcha cotidiana... No puede dedicarte de repente un*

cuarto de hora, mandarte que vuelvas al día siguiente... y así está desprestigiando absolutamente al médico de cabecera que tendría que ser el que ordenara todas estas cosas.

- *Y eso también incide en lo de los elevados costes de la sanidad, que además se nos echan encima, como si fuera culpa del usuario; no es culpa del usuario, sino que es culpa del sistema médico. Resulta que tú tienes un problema médico de lo que sea y acabas yendo al especialista... El especialista tiene una batería de cosas que tiene que hacer, que además las hace casi todas, en muchos casos innecesariamente, porque esto no fue solucionado por el médico de familia... estamos pervirtiendo el sistema sanitario.*

Pensaban que para solucionar esta situación sería necesario establecer un debate entre profesionales (sistema) y población. En su opinión, muchos profesionales quisieran poder cambiar esta dinámica, pero el sistema lo está bloqueando.

- *La única manera de abordarla sería eso, un diálogo entre usuarios y profesionales de atención primaria, que en efecto hay muchos de ellos que quisieran hacer las cosas de otra manera, pero que no pueden. El sistema no les deja, no les deja hacer un seguimiento, no les deja tener un tiempo determinado… bueno, en principio no les deja tener un puesto fijo, que eso también es una complicación.*

Con relación al colectivo de enfermería de atención primaria, planteaban que sigue teniendo un papel subordinado a la medicina, sin estar, por otro lado, claramente establecidas sus funciones.

- *Las enfermerías, yo creo que están volviendo a una visión bastante subsidiaria, como asistencial o completamente dependiente de lo que es el médico o la médica, y creo que no se valora ni se sabe tampoco muy bien cuáles son las funciones.*

Opiniones sobre la atención a las mujeres

Respecto a si las mujeres reciben un trato distinto, pensaban que efectivamente éste existe. Reconocían que demandan más y con quejas más difusas, pero que sobretodo acuden acompañando a otros miembros de la familia, o para realizar gestiones para ellos.

- *También creo que a la mujer se le trata como diferente que al hombre. Las mujeres quizá tradicionalmente demandamos, vamos más, no porque demandemos más, sino porque vas a acompañar a los mayores, bien a tus padres, bien a tus suegros, a los niños, también para tramitar… Entonces las mujeres estamos allí como más de continuo. Y yo no creo que se trate igual a un hombre que a una mujer, incluso con una misma demanda.*
- *Yo creo que los asuntos de las mujeres están en efecto peor tratados porque son más difusos, creo que ahí está la clave un poco del asunto, el dolor, el malestar....Se necesita un poco de tiempo para atender estas cosas que no se pueden resolver así de un plumazo.*

En su opinión, entre los 30 y 40 años las mujeres están en una etapa saludable, en la que básicamente necesitan el control de la fertilidad, el seguimiento de embarazos y partos y la detección precoz de algunas patologías, pero no encuentran satisfacción en la atención. Planteaban casos conocidos de enfermedad grave tratados con mucha lentitud, por lo cual las propias afectadas tuvieron que buscar alternativas.

- *En concreto las mujeres en esta etapa, hacemos una utilización muy limitada del médico... y no creo que la atención primaria hoy por hoy sea para las mujeres de esta edad una fuente de mucha satisfacción...Creo que puede mejorar muchísimo, debía mejorar muchísimo*
- *Es sorprendente que mujeres que tienen pocos problemas de salud y, cuando los tienen, se encuentran a veces con un sistema tan poco flexible y operativo... [En ocasiones han sido] las protagonistas las que han tenido que dar de sí al sistema y además buscar recursos en la privada.*

Se planteó la sobremortalidad de las mujeres por infarto. Las participantes opinaban que el problema es que se diagnostica sobre la base del patrón masculino, aunque también apuntaban que las mujeres aguantan más el dolor y pueden tardar más en acudir a consulta. En su opinión, en la formación se estudia el modelo masculino de enfermar y lógicamente la formación condiciona la práctica. También hacían mención a las carencias en la investigación, normalmente subvencionada y orientada por laboratorios.

- *En el tema del infarto, claro, ahí se juntan varios temas. La sintomatología, lo que está descrito, lo que está estipulado, es el patrón masculino…*
- *De esto los médicos se enteraron hace tres años, como aquel que dice. ¡No se habrán muerto mujeres de infarto!... ¡no habrá habido infartos de mujeres!. Pero sin embargo, no llegó a transmitirse ese conocimiento de que el infarto es distinto en mujeres que en hombres, o puede ser distinto. Se te ponen los pelos de punta... todo lo que se estudia, o lo que estudian los médicos, es los hombres, lo que les pasa a los hombres blancos y occidentales.*
- *Las mujeres aguantan más los dolores, por lo general, se quejan menos. Además tienen también menos facilidades digamos, de ir a un centro de urgencias. Las mujeres llevan a la gente a los centros de urgencias, pero como ellas no son llevadas, tienen que ir ellas, por libre. Pues entonces ese proceso siempre es más lento y lógicamente hay ahí un tiempo que puede ser fundamental y precioso.*
- *Porque la investigación en medicina es lo de siempre, la hacen cuatro. La hacen los que están financiados por los laboratorios a los que les interesan más unas cosas que otras.*

Continuando con el debate sobre el enorme desconocimiento del cuerpo y de los procesos de las mujeres señalaban que, mientras que en unos casos se minusvaloran algunos problemas, en otras ocasiones se toman como patologías cuestiones que son procesos normales.

- *Entonces pues, toda la parte psico-emocional de la enfermedad, los cambios que acompañan a la mujer..., están totalmente minimizadas. Es la época en que la mujer llega con sus cambios de ciclo y sus problemas emocionales, es sincera con el médico y... no hay a quien le preguntes que no haya ido al médico y no le haya intentado convencer para que tome una pastilla, un antidepresivo.*
- *El desconocimiento se vuelve perverso, en el sentido de que tampoco sirve para prevenir las enfermedades importantes de la mujer.*

Planteaban además que las mujeres minusvaloran sus propios problemas de salud. Debido al rol de cuidadoras que les ha sido adjudicado, sienten el peso de ser el eje central de la familia, lo que les hace muchas veces dejar en segundo lugar sus propias necesidades.

- *Es el papel que hemos heredado, o que hemos asumido... trivializar nuestras propias dolencias… porque si yo me vengo abajo, a ver quién tira por el carro que viene detrás.... Cuando realmente una mujer se viene abajo y tiene un machaque físico concreto... no sabe explicar realmente lo que ocurre.*
- *Es el sentirse un poco el eje central, el tener que tirar sola por todo y el no sentirse comprendida, o no sentir que haya algún apoyo, que a estas alturas tampoco se da. No solamente a nivel de escuchas, sino a nivel de prestaciones.*

Valoración de la información recibida

Pensaban que el sistema sanitario, en general, no facilita la información. Y señalaban que, cada vez más, sólo si se cuenta con una certeza total, basada en pruebas, se da un diagnóstico. Creían que esta situación podía estar condicionada por el miedo a las denuncias. Pero al final lo que significa es encarecimiento y complicaciones para los pacientes.

- *En general el sistema sanitario no facilita la información... porque utiliza un lenguaje que no es especialmente claro, no facilita tampoco nunca la inter-locución. Cuando preguntas: "¿y esto qué quiere decir, y esto qué consecuencias tiene… y cuáles van a ser los efectos secundarios?"... No acabas entendiendo prácticamente nada*
- *El médico nunca te va a informar, a no ser de lo que es absolutamente objetivo, porque ahí está también esa situación que se creó de desconfianza hacia el paciente... casos de denuncias..."Lo que te voy a decir es lo que dicen las pruebas, y a no ser que el diagnóstico sea absolutamente concluyente, vamos a seguir haciendo más pruebas". Eso encarece muchísimo el sistema sanitario, y sobre todo perturba muchísimo al paciente.*

La satisfacción con la Atención Especializada

La queja respecto a la atención especializada fue la falta de coordinación entre los distintos profesionales y que cada especialidad trabaje de forma independiente sin pensar en la globalidad del proceso. También planteaban que una vez que se produce el alta hospitalaria, se dan muy

pocas alternativas para mejorar en adelante la calidad de vida. Es como si se hubiera realizado un trabajo mecánico, "de carpintería" en sus propias palabras, y que no tuviera continuidad. Opinaban que la información ofrecida en la atención especializada que es mucho más pobre que la que aporta la atención primaria.

Respecto a la historia clínica, hacían hincapié en la necesidad de una historia única del paciente y de que algún profesional se responsabilice de todo el proceso. En su opinión, la clave para solucionar esta situación es la coordinación.

- *Lo que más se nota es la falta de coordinación entre los profesionales, eso es tremendo, pero es que está así montado el sistema...*
- *Todo esto que es un poco trabajar por la calidad de vida de la gente, para eso se necesita una coordinación y se necesita una visión global de las cosas y los especialistas justamente van a lo contrario, a tener una visión parcial y al tratamiento de [cada] cosa. Con lo cual, ellos te analizan su parte y de lo demás no les importa nada... Y luego, tampoco se pueden meter porque pueden estar haciendo intrusismo en otros ámbitos que no son los suyos. Yo creo que es una pérdida de calidad tremenda, de calidad asistencial.*
- *En la atención especializada sí que nos sentimos menos informadas... no sé si responde esto a que no se fían de nosotras y por si acaso haces una pregunta general, sobre cómo has estado, o sobre la situación por la que vas. [La respuesta suele ser]: "eso no me corresponde a mí"... "vuelve a tu médico y ya lo preguntas"... Si tú me lo puedes decir, ¿qué te cuesta?*
- *La verdad es que las historias son cosas que se rellenan como compartimentos estancos. Llegas a un especialista y te rellena una hoja de anestesia, el otro no mira y viene otro especialista y rellena y no hay nadie responsable. Es decir, el médico que te tutela la salud en ese momento no asume la responsabilidad de la globalidad de tu atención, y de la necesidad de información y de la necesidad de conocer más tu contexto, tu persona, tus necesidades, tus posibilidades, etc.*

Las preferencias a la hora de ser atendidas

La mayoría del grupo opinaba que es durísimo oír a algunas mujeres que prefieren ser atendidas por médicos varones, sin embargo, una de las entrevistadas señalaba que ella personalmente lo prefería. Las demás pensaban que esto se debe a que las profesionales que han entrado en el sistema sanitario, han entrado con las pautas marcadas por el poder masculino que es el que dicta

las normas y las han asumido. Sin embargo señalaban, que al estar feminizándose la profesión médica, probablemente la situación vaya mejorando, y que es desde las propias profesionales sanitarias, desde donde están apareciendo las críticas a cómo el sistema trata a las mujeres.

- *A mí me enfada muchísimo que asuman el mismo rol que el hombre y que lo justifique… es increíble sobretodo en la especialidad en la que nosotras nos movemos, en la obstetricia y la ginecología... A mí me parece increíble que haya mujeres que tengan que decir que hay hombres que las han tratado mejor en el reconocimiento físico.*
- *Pasa en todas las profesiones, que eso va con la persona… el hecho biológico de ser mujer, no quiere decir nada, lo que sí quiere decir algo es ser mujer con conciencia de mujer. Lo mismo en medicina que en cualquier otro ámbito donde realmente tuvieras que hacer un enfoque de género.*
- *Las mujeres están en el sistema sanitario de prestao, porque no era suyo, porque fueron entrando y están entrando ahora masivamente, se está feminizando todo el sistema sanitario. Pero para entrar en ese sistema, como en cualquier otro, tienen que asumir las reglas del poseedor del sistema, que son los hombres.*
- *Pero yo creo que cuantas más mujeres haya que entren ahí, podrán cuestionar de alguna manera el hecho desde dentro, De ellas viene sobre todo la postura crítica.*

Comentaban que la ginecología es la especialidad a la que suele resultar más "violento" acudir; por ello señalaban que preferían generalmente a médicas, porque pensaban que con mujeres el diálogo es más fácil y la posibilidad de acercamiento mayor, ya que sus experiencias son similares.

- *Puede resultar mal, pero a priori quiero que me atienda una mujer... y creo que no solamente en ginecología. Fundamentalmente por la posibilidad que vas a tener de hablar con ella. Con un hombre de repente es como si la comunicación fuera imposible, y no, a una mujer sí le puedes decir: "espera un poquitín y explícame esto"… Con una mujer siempre puedes romper un poco, acercar un poco posiciones y pedirle una explicación, negociar algo.*

El respeto a la intimidad

La opinión del grupo era que no hay más remedio que olvidar el pudor, sobre todo en los hospitales, donde te conviertes en un número y dependes de la sensibilidad del profesional que te atienda. Denunciaban situaciones muy duras, sobre todo para mujeres mayores, de una falta de sensibilidad absoluta.

Señalaban la necesidad de que se establezcan una serie de derechos y deberes de los pacientes, que sean reconocidos y respetados. A la vez opinaban que es necesario que en la formación de los y las profesionales haya una sensibilización sobre esta cuestión y que en la práctica se respete. Piensan que la persona enferma, en una situación vulnerable por su estado, se acaba convirtiendo en víctima.

- *Yo recuerdo una noche con una señora mayor... en plena hemorragia cerebral, ¡su cara era!... intentando asirse la ropa, porque el que la estaba desnudando era un celador, un hombre... Luego es cuando te das cuenta de que son cosas que sobrecogen, porque son de una tristeza y una amargura tremenda.*
- *Tiene que haber una serie de derechos y deberes del paciente que contemplase esto como una cuestión importante. Porque es tu cuerpo, porque es tu integridad, y la gente lo siente así, que es su cubierta y eso debe ser respetado.*
- *El profesional es inconsciente de esta cuestión, pues por desgracia en la formación no se mentaliza para el tema. Si esto fuese algo que fuese reconocido... entonces sabrías que tienes que contar con esto, que tú tienes que respetar al individuo que estás atendiendo por lo menos en su integridad física, psicológica y social, pero mínimamente en la física.*
- *Lo que pasa es que este sí que es un planteamiento completamente desigual: es un paciente frente a un sistema. Al sistema le resulta mucho más cómodo el que sea una persona sin pudor, sin intimidad y, entonces ahí la persona sí que está completamente desamparada...Yo creo que esto debería también formar parte de un planteamiento de sensibilización social hacia el enfermo, porque al final el enfermo y la víctima acaban siendo lo mismo.*

A este respecto, hacían especial mención a las revisiones postparto y ginecológicas, muchas veces innecesarias y humillantes. Incluso señalan que a veces se pueden dar casos de abuso por parte de los médicos.

