

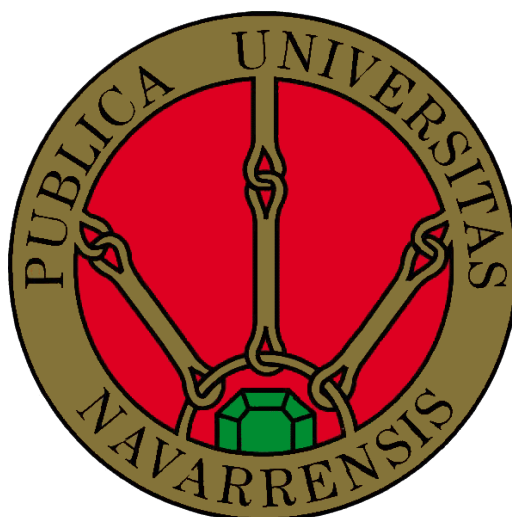
UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA/ NAFARROAKO UNIBERSITATEA PUBLIKOA

FACULTAD CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TESIS DOCTORAL

MALESTARES EN LAS MUJERES

**UNA APROXIMACION DESDE LA ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y LA TEORÍA
FEMINISTA**



MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR:

María Jesús Girona Magraner

Director

José María Uribe Oyarbide

Pamplona / Iruña, 2017

A las mujeres de mi vida:

Nuria.

Vicenta Ll.

Vicenta D.

Organización

Esta investigación se ha estructurado en cuatro partes y quiero en primer lugar aportar un hilo conductor que ayude a seguir la línea explicativa de esta tesis doctoral.

En la primera parte se incluye la *introducción* y la *contextualización* de la investigación, acompañada por un mapa que pretende aglutinar y explicar las desigualdades en salud y los malestares en las mujeres como los temas prioritarios.

Un segundo bloque se ha estructurado a su vez en tres partes denominadas *marcos*. El primero hace referencia al *marco etnográfico contextual*, que incluye un análisis cuantitativo de la temática a tratar. Tras él, un *marco teórico* que reflexiona y teoriza acerca de las cuestiones vinculadas a esta tesis; y por último el *marco de gestión* que completa los marcos anteriores con aquellas cuestiones que devienen de las estructuras, estas son las vinculadas con la perspectiva de género, la bioética, las políticas públicas y los derechos humanos.

En tercer lugar encontramos las *narrativas*, haciendo un recorrido etnográfico para acercar las realidades a través de las experiencias y vivencias personales. Estas trayectorias a su vez se han estructurado en tres apartados. Las *narrativas globales* que exponen las influencias que parten de las estructuras, como el caso del sistema sanitario; las *narrativas locales* que relatan las vivencias personales, como por ejemplo la cuestión de la identidad y los malestares; y en vinculación a ambas las *narrativas glocales*.

Para cerrar el hilo de la investigación se ha incorporado un cuarto apartado que muestra las conclusiones y retos a alcanzar tras las cuestiones, reflexiones y sugerencias suscitadas.

Y por último se finaliza con una compilación *bibliográfica y recursos electrónicos* que han sido esenciales para el desarrollo y formación tanto de la investigadora como de la investigación. Completándola con una serie de *anexos* muestran algunas de las acciones, como por ejemplo la transcripción de una de las entrevistas, así como ejemplos de talleres y formaciones que han sido piezas fundamentales en el desarrollo de esta tesis.

Agradecimientos

Iniciar esta parte de los agradecimientos se parece a ese momento en el que te dicen que por fin empieza a verse la luz al final del túnel. Una etapa profesional que ha estado impregnada de momentos duros, especialmente cuando se compagina con el trabajo, pero también gratificantes por los recorridos y experiencias que he ido adquiriendo a lo largo de estos casi cinco años.

Quiero empezar recordando y agradeciendo a todas las personas que participaron y me apoyaron en este camino de subidas y bajadas; ellas y ellos seguro se darán por aludidas y aludidos.

Agradecer a mis compañeras de trabajo su comprensión y apoyo cuando necesitaba días para dedicarle en profundidad a esta investigación, y con ellas, a todas las mujeres y organizaciones que formaron parte, a las que me cuidaron cuando tenía que viajar a sitios como Comunidad Valenciana, Cantabria, Asturias, Navarra, Murcia, Aragón, Extremadura, Gran Canarias, Islas Baleares, Madrid; A mis amigas de siempre por recordarme cada día que la sororidad es importantísima, y a todas las que no puedo nombrar pero siempre habéis estado ahí a mi lado, acompañándome entre abrazos, risas y vinos.