- *Cuando vas a acceder a la habitación por la mañana hay mujeres que se han subido a la cama y ahora que has abierto la puerta, están abiertas de piernas para [mostar] la episiotomía... Es una imagen que me parece patética... me cuesta mucho asumir cómo es posible que nos deformen de esta manera a las mujeres.*
- *Los reconocimientos... debería estar descrito cuándo son necesarios y garantizar toda la intimidad que la situación requiere.*
- *Yo prefiero que me atiendan mujeres aunque te ocurran estas cosas, porque es que hay hombres… ¿Cuántas mujeres no se habrán sentido así, observadas y manipuladas inadecuadamente y utilizadas como objeto sexual en su experiencia de ser supervisada su salud?*

Las denuncias

Dada la situación de angustia que se vive cuando se está hospitalizada o se tiene a una persona en esta circunstancia, decían, muchas veces se prefiere olvidar y por ello no se ponen todas las denuncias que serían necesarias. También manifestaban la sensación de inutilidad de las quejas, las trabas para llegar a hacer una denuncia, el miedo al revanchismo. De cualquier forma, pensaban que poner denuncias hace visibilizar los problemas. Por otro lado, señalaban que muchas veces las denuncias no son contra una persona concreta, sino contra el funcionamiento del sistema.

- *Aparte de que es muy trabajoso, y te ponen trabas por todos los lados... además es una situación en la que estás en un momento de mucho estrés, de mucha ansiedad y luego cuando ves que ya se resuelve el problema para bien o para mal, pues ya estás lo suficientemente machacada como para que no tengas mucha gana de meterte en más líos.*
- *Personalmente lo veo inútil. Te disgustas tú y luego, para nada... Qué más les da a ellos que venga una señora y ponga una denuncia, si a lo mejor cuando empiezan a mirar simplemente por lo que tú protestaste pasa un año. Tu ya ni te acuerdas y no tienes ni ganas… ahora ya qué más da.*
- *Yo creo que sí sirve poner quejas... Es como las denuncias de malos tratos, porque fue el aumento de denuncias de malos tratos lo que generó esta toma de conciencia, también entre comillas... Si no sacas las cosas al aire, no existen.*

- *Luego también el sistema sanitario es muy revanchista. Es el: "bueno ahora denuncio a este y luego ¿qué me va a pasar si tengo que venir otra vez al hospital?" o "¿qué me va a pasar cuando tenga que ir otra vez al médico?". Entonces se tiene mucho miedo a la revancha… entonces así se explica las pocas denuncias y quejas que se hacen.*
- *En realidad es una queja contra el sistema, y no una queja contra un profesional en concreto que a lo mejor, simplemente, lo que está haciendo es lo que mandan.*

Se planteaba que el problema más importante es que los Servicios de Atención al Paciente no sean independientes de la institución. De esta forma, al realizarse una labor administrativa por parte del propio personal, no puede hacerse de forma aséptica.

- *Los servicios de atención al paciente no son servicios independientes de los propios hospitales, sino que dependen directamente del gerente del hospital, son personas que asigna el gerente. La persona que te vas a encontrar ahí no es una persona generalmente con un criterio independiente o a favor del usuario, sino que está ahí como una trabajadora que va a cumplir un trabajo administrativo, entonces la gente lo entiende así, como un trámite administrativo.*
- *Me he cansado de ver cosas muy llamativas donde la gente no llevó a cabo una reclamación por no alterar más su situación de partida.*

Las aportaciones del grupo para la mejora de la asistencia sanitaria

Pensaban que se deberían revitalizar/retomar los Consejos de Salud establecidos por la ley. En su opinión, la población debería negociar con el sistema sanitario cuando está sana, cuando no está en una situación de vulnerabilidad. Se deberían también relanzar los órganos de participación en los hospitales y agilizar las vías de diálogo. Todas las partes interesadas e implicadas deberían participar.

- *Los órganos que había, tanto internos de participación del personal sanitario, como los órganos externos de control de la población, de participación de la población, pues están absolutamente anulados.*

- *Los Consejos de Salud, yo creo que esas cosas hay que retomarlas. Las hay que retomar y hay que exigir que funcionen con gente que esté sensibilizada, que pueda aportar algo y que tenga validez… El sistema sanitario es un sistema estanco, absolutamente estanco... Los ciudadanos deberían de tratar con el sistema de salud cuando están sanos y cuando pueden opinar sobre el sistema de salud sin estar condicionaos por su enfermedad.*
- *Como en el instituto hay un consejo escolar, pues también tendría que haber algo aquí, que se escuche... Creo que es una cadena, una especie de consejo donde se escuchara a todos y entre todos, escuchando las opiniones de cada uno, ver qué es lo que se necesita… Creo que serían los pilares para hacer fuerza y empezar a cambiar las cosas.*

En su opinión, dos cuestiones fundamentales para mejorar la situación actual serían: la instauración de un verdadero consentimiento informado y el establecimiento de una coordinación entre atención primaria y especializada

- *La historia de salud de la persona, el acceso a la misma, la confidencialidad de los datos clínicos, del respeto a su persona... Lo que llamamos "consentimientos informados", deberían ser verdaderamente consentimientos informados, es decir, tú deberías ser informado de cualquier acto médico, de cualquier posibilidad médica, tener tiempo de reflexión, etc., etc., y luego pues consentir o no consentir en determinadas cosas.*
- *La atención especializada y la atención primaria que tienen que ponerse de acuerdo y tienen que coordinarse porque el paciente está por encima de todo lo demás... primar los intereses de los individuos a los que se presta un servicio público.*

Mencionaban que hay una situación de pasividad social producida por la frustración de expectativas ciudadanas, que ha llevado a que siga imperando el principio de autoridad. En este punto, salieron a relucir temas como la situación relativa al aborto y las alternativas al parto hospitalario, que las mujeres han de buscar en la sanidad privada.

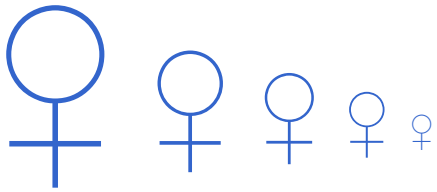
- *Yo creo que la situación que recogemos, [se debe en] parte a la pasividad social en la que estamos... la frustración de las expectativas que en un momento determinado, los cambios que se dieron en el sistema, significaron para mucha gente. Creo que los usuarios y*

consumidores, tenían un cierto grado de organización social en este país, y esperaban que sus opiniones fuesen contempladas, y es que pasamos a ser un cero a la izquierda.

- *No se ha otorgado poder, ni [se ha prestado] una atención a los individuos y a los grupos organizados que planteaban sus reivindicaciones.*
- *El tema del aborto, de la atención en el aborto, no sólo por la gratuidad dentro del sistema, sino por la atención... Es que estas cosas han salido del sistema público de salud… me refiero al aborto concretamente, pero es que no solamente el aborto, por ejemplo otras alternativas al parto, etc.*

Finalmente, se abordaron las necesidades específicas que tienen las mujeres en la atención sanitaria, que deberían ser contempladas. Señalaban que cuando se trata de un ingreso hospitalario, las mujeres están condicionadas por la atención a hijos e hijas muy pequeños, por la responsabilidad sobre el funcionamiento de la casa, etc. Por ello, pensaban que algunas mujeres se niegan a ingresar para hacer pruebas y, para solventarlo, planteaban la posibilidad de ingresos con hijos lactantes, o que se faciliten las pruebas a nivel ambulatorio.

- *Y la mujer yo creo que además tiene más necesidades a ese nivel, muchísimas más necesidades que un hombre en el sentido de la información, de la contextualización. Una mujer, generalmente, tiene mucha carga de responsabilidad, y creo que se hace bastante patente el que muchas mujeres no acuden además a los servicios médicos para evitarse problemas, porque supondría ingresar y ¡a ver qué pasa con los hijos¡.*
- *Cuando en alguna ocasión, la mujer ha necesitado de un ingreso hospitalario, jamás se ha tenido en cuenta, en nuestro caso que tenemos hijos que amamantar. ¿qué haces con tu hijo?. En las plantas de ginecología prácticamente se podría cohabitar con el crío… Nosotras tuvimos un caso verdaderamente triste y desgraciado, que fue un cáncer y la mujer se resistió, teniendo un bebé tan chiquitín al que atender, a ingresarse para agilizar las pruebas y poco más o menos la coaccionaron…*



Propuestas / Recomendaciones

Grupo de mujeres del centro de Asturias

1. Desmedicalizar el embarazo, eliminando o disminuyendo pruebas innecesarias.
2. Desinstrumentalizar el proceso del parto.
3. Ofertar a las mujeres una información clara y cercana sobre el proceso del embarazo y del parto y sobre las actuaciones que se realizan, para que pueda opinar y decidir sobre las mismas.
4. Devolver todo este proceso a la mujer, para que pueda vivirlo de forma más participativa.
5. Favorecer que la matrona recupere el papel que ha perdido como asesora y acompañante de la mujer durante todo el proceso del embarazo y parto.
6. Tomar como modelos las experiencias existentes en otros países y ofertar distintas alternativas de parto.
7. Abordar el problema de la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad a través de la educación.
8. Implicar a los hombres en las tareas de cuidado y en toda la vida familiar.
9. Evaluar la utilidad para las mujeres del protocolo de actuación implantado en el sistema sanitario.
10. Sensibilizar y formar a todos los colectivos de profesionales implicados en la prevención y asistencia a las situaciones de maltrato.
11. Abordar la salud de las mujeres, no solo en el plano físico, sino también en el psicológico para detectar síntomas que enmascaran situaciones de maltrato.
12. Planificar y dotar recursos suficientes para garantizar la seguridad y la vida de las mujeres.
13. Potenciar desde las propias mujeres un movimiento que luche contra el maltrato.
14. Establecer un debate entre usuarios y usuarias y sistema sanitario sobre la situación actual de la atención primaria y las posibles alternativas de mejora.
15. Potenciar la investigación sobre los procesos que afectan a las mujeres, superando el patrón masculino de enfermar existente en la actualidad en la investigación y en la formación.
16. Sensibilizar y apoyar a las mujeres profesionales sanitarias para que puedan ofertar una atención con perspectiva de género.
17. Garantizar la existencia de una historia clínica única del paciente y de una persona responsable de caso.
18. Establecer un sistema real de coordinación entre atención primaria y especializada y entre distintas especialidades.

19. Asegurar una serie de derechos y deberes de los y las pacientes que sean reconocidos y respetados.
20. Formar a los y las profesionales sanitarios para que garanticen el respeto a la intimidad.
21. Revitalizar los Consejos de Salud y relanzar los órganos de participación hospitalaria, agilizando las vías de diálogo y estimulando la participación de todas las partes interesadas.
22. Instaurar un verdadero consentimiento informado.
23. Permitir los ingresos de mujeres con hijos lactantes en plantas como ginecología y facilitar pruebas a nivel ambulatorio sin necesidad de ingreso.

Grupo de mujeres del Nalón y Lugones

1. Educar a la población en la prevención, como mejor forma de evitar la enfermedad.
2. Organizar desde los centros de salud grupos de formación de usuarias y usuarios sobre nutrición y ejercicio físico.
3. Fomentar el ejercicio físico, desde la colaboración interinstitucional con las corporaciones locales, habilitando espacios públicos y garantizando la accesibilidad económica.
4. Visibilizar los problemas de salud de las mujeres fruto de su labor como cuidadoras.
5. Asegurar que los tratamientos que se prescriben a las mujeres estén suficientemente investigados y testados.
6. Garantizar a las mujeres medios económicos y apoyo social, legal y psicológico para poder abandonar una situación de maltrato.
7. Organizar desde las instituciones grupos de autoayuda y talleres de autoestima para abordar los temas que preocupan o afectan especialmente a las mujeres.
8. Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios para la detección de situaciones de maltrato en mujeres multifrecuentadoras o con problemas psicológicos crónicos.
9. Discriminar positivamente a aquellos y aquellas profesionales que proporcionan una atención de calidad, ya que esto mejoraría la satisfacción tanto de profesionales como de usuarios y usuarias.
10. Sensibilizar a los y las profesionales para que garanticen la intimidad en las exploraciones.
11. Concienciar y apoyar a las mujeres profesionales sanitarias para que puedan ofertar una atención con perspectiva de género.
12. Concienciar a usuarios y usuarias para defender sus derechos.
13. Tomar una posición decidida de denuncia ante situaciones abusivas, siempre que sean justificadas.
14. Acercar la información a los y las usuarias habilitando, en el ámbito hospitalario, entornos que garanticen la intimidad.
15. Reducir la, a veces estricta, parcelación de tareas que en la asistencia especializada y sobre todo en la hospitalaria, hace que la atención sea percibida como de poca calidad.
16. Garantizar las sustituciones del personal sanitario, lo que favorecería la mejora en el funcionamiento del sistema.

JAVIER. 5 años

3 Grupos de mujeres jóvenes

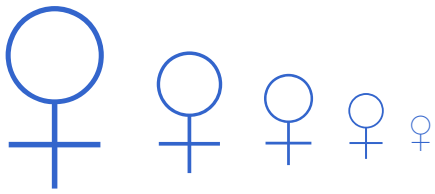
Autora:
Mercedes García Ruiz, *psicóloga y sexóloga*

Participantes:
Mujeres jóvenes del ámbito asociativo juvenil
Alumnas del I.E.S. Alfonso II de Oviedo

Grupo del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

En las dos sesiones de trabajo que se realizaron con el grupo de jóvenes del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias se abordaron los siguientes temas:

- Como influye la posibilidad de un embarazo no deseado en sus relaciones sexuales
- Sobre los métodos anticonceptivos: qué conocen, cuales son sus fuentes de información, cuales son las dificultades para acceder a ellos y para su utilización.
- Sobre la píldora postcoital: qué información tienen, cómo se percibe entre las jóvenes, que dificultades tienen para conseguirla y cuales son sus propuestas para mejorar su acceso.
- Aspectos que influyen para decidir tener hijos y para realizar una IVE. Qué información y recursos conocen en éste tema.
- Que percepción tienen sobre la situación que viven las mujeres jóvenes respecto a la violencia, cómo se produce, por parte de quien, que influye y que recursos conocen.
- Aspectos que influyen en la dieta de las jóvenes y la relación entre dieta y la imagen corporal. Percepción que tienen sobre trastornos de alimentación y qué recursos conocen en este tema.
- Hábitos de las jóvenes respecto al ejercicio físico, motivaciones para realizarlo y diferencias que perciben entre chicos y chicas.



La sexualidad, anticoncepción, aborto y embarazo

Cómo piensan que influye la posibilidad de quedarse embarazada en las relaciones sexuales de las jóvenes

El miedo a la posibilidad de un embarazo no deseado influye, en un principio, en que se planteen el tomar precauciones para evitarlo, pero esto no ocurre en todos los casos y en especial en las chicas más jóvenes comentan que, aunque tienen la información, no toman precauciones. El tomar precauciones lo relacionan con el hecho de tener más edad y conocer la experiencia de chicas que hayan realizado un aborto.

Las medidas de prevención se toman para el embarazo pero no para las infecciones de transmisión sexual, sobre las que no existe una percepción de riesgo. Señalaban la diferencia entre lo que se piensa que se va a hacer, la intención de conducta, condicionadas por el posible miedo al embarazo y lo que después ocurre en la relación sexual con la pareja que dependerá de si se ésta se vive como estable o como ocasional. Es después de haber mantenido la relación sexual sin protección cuando se plantean los riesgos posibles y el sentimiento de preocupación.