Una travesía con la que he tenido la suerte de recorrer con Txema, mi director, a quien me gustaría agradecer que aceptara acompañarme en esta investigación, un tema que por aquel entonces fue importante para mí; también por todo lo que he aprendido a su lado, intercambiando ideas, generando debates y reflexiones, y especialmente por la atención recibida cuando en el último proceso de la tesis tuve que marcharme a Madrid.

No puede faltar un gracias al cariño y apoyo recibido por Ann y David, quienes sin conocerme me abrieron su casa en Oakland altruistamente, acompañándome en toda mi aventura por la Universidad de Berkeley y mis viajes a Nueva York. Este estudio no sólo me regaló una estancia, también una familia en Estados Unidos y una experiencia inolvidable.

A mi familia, que me han alentado en el duro pero enriquecedor camino profesional, y que a pesar de encontrarse a quilómetros de distancia siempre estuvieron presentes. Con ella hacer una mención especial a mi abuelo, quien me regalaba (y lo sigue haciendo) momentos de relax cuando viajaba al pueblo e íbamos al campo a recoger verduras, o simplemente a sentarnos a escuchar los sonidos de la naturaleza mientras me preguntaba por mis estudios, sacándome risas cuando pensaba que este doctorado tenía un fin, ser médica.

A mi abuela, que desde su respetada creencia religiosa se aseguró que nunca faltaran velas en casa para desearme todo lo mejor. Y a mi abuelo/a materna que desde el azul del cielo siempre estuvieron presentes.

Al pequeño de edad, pero grande en estatura de la casa, por su incansable humor, haciéndome ver la vida de colores cuando el estrés, a veces, se apoderaba de mí. A mi padre, por ese don tan especial de transformar su amor en cuidados culinarios.

A mi compañero de vida, que respetó mis locuras, mis avatares y fue un apoyo incondicional en el transcurso y cierre de esta etapa. Y junto a él Miki, que desde que lo acogí fue el compañero fiel en mis ya incontables horas frente al ordenador.

No quiero terminar esta parte sin reiterar mi agradecimiento a mi madre, amiga y confidente, por su complicidad y por mostrarme día a día que no hay obstáculos que hagan a las mujeres rendirse. Un ejemplo de superación y fuerza que ha sido clave en mi vida.

A las mujeres no nos enseñaron a querernos, y esta investigación en parte trata también de eso, de quebrar estructuras para empezar a caminar desde la sororidad y el empoderamiento. Motivo por el que quiero cerrar este punto atreviéndome a romper esos moldes y agradecerme todo el trabajo personal y profesional realizado hasta ahora.

Y a todas las personas que poco a poco van transformando esta sociedad desde el feminismo y para la igualdad.

Acrónimos

AMS: Asamblea Mundial de la Salud.

APA: American Psychiatric Association

CEDAW: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

M.E.M: Malestares En Mujeres.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCA: Problemas del Comportamiento Alimentario.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La retórica de los títulos: otras formas de comunicar.

Tras la sabida importancia que tiene el índice semiótico como estructurador de las fases en las investigaciones, se incluye este punto para tratar de explicar el uso de la retórica de los títulos que conforman este trabajo.

Mi atrevimiento por hacer de esta parte una antropología que pincelara tonos de retórica y poética, es de alguna manera un acercamiento a cómo veo la realidad, y una herramienta diferente de explicar los malestares en las mujeres.

Ante la duda de si era oportuno dejarse llevar por este relato antropológico reflexioné sobre lo simbólico y la interpretación que le puede otorgar a esta tesis. Informantes, profesionales, libros o artículos forman parte de un conjunto de enseñanzas volcadas en palabras, generando comunicación y dotando de significado a todo el cuerpo de la investigación. Las formas en cómo nos comunicamos es también una vía para aproximarse a las intenciones de quien escribe. Otra forma de expresar y de ver las realidades.

En esta manera de titular soy consciente de mi apuesta arriesgada como investigadora, pero estas vías de informar me han permitido de alguna manera dirigir mis pensamientos y un acompañar mis reflexiones cuando me encontraba frente a un teclado.