- *El hecho de que te puedas quedar embarazada pues te condiciona a tomar una serie de precauciones, y entonces tienes que tenerlo muy en cuenta.*
- *Pero yo creo que la gente pasa bastante, tienen la información pero a la hora de la verdad (no utiliza precauciones).*
- *Cuanto mayor eres más responsable te haces. Pero yo creo que las crías más jóvenes son más inconscientes.*
- *Pues pienso que claro, que sí que nos influye, y que si tomamos medidas es más por no quedarnos embarazadas, que no pensamos en una enfermedad, yo creo que se piensa más en el embarazo que en contraer cualquier enfermedad.*
- *Hay mucha gente que no utiliza anticonceptivos, o utiliza píldora aunque no tenga futuro la relación. Y luego como está la postcoital o... que la gente se lo toma muy a la ligera. Si que preocupa, pero en el momento igual te lo pasas por donde te lo tengas que pasar.*
- *Igual te lo planteas más a posteriori.*
- *Si, ¡Qué loca estaba! Que a lo mejor en el momento no te lo planteas pero después si que analizas los riesgos que asumiste y las posibilidades que tienes de…*
- *Sí, que te dejas llevar en el momento que no tienes el preservativo o lo que sea y lo haces sin tomar ningún tipo de precaución, pero luego, después del acto o al día siguiente dices "jolín".*

Sobre los métodos anticonceptivos

El tipo de pareja tiene que ver con el tipo de método que se utilice: en pareja ocasional se utiliza el preservativo o se piensa en la píldora postcoital y cuando se trata de pareja estable se utiliza la píldora o la marcha atrás. En general y en caso de no tener en el momento de la relación un preservativo no se prescinde del coito sino que se utiliza la marcha atrás que en muchos casos se plantea como método anticonceptivo.

- *Si es ocasional lo que vas a utilizar es el preservativo…si ya tienes perspectiva de futuro pues la píldora.*
- *La relación estable de mucho tiempo hay gente que igual utiliza la marcha atrás…Hay mucha gente que no utiliza anticonceptivos, o utiliza píldora aunque no tenga futuro la relación.*
- *Pues porque hay mucha gente, yo por lo que escucho, que piensa que la marcha atrás es segura. Entonces si no hay preservativo no pasa nada, hacemos la marcha atrás y no va a pasar nada. Pero sí pasa.*
- *"Que yo controlo y que con la marcha atrás no pasa nada."Es difícil pararlo entonces.*

El que las chicas no estén concienciadas ni acostumbradas a llevar un preservativo en el bolso y el que esto esté muy mal visto para las chicas, parece estar influyendo para que no se adopten prácticas más seguras. Las chicas no suelen llevar el preservativo encima sobre todo por lo que los demás pueden pensar y porque piensan que es una cosa de los chicos.

Planteaban que la familia no pondría problemas por saber que llevan un preservativo y su reacción dependería de la edad que tuviera la chica y la confianza que tuvieran con los padres. La relación de mayor confianza en este tema se da con la madre.

- *Y es eso, que las chicas, al dejarte ver en el bolso un preservativo dirán "bueno, ésta, qué hará todos los sábados!"*
- *Sí, yo creo que las connotaciones que tiene, lo que piensen de tí. Que eres una loba. Es que es lo que piensan, los chicos.*
- *Yo no lo veo tanto, yo creo que quizás las chicas no lo llevan pues porque como que es cosa del chico.*
- *Las chicas no salen pensando "bueno me lo voy a llevar porque hoy voy a ligar"*
- *Yo no conozco a ninguna chica que lleve preservativos en el bolso.*
- *Claro, por una parte (los padres) se pueden ruborizar porque, quieras que no son de otra generación y puede haber un poco de tabú. Pero en realidad yo pienso que sí, que lo aceptan.*
- *Pues porque sigue siendo un tema tabú y a los padres les cuesta planteárselo a los hijos.*
- *Y a los hijos nos cuesta planteárselo a los padres.*

Tienen una visión genitalizada de la sexualidad y del tipo de relaciones que mantienen, no consideran que las caricias y la masturbación supongan mantener una relación sexual y si lo es el realizar el coito. Las necesidades afectivas, los ideales románticos, el enamoramiento influyen en que se tomen o no precauciones, sobre todo en las más jóvenes por ser más manipulables, también por que tienen miedo a que pueda dejarlas su pareja y por el deseo de experimentar. La idea de que "si me quiere nada malo me puede pasar", influye en que la chica "confíe" en el chico y no tome precauciones.

- *Yo creo que siempre o casi siempre hay penetración. Es que la gente considera sexo igual a penetración. Las otras cosas son en plan "vale, sí, pero…*
- *Hacerlo es hacerlo. (risas) ¡Meterla dentro y orgasmo simultáneo!. Hacerlo es eso.*
- *Yo creo que sí (Influye el enamoramiento).Pero más en las chicas más jóvenes, que son más manipulables.*
- *Tú te enamoras ahora mismo de un tío…y haces todo lo que sea para que no te deje.*
- *Sí que te apetece lo que es sin preservativo, y jolín pues si, te apetece, ya no porque te deje o no te deje.*
- *Por sentirlo y no defraudar en ese sentido, no porque te deje sino porque unas veces hacemos algo que te gusta y otras veces algo que me gusta.*

Se conocen los métodos anticonceptivos, pero esto no significa que se utilicen. La información puede ser confusa en algunos casos y llega a través de diferentes medios: amigas, revistas, libros. Esta información no suele darse desde la familia, dónde sigue siendo un tema privado y tabú, y esto les ocurre tanto a los chicos como a las chicas. Si que hay diferencias entre chicos y chicas respecto al interés, la responsabilidad y la decisión sobre el uso métodos anticonceptivos, se ven como algo de la chica, la decisión es de la chica y ella es la que ha de informarse sobre este tema.

- *Sabemos los métodos que existen y cuales tenemos a mano. Sabemos que información hay, la tenemos y conocemos los métodos. Luego ya, que se utilicen o no eso es otro tema.*
- *Las más pequeñas, de 16 ó 15, pues no sé, igual tienen dudas o confunden algún método, pero yo creo que ya alguien a nuestra edad (tiene la información).*
- *Has oído campanas, más o menos sabes que hay algo que se llama píldora, por las revistas y luego mucha gente habla, luego las amigas…Y luego lo que se puede hablar en la tele, "en tu casa o en la mía"…entonces sí que igual ahora la gente está un poco más puesta y la gente más jovencita.*

- *Hay chicos que preguntan, pero preguntar "oye, voy a ir a planificación, o voy a ir a no sé donde", es la chica. El tema es de la chica, aunque sea pactado supongo, pero es un tema de la chica y la decisión yo creo que es de la chica.*

Los métodos anticonceptivos más conocidos son: el preservativo, la píldora anticonceptiva y la píldora postcoital aunque hay confusión entre estos dos tipos de píldora.

- *Yo creo que cómo se usa el preservativo está bastante claro, todo el mundo, así para la gente de veinte o de veintipico está bastante claro. Lo de la píldora y lo de la postcoital y eso no, eso se confunde.*
- *Y luego con la píldora anticonceptiva tampoco sabes "que cuándo puedo empezar a tener relaciones tomando la píldora anticonceptiva, cuándo puedo empezar a tener relaciones sin utilizar el preservativo, que cuándo me la tengo que tomar, que si descanso, que si no descanso, si me olvidé una, si no me la olvidé", y la postcoital pues bueno "que si me tiene que venir la regla, que si no me tiene que venir la regla, si qué me pasa, si cuándo me la tomo, si cuándo no me la tomo".*

Fuentes de Información sobre Sexualidad

Los recursos de información sobre sexualidad que conocían eran: planificación familiar, algunas oficinas de información juvenil o el Consejo de la Juventud. A los centros de planificación sobre todo acuden las chicas y planteaban algunas dificultades que existen para acudir a estos centros: es un tema que sigue siendo tabú y cuesta hablar de ello con normalidad. Las amigas son la principal referencia para conseguir información y también sienten vergüenza para hablar del tema con su familia.

- *No sé, yo creo que es lo mismo, porque es un tema tabú y cuesta hablar de esto con normalidad.*
- *Igual también eso, que no sabes, que a lo mejor te cuesta explicárselo a la persona que tienes delante, que quieras que no, no la conoces. O sea, ellos están ahí para eso y el trato es lo más normal, pero yo que sé, la primera vez me imagino que… (da corte)*

Para mejorar el conocimiento de los recursos y acercarlos a la juventud proponían hacer talleres de educación sexual en los institutos, hablar con los jóvenes y que existiera una asignatura de salud que englobase la educación sexual. Para que se estos programas se pudieran plantear a través de tutorías el profesorado tendría que estar preparado. Una de las principales dificultades sería la de conseguir que el alumnado confiara en el profesorado para abordar estas cuestiones.

- *Cuando vamos a los institutos los chicos lo piden, los chicos lo demandan…*
- *Entonces en el instituto que se trataran estos temas y ellos lo ven necesario, ellos lo demandan. Y luego, cuando, es que en naturales o ciencias, que das los órganos y tal, ellos lo dicen, que muchos profesores esos temas ni los tocan, los pasan por alto. Que jolín, sólo vas a explicar cómo son los órganos del hombre y de la mujer y la función reproductiva y eso. Que no te vas a meter en el tema de enfermedades, ni VIH ni eso, que es básico y que algunos profesores no lo quieren ni tocar.*
- *La figura del profesor-tutor al fin y al cabo es el profesor, o sea, yo no le haría preguntas...*
- *Ni le contaría mis problemas ni nada de eso, no se lo hubiese contado ni en la universidad ni a nadie.*

Sobre la Píldora Postcoital

Hay confusión sobre dónde y quién receta la píldora postcoital y cómo tomarla. La información no es clara sobre donde ir y esto hace que vayan de un lugar a otro, a veces no se la dan o sienten que no las tratan bien, se quejan de que no les preguntan sobre cual es su situación y se sienten prejuzgadas en algunos casos por algunos profesionales de la red sanitaria.

- *Lo más probable es que le digan "mira, nena, si quieres vete a urgencias del hospital". Y las tratan muy mal, vaya. Y en urgencias del hospital también. Y encima cogen, porque la gente ya saben lo que tienen y saben lo que quieren, y entonces sólo necesito la receta, y a mí me ha venido gente, parejas que han venido, primera relación, sin penetración y un susto muy grande y fueron a por la postcoital y se la dieron en urgencias. Si le hubiesen preguntado a esa chica que venía llorando y a ese chavalín que venía tiritando pues hubiesen sabido que igual no les necesitaban dar la postcoital, porque es que no había habido nada.*

- *Se sabe que tendrías que tomar la postcoital si se te rompe el preservativo o si no estás tomando nada, [también] si no estás tomando ningún otro [método] y si no utilizas preservativo.*
- *Pero lo que no saben es como usarla, supongo, si no te lo explican. Yo tampoco lo sé.*
- *No lo hacen bien y, hala, la dan y no explican nada.*

En cuanto a su uso también hay confusión, algunas chicas la toman de forma sistemática, otras la consiguen en la farmacia sin receta médica y se toma según la pauta que han tomado las amigas sin consulta profesional.

- *Sí, yo conozco una chica que la utiliza así, una vez cada no sé cuando, y ella ya no va al hospital ni al centro de salud, va directamente a la farmacia y la solicita.*
- *Si se te rompe el preservativo, si echas un polvo sin utilizar tal, te tomas la postcoital y es el remedio. El remedio para el embarazo, obviamente.*

Referían diferentes efectos de la píldora postcoital como abortivo, para que no llegue a formarse el feto o no saben como actúa. Algunas lo veían como el remedio para el embarazo pero no un 100% eficaz, no está claro el plazo de tiempo en que se toma y el nivel de eficacia.

- *Lo de las 72 horas yo creo que sí, pero lo de también que sepan que cuanto más tiempo dejes, o sea, que si te la tomas antes es mejor, eso yo tampoco estoy muy segura.*
- *Teóricamente no es cien por cien eficaz, pero en la calle…En la práctica la idea es que funciona.*

Comentaban que ahora la píldora postcoital se utiliza con más frecuencia que antes, se ve como la alternativa a no utilizar preservativo y tener seguridad de que no va a haber embarazo y esto produce una mayor tranquilidad en la relación sexual aunque no se utilicen medidas preventivas. No se perciben los riesgos que puede tener la toma reiterada de la píldora postcoital.

- *Pues desde que salió es que se habla muchísimo y ahora ya se sabe más, todo el mundo la conoce aunque sea de oídas, sabe que hay postcoital, postcoital, postcoital, y entonces "sea lo que sea yo me lo tomo"…el marketing ha sido muy bueno.*
- *"Venga, no utilizo preservativo y mañana me voy al centro de salud". Yo creo que por ahí.*
- *En el marketing no hay riesgos, es que es la panacea, "lo que estábamos buscando, chicas".*

Respecto a la información que reciben sobre la píldora postcoital cuando van a urgencias o a un centro de planificación, no se da una información clara sobre su uso adecuado. Los y las profesionales sanitarios no dedican tiempo para explorar si las personas que acuden a solicitarla la necesitan realmente y la calidad del trato que reciben por parte de los y las profesionales no es satisfactoria.

- *Yo no sé si hay tiempo o si no hay ganas o qué pasa.*
- *He tenido que ir varias veces a un centro de salud un fin de semana, un día iba con mi novio por una infección de orina y es que nos trataron... debían de pensar que íbamos a por la postcoital y nos trataron realmente mal.*

Para mejorar el trato, el acceso y la información sobre la píldora postcoital se propone que entre el personal sanitario de guardia haya siempre una persona de referencia que se encargue de atender estas consultas. Otra cuestión importante es la formación del personal sanitario, sobre todo respecto a la consejería a dar en cada caso. Valoraban de forma muy positiva el que exista un centro de información o una consulta joven dentro del propio centro educativo.

- *Que sea una persona la que se encargue de eso…una persona que lo vaya a hacer y lo vaya a hacer bien y lo vaya a explicar y tenga o se tome la molestia de mirar a alguien normalmente,*
- *La gente demanda información, demanda saber adónde acudir. Y si saben que está ahí, que pueden, que les atienden bien y todas esas cosas sí que van. Y una consulta joven, que sea sólo para jóvenes, que tampoco te vaya a ver la amiga de tu madre o la vecina o la de la panadería pues entonces estaría muy bien. Y gente que les atienda bien.*

- *O eso, que haya un punto, o a través de las OIJ, que realmente, si hay algo funcionando que está continuamente funcionando y que sepas que está ahí y que cada vez que puedas acudir a él te atiendan y te atiendan bien*

Sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.)

Hay un gran desconocimiento en las más jóvenes sobre la IVE, dónde acudir a realizarla y en qué momento. Como lugares de referencia para informarse son los centros de planificación y las clínicas que se anuncian en las Páginas Amarillas. Es un tema privado del que no se habla con la familia ni con todas las amigas, tiene connotaciones negativas para las chicas que lo realizan y lo viven como tema tabú que se vive en secreto. Todavía se mantienen las connotaciones morales y religiosas que condicionan que se viva la IVE desde un sentido de culpa. La información que se tiene no es clara, no se sabe lo que va a ocurrir durante la intervención y se ve como algo clandestino e ilegal.