La intención de la retórica que tiñe el índice del estudio pretende no solo jugar con la persuasión, sino sugerir otras formas de mostrar la idea principal con la intención de dotar de amplitud y sencillez la complejidad que alberga algunos puntos de esta investigación.

Para mi este formato de maneras de comunicar es ofrecer otra vía de leer antropología, y aproximarse de manera sugerente a quien está al otro lado de las palabras.

Cómo escribimos refleja la forma en cómo comunicamos, por tanto cómo somos. Aquí dejo un apartado que explica los porqués e invito ahora a disfrutar de las otras vías de observar y transmitir las vicisitudes de este estudio antropológico.

	-Página-
Organización	I
Agradecimientos.	II
Acrónimos.	IV
La retórica de los títulos.	V
Índice.	VI

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Presentación del tema.	-1-
---------------------------	-----

PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZANDO

CAPÍTULO 1: Entrando en materia

1.1 Introducción	-6-
1.2 Mapa de las Desigualdades (in) corpóreas.	-18-

CAPÍTULO 2: El método y la narración.

2.1 Estructuración metodológica.	-20-
2.2 Hacia una explicación metodológica.	-21-
2.3 Definiendo el análisis. ¿Qué y cómo lo quiero hacer?	-23-
2.4 Vaivenes: de la silla a la calle, de la calle a la silla.	-25-
2.5 Métodos y técnicas de investigación	-27-
2.6 La perspectiva de género: pieza fundamental del rompecabezas metodológico.	-49-
2.7 Mi yo en la investigación: la observadora observándose.	-51-
2.8 Límites de la investigación	-54-

SEGUNDA PARTE: LOS MARCOS

I. MARCO ETNOGRÁFICO CONTEXTUAL.

CAPÍTULO 3: La anamnesis de los datos estadísticos.

3.1 ¿Dónde están las mujeres?	-56-
-------------------------------	------

II. MARCO TEÓRICO.

Reseña del marco.	-75-
-------------------	------

CAPÍTULO 4: Una aproximación histórica a los malestares

4.1 El renacer del patrimonio histórico.	-76-
--	------

4.2 Movimiento de mujeres por la salud.	-81-
---	------

CAPÍTULO 5: La salud y la antropología en la era de las tecnologías científicas.

5.1 Reinventando un nuevo concepto de salud.	-82-
--	------

5.2 La otra salud. Enfrentamiento para un orden cultural en la era de la globalización.	-86-
---	------

CAPÍTULO 6: La (lo)cura de curar(lo)

6.1 La (des)politización de la patología.	-90-
---	------

6.2 La salud patógena.	-92-
------------------------	------

6.3 El PrePost como complemento de los malestares.	-95-
--	------

6.4 La perturbación de las enfermedades: paradigma médico por excelencia.	-97-
---	------

CAPÍTULO 7: Retablo de los Cuerpos.

7.1 Cuerpos antropológicos.	-101-
-----------------------------	-------

7.2 Cuerpos vehiculizados.	-105-
----------------------------	-------

7.3 Cuerpos eugenésicos.	-107-
--------------------------	-------

CAPÍTULO 8: La Cultura se hace con (in)salud.

8.1	De cómo la cultura crea la enfermedad.	-111-
8.2	O, de cómo la salud se hace en cultura.	-114-
8.3	Por tanto, ¿Es la normalidad médica la normalidad cultural?	-117-
8.4	La cultura crea identidad y la identidad transforma la cultura.	-120-
8.5	El malestar cultural: una cuestión del ethos social.	-122-

CAPÍTULO 9: Tormentas de identidad: entre la vacuidad o la aceptación.

9.1	La identidad antropológica.	-124-
9.2	Entre Traje Cultural & Traje Identitario.	-126-
9.3	Apostatar al cuerpo o la ética del <i>mens sana in corpore sano</i> .	-128-
9.4	Agentes Tecnopresores del sujeto.	-130-

CAPÍTULO 10: Mecanismos Sociales del desvivir.

10.1	Medios de Comunicación: si no lo veo no me enfermo.	-132-
10.2	Las <i>otras</i> Redes Sociales.	-135-
10.3	Entre el bienestar consumado y el malestar legítimo.	-136-

CAPÍTULO 11: Procesos vitales a la deriva: fenómeno M.E.M.

11.1	Por qué hablar del fenómeno M.E.M.	-139-
11.2	El eclipse de la menstruación.	-140-
a.	La nueva fobia social.	-140-
b.	El devenir menstruante para un sangrado obsoleto.	-143-
c.	Permisos menstruales y otras cuestiones en polémica.	-146-

11.3 Las supervivencias en el proceso menopáusico.	-149-
a. La colonización de la menopausia.	-149-
b. La creencia más difundida ¿negociamos?	-151-
c. ANDROpausia y MENopausia: una similitud indiferenciada.	-154-
11.4 La herida narcisista que alimenta los problemas alimentarios.	-157-
a. Significando lo incomprensible: Por qué hablar de Trastorno cuando se puede hablar de problema o variante alimentaria.	-157-
b. Rito y Símbolo alimentario.	-162-
c. La búsqueda del sentido en el desorden social.	-163-
III. MARCO DE GESTIÓN.	
Sobre Género. Bioética. Políticas Públicas y Derechos Humanos en los M.E.M.	
Reseña del marco.	-166-
CAPÍTULO 12: El género, a veces existe.	
12.1 Hacia un intento de definir el género <i>culturoológico</i>	-167-
12.2 La demanda escópica de la cultura en las desigualdades de género.	-170-
12.3 La hipertrofia de género como vía hacia la desvalorización universal.	-172-
CAPÍTULO 13: Fundamentos (Bio) Éticos del cuidado.	
13.1 ¿Por qué la Bio (ética) no cuida?	-176-
13.2 Un juego de doble moral.	-180-

CAPÍTULO 14: La implementación de las Políticas Públicas.

14.1 La salud pública como vocablo de buena salud -185-

14.2 El *postsanitarismo* como modelo antropológico para la transformación social. -187-

CAPÍTULO 15: Los derechos humanos de las mujeres. En paradero desconocido.

15.1 Razones para una antropología de la salud y los derechos humanos. -189-

15.2 El porqué de la iniquidad. -193-

15.3 Los Organismos Internacionales casi son lo que parecen. -195-

TERCERA PARTE

UN RECORRIDO POR LAS DIFERENTES NARRATIVAS.

Reseña a las diferentes narrativas -203-

I. Narrativas Globales.

CAPÍTULO 16: La salud como concepto autómatas.

16.1 Los *Estares salutogénicos*: entre la sumisión y la resistencia. -205-

16.2 Expropiando la salud bajo el concepto de naturalidad. -209-

CAPÍTULO 17: Una salud Femipatologizada.

17.1 Cuando la eugenesia sirve para desmitificar la sinrazón de las patologías. -215-

17.2 Un guiño a las residencias universitarias. -217-

CAPÍTULO 18: El corporativismo farmacéutico, un lugar inhóspito.

18.1 El fármaco: la solución (pasajera) de los malestares.	-221-
18.2 Inspirando a la locura.	-228-

CAPÍTULO 19: Hábitos (des) acompasados.

19.1 Hábitos culturales, tratamientos ¿culturales?	-235-
19.2 El protagonismo del deporte: espectáculos en el escenario de la desigualdad.	-243-

CAPÍTULO 20: Cuerpos hipocondríacos.

20.1 La enfermedad de los cuerpos	-247-
20.2 El engaño impuesto de las mujeres.	-250-

I. Narrativas Locales

Balance de lo global a lo local.	-254-
----------------------------------	-------

CAPÍTULO 21: Comprendiendo el fenómeno M.E.M.

21.1 M de Menstruación. Confusiones Menstruales ¿Proceso biológico o maltrato cíclico?	-255-
--	-------

a. La creación de un tecno-cuerpo antimenstruante.	-258-
--	-------

b. La vergüenza del género sangrante: rechazo o aceptación.	-261-
---	-------

c. <i>“La menstruación no se considera un derecho de la salud por ser una cuestión fisiológica.”</i>	-266-
--	-------

21.2 E de estados Alimentarios. Réquiem por un sueño.	-267-
---	-------

a. El con-sentido mundo de las adicciones. Comprendiendo lo inadmisible.	-267-
---	-------

b. El círculo del malestar como <i>modus operandi</i> .	-271-
---	-------

c. El vínculo materno-filial. Variable a considerar.	-274-
--	-------

21.3 M de Menopausia y su retórica.	-277-
a. La involución del útero y la (in) utilidad del sufrimiento.	-277-
b. El espejismo social cómplice en el desconocimiento de la menopausia.	-280-

CAPÍTULO 22: El contagio Durkheimiano como pretexto para los géneros discursivos.