- *No sé, como algo más íntimo y como más serio también, decir que te quedaste embarazada y que decidiste abortar hay gente que lo va a ver bien en tu pandilla y gente que lo va a ver mal.*
- *Una chica que aborte es peor chica, en el sentido de peor mujer.*
- *Está mal visto y no lo quieres, que no se entere o que se entere el menor número de gente posible y que nadie lo sepa y que es algo que me lo como yo y ya está. Muchas veces ni siquiera la pareja.Está rodeado de como si dijésemos, de clandestinidad.*
- *Bueno, es que aquí en España todavía no es legal, es sólo en 3 supuestos o algo así ¿no? Tiene que ir todo el mundo a clínicas privadas.*
- *Y yo creo también que las chicas se sienten culpables. Yo no sé si, por mucho que tú lo hagas y convencida y no puedas hacer otra cosa y no te queda más remedio y que realmente sea tu alternativa, pues que eso de matar una vida... Yo, lo de legal e ilegal la verdad es que no creo que, realmente les da un poco igual. Pero lo de, el rollito que te queda de todos tenemos ahí nuestra tradición...*
- *Pienso yo que igual no está bien visto ¿no?*
- *Las chicas se sienten culpables...Los hombres lo viven de otra manera.*

Respecto a las personas que conocen que han realizado una IVE, en general se muestran satisfechas con la calidad de la atención profesional. En la mayoría de los casos en que las chicas habían llevado adelante el embarazo, lo hicieron por el miedo a sentirse culpables. Como aspectos que influían en la decisión de tener o no hijos en un determinado momento, resaltaban las condiciones económicas o el hecho de no sentirse culpables el día de mañana.

Piensan que al final los padres sí las apoyarían en el caso de que tomasen la decisión de abortar por lo que pueda condicionarles su futuro personal y también que la familia sería el apoyo fundamental en el caso de seguir adelante con el embarazo.

- *Tuve amigas que ya de hecho son madres y que se llegaron a plantear en un principio interrumpirlo. Pero luego, por eso, por toda la carga que conlleva y lo que decías tú de "y si lo intento, que voy a ser madre, que traigo un niño". Y por eso no se decidió ninguna a no llevarlo adelante, aunque no podían...*
- *En el caso de que fuera más mayor y tuviera un trabajo pues sí que pensarían en eso, que no se perdonaría haber podido tener un niño y... la culpabilidad. Y las otras porque, no sé, luego lo pensarían mejor y les hacía ilusión incluso tener un niño a pesar de tener 16 años.*
- *Aunque no tengas ni un duro y no tengas ni trabajo ni nada hay mucha gente que decide tenerlo igual.*
- *Depende también del ambiente que tengas en casa. Si tú ves que te pueden cubrir algunas necesidades pues te sientes más confiada que si ves que tienes una familia que te va a dar de lado.*
- *Yo creo que lo más importante es tu carrera, que acabes, que encuentres trabajo y todo eso. Y son conscientes de que un niño, saben que es mucha responsabilidad.*

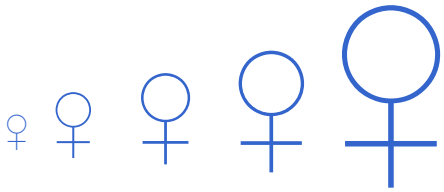
En algunos casos se quejaban de la información y la atención recibida en alguna clínica donde se realiza la IVE, no ocurre en todos los casos pero sería una cuestión a mejorar.

- *"La tía estuvo todo el fin de semana super acojonada, no le explicaron bien lo que le iban a hacer... bueno, no quedó nada contenta. Fue movida de "hala, pasa. Hala, hasta luego. Pun, danos el dinero".*

- *No le habían explicado por teléfono nada de ninguno de los dos métodos, lo tuvo que elegir allí en el momento, y por ejemplo yo si sé que en [menciona el nombre de una clínica] sí que hacen eso, te explican todo, te lo dicen, y luego te dan tiempo a elegir, a pensártelo. Y la tía quedó muy decepcionada y muy asustada y...*

Respecto a la visión que tienen de la maternidad, en un futuro se ven con dos hijos a partir de los 30 años y esto estaría condicionado por aspectos económicos y profesionales. Como prioridad está su desarrollo profesional y después la maternidad. Lo ven como un tema que deciden las mujeres y del que se responsabilizan las mujeres. También se refieren a la posibilidad de tener hijos sin tener pareja.

- *Todas queremos éxito profesional en mi carrera o en mi trabajo, que pueda irme por maternidad, que no me vayan a echar, algo, o sea, seguridad en todos esos aspectos.*
- *Yo éxito profesional y luego pareja.*
- *Mucha gente dice "bah, yo no necesito novio, no necesito pareja", pero... en el fondo están deseando tener novio.*
- *Hay mucha gente que deja de estudiar y se pone a trabajar. Y yo conozco a mucha gente así que está en esta situación. Su objetivo es casarse y ser una madre de familia perfecta y es el objetivo final de la vida. Pero es que no, no sé, no aspiran a más, es su máxima aspiración.*
- *Nosotras que estudiamos, el día de mañana pues eso, queremos tener éxito profesional en lo que estudiamos ¿no? Entonces es, yo creo, el principal objetivo que tenemos. Que sí que igual nos planteamos ser madres, pero claro, primero queremos conseguir lo otro.*
- *Yo, gente que se plantee no tener hijos no, pero tenerlos solas sí. Es decir, que les da igual, que el día de mañana quieren ser madres y les da igual tener pareja que no. Ellas su deseo es que cuando puedan ser madres, puedan ser madres y si no tienen pareja pues madres solteras.*
- *Al fin y al cabo, quien va a estar embarazada, quien va a tener que faltar al trabajo, quien va a no sé qué, a no sé cuanto, pues ella ¿no? Entonces yo lo veo como una decisión primero tuya y luego...*



La Violencia

Respecto a la situación de violencia que sufren las chicas jóvenes, el grupo pensaba que si se produce violencia, aunque no es algo de lo que se hable y que es difícil de detectar. La violencia puede ser ejercida por personas que no tienen relación con las jóvenes, totalmente ajenas. El espectador es el que agrede verbalmente en diferentes situaciones que ocurren en espacios públicos. Serían situaciones donde se produce una violentación.

- *Pero también, sí que hay violencia. Quiero decir, tú sales un fin de semana, te pones una camiseta un poco más ajustada y sí que alguien te va a decir algo, o te va a gritar por la calle…Y sí que a mí eso al menos me violenta.*
- *No ves quizás a chicas con signos de lo que es violencia doméstica de género, todo este tipo de cosas que igual no las ves pero sí que las hay.*
- *No es una cosa que se comenta. Igual que las mujeres que son maltratadas tampoco lo dicen hasta que ya no aguantan más, si una chica sufre violencia en su entorno familiar no es una cosa que se comenta.*
- *Tiene que tener mucha confianza con alguien para comentarle que está sufriendo en su casa. O que hacen cosas sus familiares que a ella la puedan violentar.*

También referían que lo ven más como situaciones de presión psicológica que física. Cuando se habla de maltrato proviene fundamentalmente de la pareja, aunque es un tema oculto del que no se suele hablar o lo hacen con personas con las que tienen mucha confianza y esto influirá en que no se detecte con facilidad.

- *Sí, yo de eso alguna vez le comenté de, bueno, una amiga mía llegó al punto de estar completamente anulada. Y ella pasarlo mal y no saber, y eso sí que nos lo comentaba, que claro ella sí se daba cuenta de que eso iba mal. Y ella llegó al punto de no hacer nada sin que él lo supiera o que él le diera permiso y cosas así. Y te estoy hablando de 20 años, de tener 20 años.*

Suele ser más frecuente que la violencia ocurra en las parejas, el chico es el que presiona más a la chica, influye la falta de seguridad por parte de él y el miedo a perder a la pareja por parte de ella. También puede ocurrir que desde fuera una relación parezca violenta pero que la pareja no lo viva como tal.

- *Si se dan más casos de chicos pero las chicas también se dan casos.*
- *Pienso que si esto se da es porque hay falta de seguridad en sí mismo, en esa relación…que un chico sea celoso, que sea tan absorbente, que tenga que estar en todo momento al lado de su novia, como le pasó a mi amiga que tenía que preguntarle incluso si podía quedar con nosotras a tomar un café. ¡Es que llegó a un extremo! Y yo pienso que entonces eso es una falta de seguridad por una parte de él. Y luego de ella que acepta esa situación. Y la aceptará por miedo a perderlo o algo así.*
- *Es la relación que tenía con la pareja. Y el caso es que él pues era muy celoso, era muy, que tenía que estar todo el tiempo mirando para él, que si no le arma una.*
- *Se establecen entre ellos reglas y principios que igual nosotros lo vemos como violencia, pero que igual, hasta que te cansas, pero, como todo, yo no sé hasta que punto es falta de seguridad o simplemente que las cosas te van llevando por un camino que en un principio igual te gusta pero luego resulta que no.*

El tema fundamental es el de los afectos, del amor y del enamoramiento. El amor parece que todo lo justifica. Que favorece el que se entre en esa dinámica de dependencia que cuesta romper y justifica todo lo que ocurre en la relación. Lo planteaban como un proceso continuo que se da en la relación y que hace perder la perspectiva de lo que está ocurriendo.

- *Es una cosa que te va envolviendo y cada paso que das para adelante puede ser un paso que das para atrás. Entonces te va envolviendo, envolviendo, envolviendo y romper con ello es muy difícil.*

-No le daba mucha importancia y luego al final pues, era un martirio.

- *Sí. Como algo, no sé, que igual no pensabas que fuera a acabar así. Que empezó, no sé, que empiezas cediendo con una cosa, con otra, hasta que te das cuenta que tienes que ceder con todo y cosas así. Y que la otra persona no pone de su parte nada y entonces pues lo pasas mal.*

- *Claro, es muy difícil. Llega un momento que ya dependes de la otra persona y dependes de esa situación. Aunque sea mala para ti estás acostumbrado a vivir así, yo creo. Ese es el problema.*
- *El amor se definiría como el no a la soledad y dependencia también, en el sentido que alguien dependa de mí y que yo dependa de alguien.*
- *Ya, pero en el momento igual no tienes la valentía o lo que sea para decir "rompo con ésto y empiezo de cero".*
- *También es verdad que muchas parejas entran en una dinámica, eso, de violencia o de relaciones así, un poco, que desde fuera se ven violentas y es una dinámica que tienen. Hay algunas parejas así.*

Se plantean diferentes opiniones sobre los cambios que se han producido en este tema respecto a generaciones anteriores. El hecho de tener independencia económica, un buen nivel cultural son aspectos secundarios frente al elemento principal que es la dependencia afectiva en la relación. También influye la educación recibida por las mujeres que centra las expectativas en tener pareja, familia y su papel como cuidadora.

- *Se siguen dando casos, aunque, es como dices tú, aunque tengas una independencia económica, tengas cierto nivel cultural, se crea una dependencia...*
- *El enganche afectivo sería lo fundamental y lo dificilísimo de romper.*

Comentan que se produce una mayor dependencia afectiva en las mujeres que en los hombres sobre todo por la educación y los valores recibidos sobre la pareja y la familia.

- *No, yo creo que más las mujeres (Que los hombres), pero por educación.*
- *Sí, porque llevamos arrastrando mucho esto detrás y eso no se quita tan fácilmente.*
- *Los valores que te inculcan desde pequeña o que ves en la tele o que a lo mejor cada vez nos van afectando menos pero que siguen.*
- *Pues la mujer que siempre tiene que tener pareja, la mujer con pareja, con un hombre al lado, vaya. La mujer con pareja, la mujer con hijos, incluso mujer ama de casa o mujer cuidadora de la familia.*

- *Pero en el fondo, te lo siguen diciendo, eso, que "tú hazte lo tuyo, lo primero es la carrera, luego buscar trabajo, no sé qué... pero bueno, si tienes novio y me lo presentas y me dices que te casas dentro de tal, encantada de la vida.*

Cuando esas situaciones de violencia se dan, las mujeres las viven unas veces con sufrimiento, otras veces se callan y no se habla mucho de ello. Y cuando eso ocurre se deja que el tiempo pase o piden ayuda a las amigas. No suelen acudir a centros de información por diversas razones: falta de confianza, sentimientos de vergüenza, se culpabilizan de lo que está ocurriendo o lo sienten como un fracaso en su vida personal, y como una equivocación de la que son responsables.

- *Y cuando ya ves que tú por ti misma no puedes controlar la situación o te desborda, es cuando pides ayuda, al grupo de amigas.*
- *Es una situación también bastante violenta para una mujer, ir a un centro y decir "me está pasando esto". Si ya no es fácil comentarlo con una amiga, con alguien con quien tengas confianza, yo creo que es por eso.*
- *Que la mujer siempre, todavía hoy se puede sentir un poco culpable de lo que le pasa. Y de haber aceptado su situación, no sé si me explico.*
- *Con el grupo de amigas se puede comentar, pero hacer público sería reconocerlo y contarlo a alguien que no conoces y que te pueda juzgar sin conocerte.*
- *Eso que te ha llevado 5 ó 6 años de tu vida ha sido un error, y reconocer que has perdido todo ese tiempo tiene que doler mucho.*

El grupo comentaba que la imagen del maltrato que socialmente se tiene, es la imagen de los moratones, de la paliza brutal que sufren las mujeres adultas. Otras situaciones "menos evidentes" no se identifican como situaciones de maltrato en las que haya que pedir ayuda.

- *Para mí el maltrato es cuando te curro y te pego tres patadas y tienes tres costillas rotas y la mandíbula...*
- *"A mí nunca me va a pasar eso", bueno, lo típico, nunca me pasa, no. Y bueno, tú igual no tienes 3 costillas rotas, pero igual tienes, que no puedes salir de casa porque tienes la moral*

por los suelos. Además siempre pegan a las de 40 y 50 años, una chica joven de 20 años superestudiada, súper no se qué, con mi coche…que no.

- *Pero bueno, eso, como no te pega... Aunque tú le digas que te está maltratando de cierta manera, no importa.*

No se conocen los recursos, a dónde acudir; se dirigirían en estos casos al Instituto de la Mujer, Guardia Civil y a la Policía Nacional. Como ventajas que puede tener acudir a estos recursos señalan: que la mujer pueda distanciarse de la situación y tomar una decisión, recibir orientación y apoyo por parte de profesionales. Como dificultades: el que no haya profesionales especialistas, el temor a que no las crean, su propio sentimiento de culpa, o el miedo a que su pareja lo sepa y aumente la violencia.

- *Aunque en ese momento no vayas a dejar esa relación o te vayas a ir de casa, pues saber qué puedes hacer en el momento en que lo decidas hacer. Eso es una ventaja, saber qué puedes hacer y qué tienes que hacer en un momento determinado y a dónde puedes llamar y a dónde no.*
- *Sí, y luego también el derecho, que muchas no lo sabrán, que tienen derecho a la justicia gratuita.*
- *También apoyo psicológico.*
- *Pues que quizás, igual cuando deciden llamar o cuando deciden presentarse allí, pues no hay nadie que las pueda atender.*
- *Y luego también igual por temor a que no crean lo que estén contando.*
- *Que piensen que la culpa de esa situación la tengan ellas o que le digan que, eso, que piensen que no es verdad.*
- *Y el miedo de salir a la calle por si las descubren.*

Manifestaban desconfianza en lo que justicia puede resolver, decían que las sentencias no ayudan a resolver esta situación y piensan que no es la forma de apoyar a las mujeres que sufren violencia, que se acaban sintiendo como fugitivas.

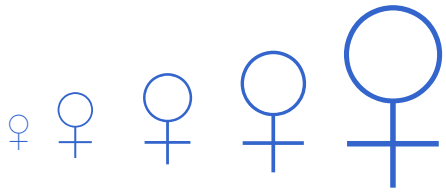
- *Es que sólo con que veas las sentencias y eso la verdad es que desmoraliza mucho. Que sí que está claro que hay que denunciar y todo eso pero, normal, a lo mejor hay muchas que se echan*

para atrás porque es que son de risa las condenas para ellas. Y ellas si están, hay muchas que llevan de casa de acogida en casa de acogida porque él descubre en qué casa está y está obligada a equis tiempo vivir escondida. Y no es vida tampoco.

- *Es que estás siempre como una fugitiva, es que a mí me da esa sensación, es que no me parece bien que eso sea así. No creo que sea ella la que se tenga que esconder y que tenga que irse de su casa y eso, muchas se ven obligadas a estar huyendo durante mucho tiempo.*
- *Y ellos nada, luego los llevan a juicio y muchos de risa. Una ley de alejamiento ésta de no sé cuantos metros o como sea y se lo saltan a la torera y cosas así. Y el miedo de salir a la calle por si las descubren.*

La autoestima y la propia valoración de las mujeres, su independencia y el apoyo familiar serían las estrategias sobre las que hay que trabajar para evitar que se produzcan esas situaciones.

- *Sabemos que esto no hay que tolerarlo, que no es así. Se siguen dando casos en gente joven.*
- *Sí, yo pienso que te tienes que aprender a querer uno mismo porque, no sé, estás tan acostumbrada a que, no a que te traten mal, pero como normal. Haces como justificando esos tratos. "Yo hago esto mal, verdad, y sí, tienen razón porque me echan la bronca. Y sí, me tienen que tratar mal". Y eso ya hay falta de cariño, porque si te aprendes a querer tú ya aprendes a que los demás te quieran, pero si tú no te quieres pues ves que los demás tampoco. Que no te respeten lo ves normal. Como tú misma tampoco te respetas entonces no haces que los demás te respeten.*
- *Por muy segura que estés de tí misma y por muy...Por mucho que te quieras...si te cuelgas de un tío es que puedes hacer cualquier cosa.*
- *También está la familia de por medio, cómo planteas eso en casa, que a lo mejor en casa lo ven como un chico estupendo, que no es así, y igual dicen "pero mujer, qué dices" ¿sabes? Es que influyen muchos factores para romper una situación y echarle narices y decir "voy pa'lante".*
- *Yo veo que los hombres son más independientes y más autónomos y las mujeres somos más dependientes. Que estamos siempre ahí pensando, eso, "voy a tolerar esto porque tengo que seguir con él, hay que seguir haciendo esto, tengo que ser más abierta". No, a lo mejor hay que decir "mira, déjame en paz. Y si te quieres ir yo puedo seguir mi vida sola o no". Pero que estamos siempre ahí atadas. Que estamos muy obcecadas con el tema de tener una pareja, un trabajo. Siempre dependientes.*
- *Porque lo interiorizamos de tal manera desde pequeñas, nos van educando así.*



Sobre la alimentación y los trastornos alimentarios

Lo que influye en la dieta, en lo que comemos y en como nos alimentamos lo relacionaban con el tiempo del que se dispone y el comer lo que se pilla. Consideraban además, que la dieta está muy relacionada con la moda. Hay una presión por el tema de la delgadez que se relaciona sobre todo con gustar a los demás.

- *Y en mi grupo yo veo a la gente que come lo primero que pilla y depende del tiempo que tengan pues tal. Pero en general nunca comen caliente, siempre están que si con pinchos, con bocadillos.*
- *Pues eso, que está de moda estar delgada. Eso sigue, eso está ahí todavía y estará. Y engordas dos kilos y ya es "joder, dos kilos, los tengo que perder", y son dos kilos.*
- *O sea que eso sí que te marca la moda. Y luego ves revistas, yo qué sé.*
- *Que vas a comprar y vas viendo ahí y cada vez más pequeñas y empiezas "32, 34, 36, 38, 40" y hay tiendas que hay sólo hasta la 40.*
- *Claro. Y si tienes la autoestima un poco baja te vas de compras y vuelves a tu casa llorando. Porque vas viendo que no entras en ningún pantalón y que estás "una talla más, una talla más" y te das cuenta "vale, de aquí no puedo pasar.*
- *No, yo creo que lo haces para gustar a alguien…No, yo decía por gustar en general. Pero que eso de gustarte a tí mismo... si te gustas a tí mismo es porque sabes que luego vas a gustar a los demás.*
- *Es que ahora, ser y estar delgada es ser guapa, da igual que seas un coco.*
- *Y si eres gordita y tienes una cara preciosa da igual. Tienes el handicap de ser gordita y ya no se asocia ser gordita a ser guapa.*

Esta presión desde la moda por la imagen corporal de las mujeres y en concreto por la delgadez produce sufrimiento y situaciones de anorexia y bulimia. La alimentación y la dieta son temas

frecuentes de conversación y preocupación entra las jóvenes. El tener un alto nivel de exigencia respecto a sí misma es un de los factores que parece influir en tener problemas con la dieta y con la aspiración de tener un "cuerpo perfecto".

- *Claro que sí, yo conozco gente muy, muy obsesionada. Y las ves sufriendo. Y haciendo con la comida, auténticas barbaridades.*
- *Bulimia cuando comes mogollón y te provocas los vómitos porque te sientes culpable del atracón. Y la anorexia es cuando vas reduciendo poco a poco el consumo de comida hasta que nada o estás con un yogur al día.*
- *Yo, del grupín que éramos en el instituto, había 4 ó 5 que estaban... que no tenían otro tema de conversación que la comida. Pesaban la comida, sabían cada caloría de cada comida, sabían todo. No tenían otro tema de conversación fuera de la comida. Sabían a la hora que engordaba más la comida, por la noche no podías comer, y es que era el mismo tema constantemente. Y pa encima es que jugaban a "¿tú te vas a comer eso? Ah, pues yo voy a pasar de eso. Voy a ser la más guay que como menos, porque voy a adelgazar más".*
- *Hay más cosas, porque en el caso de mi amiga no fue por la moda, ni vestía así a la última ni se arreglaba. Pero de siempre, eso ella decía que no le importaba, pero estudiaba muy bien, y sacaba muy buenas notas, y se exigía mucho y quería ser perfecta en todo. Y claro, quería tener el cuerpo perfecto. Y nunca lo tenía perfecto para ella, era su punto débil. Ella lo decía "todo se me da bien menos esto".*
- *Yo creo que la anorexia es un tema individual. De cómo te ves a ti misma, o sea, "yo quiero ser así, yo, yo, yo". Porque llegan a extremos que ven que los demás no están tan delgadas como ellos y ellas siguen. Pienso que ya ye un trastorno de su propia visión del cuerpo. Es individual, yo no lo veo colectivo.*

Respecto a donde derivar en este tema comentaban que no se puede ayudar en ese sentido, no sirve lo que les dices. Del tema de la anorexia, la bulimia se habla cuando hay algún caso cercano, la familia no suele abordarlo o lo esconde.

- *Es que ven como que tú no les estás entendiendo. Tú en realidad las quieres ayudar pero ellas ven como "no, no, me estás quitando lo que yo quiero conseguir", o sea, como su objetivo.*

- *Yo creo que sólo se habla cuando ya sabes un caso. O sea, hables de fulanita, no hables de la bulimia en general, hables de "fulanita, menganita, que tiene anorexia, vaya mal", pero no ye un tema de conversación del que hables, hables de personas concretas.*
- *Sí. Y la propia familia también no se da cuenta. Y después, o sea, ellos no se dan cuenta de que tiene una enfermedad, pero cuando ya se dan cuenta de que tiene una enfermedad, entonces a taparla, o sea, "vamos a llevarla pa aquí, pa allí".*
- *No sé, como diciendo, "qué mala mi hija, no sabe ni comer".*
- *Entonces ye como si del tiempo que tiene anorexia hasta que lo descubren los padres sea una dejadez, pero claro, cuando lo descubre ye "te envuelvo en mi manto y ahora sí vas a salir de la anorexia, te voy a llevar aquí, te voy a llevar allí". Es que sería como cuando descubren que tienen un hijo que es toxicómano. Que hay un tiempo que nadie se ha enterado de nada y de repente, cuando la cosa ya es evidente…*

Planteaban que no hay una información, en las escuelas, en los institutos, sobre la dieta sana. No hay tiempo para cuidar la dieta, se va a lo inmediato y esto repercute en la forma de alimentarse.

- *Yo creo que tampoco sabemos muy bien, en general, comer bien, comer en plan saludable.*
- *Prefieren ir a lo fácil. A freír o cosas así que acabas antes. Aparte que eso, si llegas de la facultad, no tienes nada preparado, estás cansada y no te apetece ponerte ahí... haces cualquier cosa rápida y te la comes. O si ni siquiera tienes ganas de eso pillas una porción de pizza o una hamburguesa y te la metes y dices, "bah, ya comí". Y luego dices "vaya mierda que comí ¿no?", pero bueno.*

Sobre el Ejercicio Físico

Respecto a la situación de las jóvenes y el ejercicio físico el grupo comentaba que las chicas suelen hacer poco deporte. Son menos los deportes de grupo practicados por las mujeres y por otra parte la educación recibida en este tema es diferente en los chicos y las chicas. A los chicos se les motiva y facilita desde pequeños el que hagan deporte en grupo y esto forma parte de sus juegos y a las chica se las orienta hacia otro tipo de juegos y actividades más sedentarias, no se fomentan el deporte en grupo.

- *Yo creo que se hace poco. O sea, hay chicas que hacen deporte, pero yo creo que somos más las que llevamos una vida sedentaria en el sofá que las que van al gimnasio o a la piscina.*
- *Y respecto a los hombres, por ejemplo, yo creo que los tíos tienen su grupillo de amigos y queden en cualquier lado y echen una pachanga, al fútbol, al baloncesto... Pero una tía que quiera hacer deporte tiene que ir a un gimnasio, tienes que ir a un horario, tienes que pagar y tal, o sea, no tienes ese grupillo de "voy a echar una partida o voy a correr".*
- *Es que ya de cuando eres niña ves siempre al crío con la pelota y la bici y la cría con la muñeca, o sea, no estás con la bici y la pelota por ahí jugando. Entonces de mayor, ellos siguen jugando con la bici y la pelota, pero tú ya abandones la muñeca. ¡Y ellos siguen con la pelota! O sea, mi padre siempre va los sábados y los domingos a jugar una pachanga, y tiene 43 años y sigue con la pelota de cuando tenía 5 años. Mi madre ya abandonó les muñecas. Entonces mi madre se queda en casa fregando o jugando a les cocinitas. Y mi padre, sale a andar en bici, pero mi madre no.*
- *Los deportes siempre fueron, así los de grupo, más enfocados para los chicos. No se vio normal el fútbol para chicas, un equipo de baloncesto para chicas, porque lo mismo, vamos a reírnos de ellas, no sé, yo lo viví así siempre. Y eso, eran más individuales.*

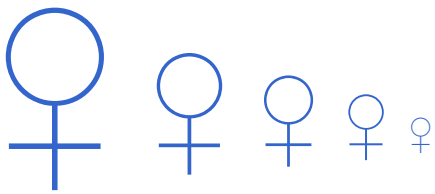
Como recursos para hacer deporte se habla de los polideportivos, gimnasios y piscinas, pero la principal dificultad está en que no ha habido una educación previa en este tema, no se hace deporte en grupo que ayuda en la motivación y el mantener la práctica en el tiempo.

- *Y lo que necesitas es el sentimiento de pertenencia a un grupo, yo lo veo en los mis amigos*
- *Y nosotras el grupo…Nosotras somos como más despegadas.*
- *Y que tampoco, no se ofertaron muchos deportes para chica de grupo. Somos más vergonzosas.*

Grupo de Jóvenes de E.S.O. del Instituto Alfonso II

En las dos sesiones de trabajo que se realizaron con el grupo de jóvenes estudiantes de secundaria del Instituto Alfonso II de Oviedo se abordaron los siguientes temas:

- Como influye la posibilidad de un embarazo no deseado en sus relaciones sexuales
- Sobre los métodos anticonceptivos: qué conocen, cuales son sus fuentes de información, cuales son las dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos y para su utilización.
- Sobre la píldora postcoital: qué información tienen, cómo se percibe entre las jóvenes, que dificultades tienen para conseguirla y cuales son sus propuestas para mejorar su acceso.
- Aspectos que influyen para decidir tener hijos y para realizar una IVE. Que información y recursos conocen en éste tema.
- Que percepción tienen sobre la situación que viven las mujeres jóvenes respecto a la violencia, cómo se produce, por parte de quien, que influye y que recursos conocen.
- Aspectos influyen en la dieta de las jóvenes y la relación entre dieta e imagen corporal. Percepción que tienen sobre trastornos de alimentación y qué recursos conocen en este tema.
- Hábitos de las jóvenes respecto al ejercicio físico, motivaciones para realizarlo y diferencias que perciben entre chicos y chicas.



La sexualidad, anticoncepción, aborto y embarazo

Cómo piensan que influye la posibilidad de quedarse embarazada en las relaciones sexuales de las jóvenes

Las jóvenes del grupo pensaban que la posibilidad de quedarse embarazada influye a la hora de mantener relaciones sexuales, lo que menos se quiere es un embarazo, se quiere experimentar y pasarlo bien. Además planteaban que el quedarse embarazada puede repercutir en los estudios y en posibles problemas con los padres y las familias. Tener un embarazo a esta edad se planteaba como un problema y esto hace que se tomen más precauciones a la hora de mantener relaciones sexuales.