22.1 Convivir en una sociedad de mundos desiguales.	-283-
22.2 Hombres que rezuman.	-284-
22.3 Mujeres que sollozan.	-289-

CAPÍTULO 23: Proyecto No Seas PRESA de la Talla.

23.1 ¿Qué provoco NSPT?	-293-
23.2 Modos que esconde el malestar.	-294-
23.3 La feminización de los malestares corporales.	-297-

II. Narrativas Globales

CAPÍTULO 24: La órbita cultural.

24.1 La cultura como facilitadora de los discursos.	-301-
24.2 Entre el dolor cultural y la molestia social.	-304-
24.3 La culpabilidad y la responsabilidad en el malestar de las mujeres.	-308-

CAPÍTULO 25: La identidad como determinante del malestar.

25.1 Personas encadenadas. El juego de las (de) construcciones.	-311-
25.2 Los tres pilares de la catarsis identitaria.	-314-
25.3 El caso del acoso escolar.	-318-

CAPÍTULO 26: La cuestión del género.

26.1 El género (des) ocupa.	-321-
26.2 Estereotipos genéricos.	-323-
26.3 La dificultad de ser mujer en la vida cotidiana.	-326-
26.4 La “política de estar” como reconocimiento de los cuerpos.	-330-

CAPÍTULO 27: Los no derechos y sus discriminaciones.

27.1 La usurpación de algunos derechos: empleo, IVE y maternidad.	-332-
27.2 Cuando el trabajo remunerado discrimina.	-334-
27.3 Una ayuda (per) vertida. Métodos anticonceptivos: ¿prisión o libertad?	-337-
27.4 La presencia de la maternidad y la supervivencia social.	-340-

III. Narrativas para una nueva síntesis

CAPÍTULO 28: La coincidencia anhelada.

28.1 Educación en los avatares más imprecisos: ¿individualismo o colectivismo?	-344-
--	-------

CUARTA PARTE

RETOS PARA UNA SOCIEDAD ECLÉCTICA.

CAPÍTULO 29: Una labor inconclusa.

29.1 ¿Hacia dónde debe virar la salud?	-352-
29.2 El olvido de la perspectiva de género.	-354-
29.3 El vislumbrar de una nueva eclosión.	-356-

BIBLIOGRAFÍA -359-

RECURSOS ELECTRÓNICOS -378-

ANEXOS -381-

DESDE UN COMPROMISO PERSONAL PARA UN COMPROMISO POLÍTICO

Todo empezó en mi intención de querer aprovechar el trabajo de investigación de final de máster para la Tesis Doctoral. Mis años de enfermera en hospitales y clínicas reafirmaron la pronta necesidad de sacar a la luz el sufrimiento silenciado de las mujeres, en confluencia con las técnicas invasivas y los mecanismos ortodoxos de los que se alimenta la medicina.

A lo largo de estos años de investigación dedicada a las escuchas y palabras que tanto protagonistas como libros me regalaron, surgió mi necesidad de entender la salud como un estado más allá de lo individual, desde el enfoque antropológico y feminista.

Han sido muchas mujeres las que me han guiado en esta inquietud, no sólo en términos académicos, también personales. En la valentía de poner en papel las presiones sociales del cuerpo perfecto recibidas en la adolescencia y su trascendencia a lo largo de los años, tuvo gran parte de “culpa” M^a Luz Esteban cuando me choqué con su estudio autobiográfico en la biblioteca de filosofía y letras de la Universidad de Granada, donde por aquel entonces iniciaba el estudio de una antropología desconocida para mí.

Aprender a observarse fue una de las mayores enseñanzas. También a transmitirlo sin sentimiento de culpa o deslealtad hacia una misma. A fin de cuentas, uno de los núcleos centrales de los malestares es eso: la búsqueda constante de soluciones a problemas que llevan implícito el adjetivo y la carga de culpabilidad y victimización.

Fue en esa construcción de mi identidad hacia la des-normalización de lo normativizado lo que reconfiguró un yo más subversivo; una yo separada de las directrices e imposiciones desarrollando el espíritu crítico hacia las actitudes más constreñidas y sostenidas en el tiempo.