- *Tú tienes relaciones sexuales ahora con tu pareja en la edad en que estamos nosotras y lo que menos quieres es quedarte… reproducirte, vamos.*
- *Además esta es una edad en la que empiezas a experimentar… yo creo que de primeras lo que menos quieren es tener hijos. Lo harás más adelante, pero ahora lo que quieren es pasarlo bien.*
- *Además después pueden darse inconvenientes a la hora de estudiar, porque a lo mejor tienes que dejar de estudiar al quedarte embarazada.*
- *Pero en los estudios es muy difícil que puedas compaginar el cuidar el crío con los estudios, porque en esta edad ya empieza a ser mucha materia y tienes que ir encaminándote para conseguir trabajo.*

Por lo tanto el miedo al embarazo en este momento hace que las jóvenes tomen o piensen en tomar más precauciones por las repercusiones que puede tener a estas edades un embarazo, pero no se planteaban el dejar de tener relaciones sexuales. Algunos comentarios al respecto:

- *No creo que se tenga que llegar al extremo de no tener relaciones sexuales, sino que con precauciones y sabiendo lo que haces.*
- *Sabiendo lo que haces no hay por qué prescindir del sexo, pero si eres un viva la vida…*
- *Los pies sobre la tierra y lo que tengas que hacer primero pensarlo. Vamos, el chiquillo que vayas a hacer no tiene la culpa de nada.*

La preocupación sobre el embarazo y el uso de métodos anticonceptivos no es lo mismo en los chicos que en las chicas. Comentaban que si el embarazo ocurre, es la chica la que se suele hacer cargo, y el chico se despreocupa. Alguna persona del grupo plantea que no es tan importante el tema de la edad de la pareja como el sentimiento que exista entre ellos para que se comprometan los dos con el embarazo. Algunos comentarios sobre este aspecto:

- *Muchas veces el chico, después de saber que está embarazada la chavala, se marcha y no quiere saber nada del crío.*
- *Es lógico que le preocupe más ella porque es la que va a tener el guaje encima. El chico, quieras que no, viene, va y marcha, y tan pancho.*

- *En esta edad de 15 a 18 años si están juntos y llevan un tiempo y se quieren, aunque la gente diga que es una chorrada pienso que los dos pondrán de su parte, porque no tiene nada que ver la edad para que no se quieran y que si llevan un tiempo y ella se queda embarazada él diga "hay que quedarse."*

Para usar métodos anticonceptivos en el momento de tener relaciones sexuales influyen diferentes variables como el tener a mano un preservativo, la influencia del grupo y la gran influencia de las amigas y de la familia según los casos. También existen casos en que a pesar de no tener a mano o no usar métodos anticonceptivos se arriesgan.

Relacionaban la influencia del grupo con la personalidad de la chica y su capacidad para seguir sus propios criterios y afrontar la presión del grupo.

La información que da la familia la valoraban de forma diferente, en algunos casos la sitúan como desfasada y de otra época, en otros, son una fuente de información en la que confían. Algunos comentarios respecto a esto:

- *Hay gente que a pesar de no tener un método se arriesga*
- *Depende mucho de lo que te rodea, y de lo que te dicen las amigas.*
- *Las amigas influyen más que la familia.*
- *También aprendes por los errores de las amigas que a veces la familia te puede contar los errores pero ya no es lo mismo…porque (las amigas) viven en la misma época que tú. No ye como tus padres que son de los años catapún.*
- *Yo creo que no ye que influyan más las amigas que la familia, eso depende de la persona, porque yo creo que me influyó más la familia que las amigas…Eso depende también de la personalidad, si eres una persona que te dejas llevar por los demás o si no tienes carácter, depende.*

Respecto a la Información que tienen en aspectos relacionados con la sexualidad, comentaban que hay poca información y confusión con respecto a este tema, tanto en cuanto a los métodos anticonceptivos, como sobre la sexualidad en sí.

- *La gente, los jóvenes, están muy poco informaos sobre el sexo, tener hijos.*
- *Muchas parejas piensan en no tomar métodos, hacen la marcha atrás y luego se encuentran con el niño ahí.*

Sobre los métodos anticonceptivos

El conocimiento que tienen sobre los métodos anticonceptivos dicen que es bastante malo, se mantienen creencias erróneas sobre "la primera vez", la marcha atrás y la prevención eficaz del embarazo. Hay falta de información en las familias por miedos y por temor a que los chavales sepan más que ellos. Esta información también es diferente según se trate de un chico o una chica. Las diferencias se notan en el horario de llegada y el miedo de los padres a que sus hijas se queden embarazadas, lo que condiciona aspectos relacionados con el control por parte de la familia y los mensajes que dan a chicos y a chicas.

Por otra parte las adolescentes no quieren hablar de estos temas con sus padres por vergüenza, temor… Sigue predominando una visión un poco negativa de la sexualidad que reciben de sus familias. Algunos comentarios sobre este aspecto:

- *Las familias a no ser que sean así muy abiertas no te suele hablar mucho de esto y luego las amigas te cuentan, pero cada una te cuenta una historia diferente.*
- *La mayor parte de los jóvenes estamos mal informados sobre esto, porque si dices que la primera vez no te puedes quedar embarazada, eso es lo que todas pensamos.*
- *Y yo sé de mucha gente que me lo dice, que no puedes (quedarte embarazada la primera vez). En realidad sí puedes, tienes las mismas posibilidades. También que con la marcha atrás tampoco te puedes quedar, que tampoco ye verdad. Son tópicos que andan por ahí y que la gente se los cree y como las familias tampoco informan demasiado.*
- *Pues que la familia no informa…porque se avergüenza de que un hijo pueda dejar mal a los padres, porque ¡claro!, tan un poco anticuaos.*
- *En el caso de "chico – chica" es diferente. Yo tengo muchos amigos que con 15 años ya les dan los padres el anticonceptivo, los preservativos, de todo y no hay ninguna chica, pero ninguna, de 15 años que le hayan dicho algo.*

- *Los padres…se avergüenzan, pero primero a los 15 años o así dicen los padres que son muy jóvenes y "no, no vamos a hablarlo" pero luego ya son mayores y dicen "no, no, ahora ya deben de saberlo" y nunca hablan del tema.*
- *En el tema de una hija ya es diferente, porque está ahí lo de "¡es que si me llegas con una barriga a casa!"*
- *Los chicos, con 15 años, normalmente están hasta las 11.30 ó 12.00, las chicas hasta las 10.00 ó 10.30 como mucho…si ya partimos de ese punto de que por esa mínima cosa ya hay un montón de diferencias pues con lo de la sexualidad, pues muchísimo más.*
- *El "qué dirán siempre está presente."*
- *El sexo para la gente que es un poco cerrada se sigue viendo como algo malo, ¿no?...*

Los métodos más conocidos por las jóvenes son el preservativo, la píldora y la marcha atrás que la plantean como un método anticonceptivo. Planteaban que las relaciones sexuales entre los jóvenes son, en general, sin penetración hasta que tienen pareja. Para que consideren una relación como de pareja "estable" han de pasar entre tres y ocho meses saliendo juntos. Esto supone que van a vivir como pareja estable relaciones con prácticas de riesgo. Es importante tener en cuenta la idea que tienen de la pareja y plantean que en una pareja estable hay menos riesgos.

- *Yo creo que se conforman sin eso.*
- *Sin riesgos más bien por el miedo, por lo que les pueda pasar, por lo que les pueda venir encima o cualquier cosa de estas… Las hay que no, a todo, que no pueden contenerse.*
- *Y que tranquilamente sin penetración, y que lo pasan bien igual, que no necesitan arriesgarse a nada que no quieren porque lo pasan bien así.*

Comentaban que los chicos son los que tienen más prisa y más interés por llegar a la penetración desde el primer momento, las chicas necesitan un poco más de tiempo. Justificaban que esto ocurriera en los chicos por que es más "normal". Planteaban que la consideración social no es la misma hacia los chicos que las chicas respecto a las prácticas sexuales que tengan unos y otras. La chica que tiene relaciones con cambio de pareja frecuente es criticada, no sólo por los chicos sino también por las propias chicas, mientras que esto mismo en los chicos se ve como algo que da prestigio y produce admiración por parte de sus iguales.

- *El chico, pues si puede llegar el primer día para allá. La chica no.*
- *En los hombres es más normal que quieran tener más relaciones y más pronto.*
- *Y además una chica es raro que se acueste con un tío que conoce de una noche…Las chicas necesitamos un poco más, aunque sea una semana.*
- *Normalmente de la chica que se enrolla cada sábado, pues la sociedad machista en la que vivimos ahora dice que es "un putón verbenero" y comparado con un chaval, de él dices "es que tiene muchas detrás" Y la chica que espera 9 meses pues precavida y que tiene cabeza.*
- *Los chicos si por ejemplo uno, si un sábado va haciendo ruta vamos, es un hombre, buf, es un macho ibérico. Sin embargo una chica va haciendo ruta y es lo más barriobajero.*

Fuentes de Información sobre Sexualidad

Las fuentes de información que utilizan las jóvenes para conocer los métodos anticonceptivos son fundamentalmente las revistas, las amigas y en algunos casos la madre. Para que las jóvenes estuvieran más informadas sobre este tema planteaban que se incluyera como una asignatura en el instituto.

- *En revistas y coses así de eses específicas.*
- *Y las madres, la madre de alguna del grupín ye más abierta y ya le explicó algo.*
- *Una asignatura específica en el Instituto o talleres, porque hay cursos que no la tocan.*
- *Ahora también digo que si hubiese una asignatura, no digo una asignatura, una optativa que estuviese metida en los estudios y eso yo pienso que aparte de mejorar el nivel de estudios…Además es que se pondría interés en esa asignatura.*
- *Una asignatura donde se hablase sólo de sexo, sí, porque lo otro sería como muy general.*
- *Todo el mundo dice que es muy normal el tema de la sexualidad y todo, pero luego ahí búscate la vida.*
- *En la tutoría podría estar bien.*
- *Tenían que dejar de tratarlo como un tema aparte y centrarlo más, por ejemplo, poniendo máquinas de preservativos en los institutos.*

Los recursos que conocían para informarse sobre este tema son: ginecología, planificación familiar o acudir a una farmacia. Respecto a la posibilidad de contar con la consulta joven en el centro educativo tienen miedo de que se puedan enterar los padres. Como las personas más adecuadas y que les generan más confianza para tratar estos temas proponen a personas externas al centro y no a tutores o tutoras.

- *No sé, estaría bien, pero dentro del instituto con los problemas que hay yo no me fiaría mucho.*
- *La gente tendría un poco más de pánico "¿Y si se lo dice a mis padres?, ¿Y si se lo dice a la tutora y llama a mis padres o a los profesores?" A mí, por lo menos, me daría mucho palo.*
- *Tutores no, porque los tutores pueden explicarte cosas, pero las cosas que te explican relacionadas con el tema este de la sexualidad ya las sé yo. Yo creo que sería mejor con gente que trabajara en temas de esto, aunque vinieran sólo dos días a la semana, que nos podrían juntar en el salón de actos y darnos unas clases allí. Yo pienso que los tutores no.*
- *Yo creo que sería mejor con gente que trabajara en temas de esto*

Las dificultades que tienen las jóvenes para conseguir los métodos anticonceptivos son: el sentir vergüenza a la hora de comprarlos, son caros y por su dificultad de acceso en los momentos que surge la relación. Por otra parte y refiriéndose al preservativo son los chicos los que los llevan consigo, en las chicas es menos frecuente también por temor a los padres. Algunos comentarios:

- *Y dificultades de dinero, por ejemplo, también porque los preservativos no son muy caros, pero si tampoco tienes pasta… Yo creo que muchas jóvenes que se quedan embarazadas es por vergüenza de ir a comprarlos y también por el dinero. Igual que la píldora.*
- *Y para encontrarlos, porque si por la noche te entra el calentón y te tienes que poner a buscar la farmacia de guardia… y de los que las maquinitas a ver quién se fía.*
- *Los tíos, raro es el que en la cartera no lleve uno.*
- *Las chichas yo creo que tienen miedo de encontrarse a los padres, pero los chicos como generalmente se los da el padre.*

Las dificultades que planteaban las chicas para usar métodos anticonceptivos: miedo a que el chico no sepa utilizar el preservativo, el no haberlo puesto nunca, carecer de experiencia en ese sentido, el que no sienten lo mismo y el nerviosismo para usarlo. Dicen que los chicos comentan como una dificultad para usar preservativo el que no sienten lo mismo y que son incómodos. Algunos comentarios sobre el tema:

- *Pues en el caso del preservativo miedo a que el tío no sepa ponerlo, y se quede dentro.*
- *Sí es fácil, pero a lo mejor es que te falta práctica. O a lo mejor que estás muy nervioso o nerviosa y acabas poniéndolo como caiga.*

- *(Ellos) Dicen que no se siente lo mismo, que son incómodos…*
- *También (ellas) dicen que no sienten lo mismo.*

Según la percepción de riesgo que las jóvenes tengan mantendrán una relación sexual con penetración aunque no tengan un preservativo. En esto influye el miedo a que la pareja pueda dejarla y que puedan pensar "que es una estrecha". El grupo comentaba que hay diferencias entre chicos y chicas respecto a quien quiere y no quiere usar preservativo, siendo el chico el que normalmente no quiere. Respecto al amor parece que actúa de formas diferentes, por una parte reduce la percepción de riesgo y por otra favorece el respeto en la pareja. Si después de haber tenido varias veces prácticas de riesgo no se produce embarazo baja la percepción de vulnerabilidad en la chica y piensan "a mi no me puede pasar".

- *Muchas dicen "a mí no me va a pasar" pero después le sigue el juego y pasa lo que pasa, pero después hay gente que le planta cara y si no hay método no hay relación.*
- *Lo que puede pasar es que si llevan tiempo saliendo y ella piense que él no tiene nada y lo haga. El tema del amor.*
- *La chica puede tener miedo a que luego él diga que ella es una estrecha y que no quiso sin condón y tendrá miedo a lo que digan los amigos y la gente conocida.*
- *Yo creo que si hay amor, de verdad…que el chico debería respetar que la moza o la tía a la que quiere diga que si no se usa preservativo que no hay relación. Si se importan el uno al otro, pues llegarán a un acuerdo.*

- *Luego empiezan las dudas y los arrepentimientos, empiezas a pensar por qué hice esto, por qué tengo esta cabeza, tal y cual.*
- *En el momento que ves que hay unas cuantas veces que no tal, piensas "Uy, vaya suerte que tengo, a mí esto ya no me pasa.*

Sobre la píldora postcoital

Los conocimientos que tenía el grupo sobre la píldora postcoital: evita el embarazo, se toma entre las 48 a 72 horas siguientes al coito, se consigue en la farmacia o en el centro de urgencias. En otros casos hay información confusa sobre cuando se toma y los efectos que tiene respecto al embarazo. También conocían los efectos que tienen después de haberla tomado y decían que produce malestar por la cantidad de hormonas de que se componen. En cuanto a la frecuencia en su uso decían que no se utiliza mucho pero que hay personas que las utilizan sobre todo en relaciones esporádicas cuando ha habido penetración y eyaculación y no van a volver a ver al chico. También comentaban que se utiliza como método anticonceptivo.

- *Que se venden dos, son tres mil pesetas o algo así, me parece que te tienes que tomar las dos, eso no lo sé, y que en 48 ó 72 horas, eso no lo sé, y que luego te quedes bastante mal, porque no sé qué tiene que te deja bastante chunga.*
- *Te revoluciona el cuerpo entero.*
- *Se compra en farmacias, y en planificación familiar.*
- *Ir a urgencias a que te den la receta.*
- *Se utiliza poco porque es bastante cara y porque si haces la marcha atrás tampoco tienes la certeza de que estés embarazada. Y eso son una burradísima de hormonas que yo no sé qué llevará que tampoco te deja muy bien unos días después, y si haces la marcha atrás tampoco te puedes arriesgar a tomar las pastillas esas porque acabarás muy mal.*
- *Se usa…pues cuando no queda otra salida. Pues no sé, cuando tienes una pareja, o cuando tienes un arrebato de un sábado y sabes que al tío no lo vas a ver más.*
- *Todos los métodos anticonceptivos pueden fallar en cualquier caso. El más fiable para mí es el preservativo. Pero yo de las pastillas y eso no me fío nada. De esas sí, porque parece ser que tomas una y es como si tomases una bomba.*

- *Yo creo que en ese caso también, si estás con el mozo y se te rompe el preservativo o estás tomando la píldora normal y se te olvidó tomarla, pues hay gente que la compra.*
- *Yo conozco casos de un sábado, no sabe si está embarazada o no y va a por la píldora.*
- *Yo pienso que lo mejor es esperar, te haces un test de embarazo lo antes posible y si no queda otro remedio, abortar o …Yo creo que no perjudica a la salud, porque si no, no estaría vendiéndose.*
- *Creo que no es bueno, porque si estás embarazada y hace que lo que tienes aquí marche para abajo, muy bueno no puede ser.*

Sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.)

El grupo comentaba que no se oye hablar del aborto pero las chicas, en general ,no se plantean tener la criatura, la mayor dificultad es el tema del dinero y la repercusión que va a tener para ellas en su vida como algo negativo En la decisión de realizar una IVE influye la edad, los estudios y la familia.

- *Entre nosotras no creo que se hable mucho, porque de las amigas siempre estamos con el cuento de que a mí no me va a pasar, y si se habla será de la primera vez o cosas así, pero nunca del aborto ni nada por el estilo.*
- *Buscan a un familiar que sea mayor de edad para que les preste el dinero y les acompañe.*
- *Se plantea que con esos años y la familia y todo que no puede tenerlo.*
- *Lo más normal que suelen pensar las chicas jóvenes es que les va a joder la vida.*
- *En los casos en que sabe a ciencia cierta que está embarazada y que no le queda más remedio que decirlo o tener el chiquillo, entonces es cuando yo creo que se comenta a la madre.*
- *También hay chicas que lo tienen. Yo conozco el caso de alguna chica joven que lo tuvo. Pero no suelen quedar muy contentas cuando lo tienen.*

En la decisión de seguir con el embarazo adelante, en un primer momento influye la pareja como una forma de mantenerla, pero después, en la mayoría de los casos la pareja se separa. Cuando esto ocurre es la chica o su familia la que se responsabiliza del niño o la niña. También existen cuestiones morales que impedirían tomar la decisión de realizar una IVE.

Decían conocer los recursos para realizar una IVE y para obtener información acudirían a un centro de planificación. La información les llega a través de las revistas y de las amigas. Algunos comentarios del grupo:

- *A veces piensan tenerlo y quieren tenerlo para tener a la pareja al lado.*
- *Sí, para atarlo de alguna manera. Por lo menos tienen un guaje del que tirar.*
- *El tema de si son jóvenes, la mayoría de las veces el trabajo que tienen es como si no tuviesen, porque no es lo mismo vivir en casa de mamá y papá y tener un trabajo para tus gastos teniendo techo, comida y todo eso gratis a tener que ir a vivir con la novia, saber que vas a tener un crío; el crío necesita cosas y más cuando son pequeños, tienes que cuidarlo, pagar una casa, comprarle ropa, cosas… Ella después de tener al chiquillo tiene que estar un tiempo sin trabajar… claro, llega un momento que se acaban agobiando, discuten y se acaban separando. Hombre, también los habrá que sigan, pero la mayoría de los casos no.*
- *Porque hay gente que está en contra de eso, que dicen que ye matar a una persona, que lo ven como matar a un ser vivo y entonces lo tienen por eso.*
- *Yo también le diría que se lo contara a alguien de confianza, porque si eres muy joven te pueden aconsejar a dónde puedes ir y qué puedes hacer. Le diría que fuera al centro de salud a un médico…*

Respecto a como reaccionarían las familias sobre una IVE decían que no se habla mucho de esto y no sabrían cómo van a reaccionar, aunque en la mayoría de los casos la expectativa es que la familia las ayudarían en la decisión que tomasen. Comentan:

- *Una bronca y luego te ayudarían, digo yo. El susto, el disgusto…*
- *A lo mejor llegas a casa dispuesta a decirlo después de un mes comiéndote la cabeza, y sueltas "Mamá, estoy embarazada y…" a ver, o te da el dinero ella para abortar o te dice "No pasa nada, mañana mismo compramos la cuna." .Y siempre preguntarían de quién es, y quién es él y todo eso.*
- *Yo creo que tendrías una idea, pero tampoco lo vas a saber. A lo mejor ese día la pillas de malas y te echa una bronca del 15, pero no se sabe.*

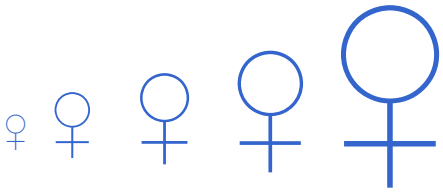
- *Sería más o menos una sorpresa para ellos, pero yo sé que si le digo a mi madre que estoy embarazada me apoyaría en lo que fuera. Mi padre a lo mejor me echaría un par de broncas, pero yo creo que me apoyaría, sí.*
- *Pues se lo diría a mis padres y que me dejasen elegir. ¡Hombre!, si es un embarazo de riesgo pues ya es otra cosa, pero si no tienes peligro, elige tú lo que haces con tu vida, si quieres tener el niño o si decides abortar.*

El que la chica se sienta capaz, el apoyo que tengan de la pareja y de la familia, los estudios y la situación económica son aspectos que pensaban influyen para tomar la decisión de tener el niño o la de abortar. Las condiciones ideales para tomar la decisión de tener un hijo, tienen que ver con la estabilidad, el dinero, tener pareja estable, piso y trabajo. Algunos comentarios del grupo:

- *Sentirte capaz de que va a ser tu hijo siempre*
- *Tener la suficiente responsabilidad para tener al crío*
- *A lo mejor si tienes una relación con el que te ha dejado embarazada, depende de lo que opine la otra parte, también.*
- *Si vas en los estudios bien, si vives en un ambiente cómodo, eso influye mucho a la hora de tener el niño, tener seguridad en tu casa, que puedas combinar bien los estudios.*
- *Bueno, si tienes muchas ganas de tener el hijo siempre lo puedes combinar; puedes dejar los estudios por un tiempo.*
- *Es muy difícil pretender que vas a tener un hijo, que por las mañanas vas a ir al instituto y por la tarde lo vas a cuidar como si fuera tu primo o el vecino*
- *Pareja estable, mucho dinero, piso propio. Todo hecho.*
- *Sobre todo estabilidad, que no te veas ahí con apretones, porque tener un hijo es carísimo.*

Su expectativa sobre el momento idóneo de tener hijos es diversa, sería entre los 25 y 30 años y tendrían dos o tres hijos. Lo veían como algo lejano, y en realidad lo que les preocupa y ocupa es el momento presente. Piensan que la madre será la que se ocupe del cuidado de los hijos y no ven muchas diferencias entre hombres y mujeres de otras generaciones respecto a la suya y en como se educa a los chicos y chicas ahora. Sería un tema del que hablan más las chicas que los chicos.

- *Yo me veo rodeada de nenos.*
- *Yo de 25 a 30 años y dos o tres también porque me gustan mucho los críos. En realidad a lo máximo que aspiro en el futuro es al sábado, yo más allá no miro con mucho optimismo.*
- *Yo por lo que veo en mi grupo soy la única a la que no le gustan los niños y no los quiere tener, pero a las demás les encantan los niños de 3 a 4, de 2 a 3, todas quieren tener unos cuantos.*
- *Yo pienso que eso no cambia, porque a medida que vamos avanzando es verdad que cambiaron los tiempos y los hay que al principio ceden, pero luego te das cuenta de que no, de que es mentira. Ceden porque les interesa.*
- *Yo creo que algo está cambiando, pero a los chavalinos de 15 ó 16 años yo no los veo fregar los platos ni nada No es culpa de ellos, es culpa de las madres, porque siempre estamos con que a las niñas de 13 ó 14 años se les enseña a fregar o cocinar, aunque sea un huevo frito, pero nunca se ve a una madre enseñando a un crío.*
- *Los chicos de nuestra edad son un poco… no lo piensan. Con lo difícil que es que piensen en ellos,¿cómo van a pensar en las chicas?*
- *Es lógico, son ellas las que lo van a tener. O sea, el guaje es de los dos, pero sin ellas no sale. Ellos cinco minutos y luego ya no pintan mucho.*
- *Yo creo que normalmente las mujeres están más cerca de los críos, y por estadísticas o tal son las que tienen más paciencia, mejor habilidad para racionalizar el tiempo de estar con los críos que los hombres.*



La Violencia

El grupo comentaba las mujeres jóvenes sufren situaciones de violencia, tanto física como psíquica, que pueden venir por parte de la familia, los amigos y la pareja. Estas expresiones de violencia las relacionan con la pandilla y el estar borrachos y también con la educación recibida sobre todo por parte de los chicos. Algunos comentarios:

- *Por parte de la familia yo creo que sí hay padres que maltratan a sus hijas, o que abusan sexualmente de ellas, o madres u otros familiares menos cercarnos. Y por parte de la pareja también.*
- *Hay más violencia en mujeres mayores con maltrato en casa y tal. Pero en chicas jóvenes también.*
- *Yo la culpa no se la echo toda a los padres, novios y tal. En este caso yo la culpa de la violencia la echo más a las amistades... Pero yo pienso que se da muchas veces violencia en casa con chicos y chicas jóvenes por culpa de las compañías.*
- *Conozco casos de malos tratos de los padres a las crías, a los hijos y tal y de novios a las mozas, a las chicas.*
- *Porque están borrachos. Yo creo que es más entre los chavales que entre las chavalas, y más fuerte.*
- *Yo creo que entre grupos también. Puede que en una pandilla no se lleven mal y porque hayan bebido haya una pelea, pero no es normal que en la pandilla de los amigos de siempre se peleen a puñetazo limpio cada día. Entre grupos sí, supongo, porque hay diferencias, y aparte los sábados que si bebes, no sé qué. Y en la pareja también, la familia.*
- *Pero yo creo que también tiene que ver con la educación que le dieron al chaval. A lo mejor le educaron para que el hombre tenga que ser el que manda y la mujer la que obedezca y por eso a lo mejor es por lo que maltrata a la chavala.*

Respecto al tipo de violencia que existe distinguían la violencia física y la psicológica. La violencia psicológica tiene repercusiones más negativas en la persona, es más difícil de detectar y denunciar. La violencia física la relacionaban más con la familia y la psicológica con la pareja. Algunos comentarios:

- *Yo creo que es peor la psicológica que la física, porque con la psicológica llega un momento que si empiezas a darle vueltas a la cabeza con algo que te dicen, y sigues dándole vueltas, te acabas creyendo lo que la gente dice de ti, y te acabas convenciendo y acabas depresivo, esquizofrénico, vamos, de todo. Yo pienso que es peor esa que la física, que al fin y al cabo es "¡Bum!" y ya está.*
- *Aparte la psicológica no deja rasgos visibles externos, y es más difícil de denunciar. Con la física te pueden hacer un examen, que tienes golpes, que tienes un brazo roto, lo que sea. Pero con la psicológica es más difícil de detectar.*
- *Bueno, yo conozco a una chica que el novio la amargó y la amarga de todas las maneras, y ella está sintiéndose, hablando claro, una mierda. Le dice que no vale para nada, le pegó, y está quedando mal de la cabeza porque le amarga la vida totalmente. Todo lo que hace está mal…*

El grupo planteaba diferentes opciones sobre lo que habría que hacer en esas situaciones: cortar la relación, enfrentarse, pedir ayuda a un especialista, tratamiento psicológico tanto de la víctima como del agresor, decírselo a la familia y a la policía. También reflejan el miedo que puede tener de que se acabe con la pareja y como repercute la educación recibida sobre lo que ha de ser un hombre y una mujer en relación con la violencia. Comentaban de forma reiterada su desconfianza en los resultados que podrían conseguir denunciando la situación a la policía y su expectativa es bastante negativa en este aspecto.

- *Que cortase inmediatamente con él cuando se dé cuenta de que le está haciendo eso.*
- *Pero eso es peor, porque si está con él y la maltrata física y psicológicamente, si corta con él, la encontramos en un descampado al día siguiente.*
- *Yo creo que debe enfrentarse.*
- *Yo creo que lo mejor sería pedir ayuda a un especialista, a un médico.*
- *Yo creo que al novio – bueno, y la novia – al chico, no sé, (matarlo) que tendría que recibir tratamiento psicológico, que habría que ayudarle a que cambie su mentalidad porque es muy*

difícil, si te han educado así desde pequeño, es decir, que el hombre tiene que marcar, tiene que ser el que domine la relación y la mujer la que obedezca, pues es difícil. Tendría que recibir ayuda psicológica, y la chica también.

- *Y si la chavala ya está metida en el rollo, tendría que decírselo a la familia e ir a la policía directamente.*
- *No funciona. Lo denunció y pasaron de todo. Lo denunció unas cuantas veces, con moratones y todo…*
- *O si no que vaya al Instituto de la Mujer y que la ayuden, porque la van a ayudar ahí mucho más que la policía.*

No veían posibilidades de cambio ni de mejora en la relación de pareja en los casos en que exista violencia, con repercusiones muy negativas en la relación como la pérdida de confianza y de respeto. Estas situaciones de violencia las sufren en mayor medida las chicas y manifestaban muy poca confianza en la denuncia a la policía y en el apoyo que pueden proporcionar a la mujer en esas situaciones. Algunos comentarios.

- *Igual el chico puede cambiar dentro de un tiempo, pero yo creo que esa relación ya no se puede remontar …ya no lo vas a olvidar nunca.*
- *Cuando ya te falta al respeto de esa manera yo creo que ya no puedes olvidarlo.*
- *Pero, claro, él sabe que la tiene sujeta. Él sabe que ella está ciega con él y eso es un punto para él, porque sabe que por mucho que la pegue, que la machaque y que la pise ella va a seguir igual. Lo que tenía que hacer a lo mejor, dejarle no, pero acudir a un psiquiatra o algo de esto y el chaval ya sabrá lo que perdió.*
- *Pero acudes a la policía que es con quien puede el agresor y ¿qué hace la policía?: Bueno, sí, esto tienes que volver y la próxima vez que te dé otro palizón vuelves y ¡hala! cuando ya lleves dos leches pues igual te hacen más caso.*
- *Claro, cuando ya vayas con el cuchillo aquí igual te dicen que te lo hiciste tú. Está muy poco valorada la mujer en ese sentido. Luego tienes que volver a casa y lo mismo, esperar a que te den otra leche para que puedas ir a comisaría a que te lo miren.*

El que se produzca violencia en la pareja lo relacionaban con haber vivido situaciones de violencia en la infancia, haber sufrido maltrato por la familia, consumir drogas, problemas familiares, la

dependencia afectiva en la relación, los modelos familiares de relaciones con violencia vividos en la infancia y el carácter personal agresivo.

- *Y si consumes muchas drogas, la gente queda más violentos, más agresivos.*
- *Los problemas familiares, también donde te críes.*
- *También depende de la persona.… por ejemplo, que haya sufrido maltratos…El tema de que una persona es dependiente y el chico viene y te dice, cuánto te quiero y te adoro, te adoro, te adoro, y realmente necesita que le digan eso que la quieren, para ella sentirse valorada, puede influir, igual.*
- *Y yo lo que decía antes de que también puede ser de los padres, yo lo decía porque… los críos ya al principio, lo que hacen es imitar a los mayores. Sí tú ves en tu casa que uno maltrata a otro, el crío cuando vaya creciendo va a hacer eso.*
- *Si ya de por sí eres una persona agresiva… si forma parte de tu personalidad y de tu carácter, aparte de la educación que te hayan dado, pues lo pagarás con los demás.*

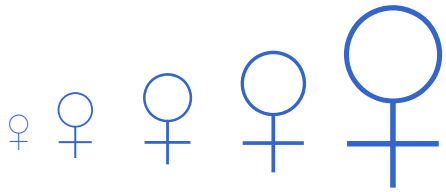
De cara a denunciar las situaciones de violencia comentaban que cuesta decirlo a la familia y a las amigas, da vergüenza y miedo, se culpabilizan ellas mismas, les da miedo hablar de ello, es humillante y se vive como un fracaso personal. Además está el tema del "amor" o la dependencia afectiva, el seguir queriendo a la pareja a pesar de que la maltrate y la repercusión negativa que esto tiene para su propia valoración personal. No se confía en la denuncia policial y comentaban que es más probable que la situación se siga ocultando durante tiempo.

- *Cuesta decírselo, si ya cuesta decírselo a tu familia y a tus amigas, reconocer que crees que te están haciendo algo mal, imagínate ir a decírselo a un extraño que no sabes si te va a hacer caso y se va a poner de tu lado.*
- *Porque, me gustaría pensar que la cosa siempre va a ir bien, y la cosa sale mal, esa persona, te has equivocado tanto con ella, que para encima te humilla, te pega… ya es difícil para ti misma, imagínate contárselo a alguien.*
- *Pues igual le sigues queriendo todavía, que eso es lo que más te duele. Te dan y para encima le quieres.*
- *Es una situación bastante humillante el tener que verte ahí.*

- *Que una persona se crea superior a ti, y encima te machaque y te pegue y que tú no puedas hacer nada, porque no le gusta que cojas la puerta. Te vas a la policía y tienes puestas diez denuncias y no hacen nada. Y te ves sola que te va a acabar matando, sin que nadie te pueda ayudar. Y luego te mata y va a la cárcel y puede caer…o no. Y tú, pues eso, es que es humillante, porque no te respeta, porque además, si le sigues queriendo te pega.*
- *Además hace pensar que compartimos la culpa, pues "¿qué he hecho yo mal para que además me esté pegando?".*
- *Que te va afectando a la personalidad y te vas quedando sin… y dices "bueno, como no le veo ninguna salida de que él tenga que hacerlo, seguro que es mi culpa". Además ves en los medios que siempre están las mismas mujeres… "hice no sé cuántas denuncias y ahora le metieron en la cárcel, sí, pero ahora me dejó a mí sin una pierna, o ahora me quedé coja."*
- *Por una parte se confía menos, pero por otra te da más ánimos para decir, "bueno, si esta mujer pudo ir allí y contarlo, y a lo mejor la pudieron ayudar"… creo que siempre va a haber más miedo a decirlo.*

Para mejorar esta situación proponían trabajar con los chicos sobre las repercusiones legales que habría de tener para el agresor el delito que comete. Por otra parte ayudar a las mujeres psicológicamente y apoyarlas para que consigan una independencia económica que les permita tomar sus decisiones. También sería importante y mejorar los recursos donde las mujeres pudieran ir con más tranquilidad, más seguridad.

- *Creo que hablar con los chicos, habrá que ir a los chicos y decir "pero bueno, ¿qué es esto?"*
- *Se deberían tomar medidas contra los hombres. Al que maltrata a la mujer, a la primera denuncia, un mes en la cárcel, y ya verás como cuando salga ni vuelve a hacer eso.*
- *No sé, creo que las casas de acogida para mujeres de malos tratos están bien, lo que creo ye que se deberían tomar medidas contra los hombres. Al que maltrata a la mujer, a la primera denuncia, un mes en la cárcel, y ya verás como cuando salga ni vuelve a hacer eso.*
- *Y darles más apoyo a las mujeres.*
- *Porque además muchas mujeres no se pueden separar de los hombres que las pegan porque no tienen dinero, porque dependen de esa persona para vivir, para sacar adelante a los hijos si los tienen y para muchas cosas. Entonces a lo mejor una mujer prefiere que los hijos sigan teniendo ropa y comida y seguir chupando palizas a independizarse y no tener dinero ninguno de los dos.*



La nutrición y el ejercicio físico

Sobre la dieta y los trastornos alimentarios

Conocen casos cercanos de chicas con anorexia y bulimia y se habla del tema entre ellas. Pensaban que afecta más a las chicas jóvenes y lo relacionan con factores de presión que influyen, como pueden ser: las amigas, la moda, el salir y el querer gustar a los chicos. Algunos comentarios

- *Anorexia y todo eso siempre hemos visto algún caso. Yo tengo dos amigas que tienen la enfermedad. Siempre hablas con las amigas, "porque esos pantalones no me sirven… ya podía coger la talla anterior", pero no creo que llegues al extremo de decir, me pongo a dieta. No sé, yo por lo menos lo tengo muy claro.*
- *Yo creo que lo de la anorexia y la dieta afecta más a las jóvenes de 15-14 a los 20 y pico que a la gente mayor, muchísimo más. Porque estamos en una edad de que estamos empezando a salir, que los chicos, que le tienes que gustar a ese, que estás empezando a engordar.*
- *Además las chavalas solemos ser más crueles con eso. Ves a una chica que está un poco rellenita, o que va con los pantalones apretados y tiene unas cuantas chichas, y la miras asi Como ¿a dónde va?, ¿Cómo sale así la gente de casa?... mi madre… eso cuando tienes esa edad te influye muchísimo.*

La razón para hacer dieta decían que tiene que ver con estar dentro de un modelo social, por la presión de la moda, ser aceptada por los demás y para gustarles a ellos. Planteaban que a través de la imagen corporal se consigue posibilidades de tener éxito en todos los ámbitos; de estudios, con los amigos, de ligar… y también para gustarse a una misma.

- *Porque hay que adelgazar… tiene que entrar la talla 36 porque si entra en la 36, para el mes que viene ya puede entrar en la 34, entonces mejor.*
- *Y para buscar aceptación. Porque es más fácil que sea una chica con un tipo fino, muchas veces lo tiene más fácil que una chica que tenga el culo grande.*

- *Creo que esta es una sociedad impuesta… estás delgada y guapa, bien, estás gorda y fea… mal. Y ya está, y de ahí no se sale. Delgada, puedes ser guapa, tener un trabajo… ahora, si eres gorda las cosas se complican, y ya desde la familia ves eso, y luego los anuncios, las modelos.*
- *Delante de las amigas, la mayoría de las veces… "Ay, pues yo lo como y lo vomito…, pues yo no como, yo escondo la comida…" todo mentira, porque estás viendo que no adelgazas, si no come tiene que adelgazar por narices.*
- *Las chicas más delgadas… siempre miramos el físico…, pero luego, en el futuro eso no sirve para nada.*

Respecto a las jóvenes que conocían con anorexia y bulimia en el inicio no lo viven como un problema pero de forma progresiva se produce una obsesión por la dieta, llegando a ser hospitalizadas, refiriéndose en todos los casos a chicas y no a chicos. El grupo relacionaba esta situación con quererse y respetarse poco a sí mismas y con aceptarse tal y como cada cual es. Los recursos de derivación que utilizarían son la consulta médica o alguna asociación. Respecto al tipo de dieta que hacen se basa en pinchos, dulces y comida rápida, lo que entra en total contradicción con hacer una dieta sana y con la presión respecto a la imagen corporal que viven.

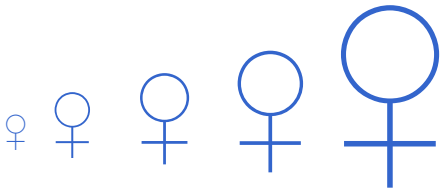
- *No una amiga mía pero sí conocida, que tuvo que estar ingresada en el hospital… tuvo que volver, recayó y… me parece una enfermedad que se empieza como… me tendría que quitar unos kilos, "ay, no, que estás tal…", pero luego poco a poco sí que lo vas pensando y te vas poniendo a dieta y "tengo que gustarle a este y al otro y al otro" y poco a poco llegas a esa enfermedad.*
- *Una amiga mía me dijo hace poco, "bueno, pues yo de vez en cuando, no me cuesta mucho vomitar" es como que le resulta cómodo al principio, de como lo que quiero y luego lo vomito porque no me cuesta nada empezar a vomitar. Yo le eché una bronca, porque "tú eres tonta, porque no controlas…", es una pena, llega un momento en estas enfermedades que no te quieres a ti misma. Y que dejas de respetar tu cuerpo y de respetarlo todo.*
- *Y además hay gente que no está a gusto con su cuerpo, y piensan que a lo mejor adelgazando, por ejemplo la anorexia hay veces, en muchas chicas que empiezan así, no me gusta mi cuerpo, a lo mejor adelgazando me gusta más. Pero siguen adelgazando y siguen sin estar contentas consigo mismas.*
- *Más que pinchos de tortilla, cosas de paquete… Bollycao, cosas de esas.*

- *Estamos condicionadas para estar como fideos y por otro lado nos ponen en las narices alimentos que nos engordan mucho.*

Sobre el Ejercicio Físico

El ejercicio físico lo valoraban de forma positiva, percibían diferencias entre chicos y chicas en cuanto al deporte que practican unos y otra y la educación que han recibido respecto a este tema. Ven más facilidades para que los chicos practiquen deporte (educación desde niños, deportes de grupo, más espacios, más motivación). Las chicas disponen de menos espacios para hacer deporte o no los conocen y no han recibido tanto refuerzo para practicarlo como los chicos, llevando una vida más sedentaria.

- *Yo cuando estaba en el colegio, algunos chicos querían jugar al fútbol y sólo había una cancha y entonces tenías que jugar con los chicos, y los chicos no nos dejaban.*
- *Yo de pequeña hice ballet y luego, lo dejé el ballet para danza clásica y luego me puse a hacer atletismo. De una cosa femenina a otra más masculina. Y también iban conmigo chicas a atletismo. El deportista tiene que ser el hombre, el fuerte, el veloz, es el ideal… y luego la chica la más débil, la más frágil, la que no puede… la mujer.*
- *El deporte no lo veo como algo para adelgazar, yo el poco deporte que hago lo hago por obligación en el instituto, o esquiar que me mola…*



Propuestas / Recomendaciones

Sobre Educación Sexual

1. Impulsar e implementar Programas de Educación Sexual con Jóvenes desde el ámbito escolar, familiar y comunitario de forma continuada y en el marco del Plan de Educación Afectivo Sexual de Asturias.
2. Acercar los recursos de información sobre sexualidad a la juventud: centros de planificación, oficinas de información y consulta joven.
3. Formación específica de los y las profesionales para que presten una atención de calidad adaptada a las necesidades de los y las jóvenes desde los diferentes recursos sociosanitarios de información y atención: centros de planificación familiar, atención primaria continuada, centros acreditados para la IVE y consulta joven.
4. Proporcionar información clara y accesible a los y las jóvenes sobre la píldora postcoital: utilización, dónde acudir, efectos y posibles riesgos.

Sobre la violencia

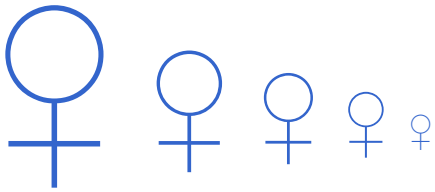
1. Impulsar e implementar programas de educación para la prevención de la violencia con jóvenes desde el ámbito escolar, familiar y comunitario y de forma continuada.
2. Potenciar y acercar a las jóvenes la información sobre recursos de asesoramiento y atención para las mujeres que sufren violencia.
3. Mejorar la calidad de los recursos socio sanitarios para propiciar una mayor confianza por parte de las mujeres en el momento de acudir para solicitar asesoramiento o apoyo en situaciones relacionadas con la violencia.

Sobre la Alimentación

1. Impulsar e implementar “Programas para promover una Alimentación Saludable” desde el ámbito escolar y familiar teniendo en cuenta aspectos como: la alimentación y la dieta adecuada en cada edad, autoestima e imagen corporal, autoestima e información sobre recursos de asesoramiento y atención.
2. Proporcionar información clara y accesible a la juventud sobre los recursos sociosanitarios que existen sobre asesoramiento e información en situaciones de trastornos alimentarios.

Sobre el Ejercicio Físico

1. Impulsar e implementar Programas de Ejercicio Físico desde la infancia y a lo largo de los diferentes ciclos educativos, teniendo en cuenta aspectos como la motivación y la dotación de recursos para que chicos y chicas practiquen deporte.



A modo de conclusión

Una vez finalizada la investigación, dejados atrás los esfuerzos añadidos para llevarla adelante en un medio poco favorable a la investigación en general, y a los métodos cualitativos en particular, nos preguntamos para qué ha servido este esfuerzo.

De una parte, este estudio ha supuesto un aprendizaje importante para las propias investigadoras: ha puesto palabras a los números de la investigación anterior (*La Salud de las Mujeres en Asturias*), nos ha acercado a la realidad de las propias mujeres, nos ha permitido contrastar nuestras percepciones con las suyas y nos ha empujado en ese proceso de cambiar nuestro método de análisis en exceso cuantitativo, y en ocasiones falsamente científico, por otro que incorpore también lo cualitativo, el por qué, el cómo ... método tan necesario en el reto de atender a los actuales problemas de salud que presentan un componente psico-social cada vez mayor.

Nos ha permitido, así mismo, comprender mejor cómo la variable género condiciona, al igual que otras como la clase social o la etnia, el estado de salud y bienestar o el desarrollo de la enfermedad de mujeres y hombres y, por tanto, cómo hay que incorporar esta variable a la hora del análisis de los problemas y la programación de actuaciones, si queremos que nuestras políticas de salud sean más efectivas, justas y saludables

De otra parte, esta investigación ofrece a los y las profesionales de la salud un documento de reflexión y discusión incorporando, también, la opinión de las mujeres; este documento podría contribuir a repensar el papel y las formas de atención del sistema sanitario.

Las autoridades sanitarias pueden encontrar en este documento una serie de propuestas de mejora, claras, definidas y realizables a corto plazo, que esperamos sean tenidas en cuenta en el desarrollo de su responsabilidad de mejorar y proteger la salud de la población.

A las mujeres asturianas, a través de sus asociaciones, esta investigación puede serles útil para favorecer la reflexión, el debate y la búsqueda de la participación activa en los procesos de planificación de políticas de promoción y protección de su salud y de atención a la enfermedad.

Por último, este documento sobre la salud de las mujeres desde las propias mujeres, es una contribución a la investigación científica en el campo de Género y Salud.

Las autoras