Resurgieron en ese primer encuentro multitud de interrogantes que no llegaba a entender. Abrir este abanico de dudas permitió ver que no estaba sola por el camino; otras muchas estaban en ese caos corporal del que a veces es difícil salir: los malestares en su más alta representación social, la de la invisibilidad.

Frente a ellos aparecía otro de los grandes componentes en trato con las mujeres: el sistema sanitario como desencadenante y opresor. De ahí surgió la oportunidad de reconceptualizar la salud y reflexionar sobre la cuestión de expropiar al sistema sanitario del control que ostenta ante las decisiones de las mujeres, especialmente cuando se le une la materialización de capital y cuerpo.

Es precisamente por todo lo que impregna esta investigación que no quisiera que fuese un estudio para la supervivencia académica, sino para la pervivencia de un estudio antropológico, de salud, género y derechos humanos.

Pero esta tesis no sólo nace como profesional, también como mujer, como necesidad, como reflexión y como cuestionamiento, con el fin de ofrecer líneas que ayuden a ampliar los horizontes para la mejora de los sistemas y las políticas sanitarias.

Una investigación que refleja las vivencias, experiencias y sentimientos de mujeres y hombres que han pasado a lo largo de estos años en forma de entrevistas o grupos de discusión, pero especialmente la larga trayectoria de voluntariado y activismo en organizaciones feministas como el caso de la Federación Mujeres Jóvenes¹ y las más especializadas como AVALCAB² (Asociación Valenciana de Lucha Contra Anorexia y Bulimia); también se ve retratada mi implicación por la defensa de los derechos humanos en el equipo de mujeres del Secretariado Estatal de Amnistía Internacional.

Con ello he tenido la oportunidad de representar y trabajar en organizaciones como El Consejo de la Juventud de España³, el Consejo de Participación de la Mujer, La Plataforma CEDAW-Sombra⁴ o participar en actos organizados por ONU-Mujeres, permitiéndome llevar la tesis a todos los estratos sociales y ampliar la mirada de las desigualdades no solo estatales, sino mundiales, apostando por una investigación que recogiera no sólo el compromiso de la defensa de nuestros derechos humanos sino también que propiciará un cambio para el reconocimiento y compromiso político.

¹ Enlace a la información: <http://mujeresjovenes.org/>

² Enlace a la información: <http://www.avalcab.org/>

³ Enlace a la información: <http://www.cje.org/es/>

⁴ Enlace a la información: <https://cedawsombraesp.wordpress.com/>

Un conjunto de sentimientos que me han permitido de forma intencionada, claro está, entrar como dice el título de uno de los libros de Virginia Woolf, *En la habitación propia* de cada persona.

Quisiera exponer que hacer una tesis sin ayuda económica fue otra de las experiencias en este camino de vivir y desvivir, y que ha supuesto en cierta manera un reencuentro conmigo misma en el sentido de tener que hacer frente al proceso creativo y constructivo del gozo de escribir.

Un estudio que nació de forma ambiciosa y a la par humilde. Un trabajo que ha pretendido renacer teorías, resucitar realidades y abrir las fronteras para entender nuestros cuerpos como territorios propios.

Una implicación más allá de la academicista

En el abanico de situaciones y procesos catalogados como patológicas, aún con la incertidumbre de serlo, decidí centrarme en aquellos aspectos vitales por los que pasan las mujeres en todo su desarrollo vital como son la menstruación y la menopausia.

En la profundización de la lectura y en mis años de profesional encontré un enlace común a los problemas alimentarios, como era la cuestión de la feminidad, de los procesos identitarios y el uso de los cuerpos, por lo que intenté tejer un itinerario transversal a ellas, reflexionadas en un inicio desde la lectura de Betty Friedan, en su obra *El malestar que no tiene nombre*, (1963).

En este inicio de desorden de ideas sobre cómo ponía en práctica una tesis que cada vez se hacía más extensa según avanzaba, empecé a desgranar en una hoja en blanco preguntas que me darían las pistas para delimitar mi objetivo principal.

Si bien es cierto que en un principio pretendía dirigirse a las mujeres, la evolución de la misma llevo hacer partícipes no sólo a los hombres sino también a entender la complejidad corporal desde las identidades, las sexualidades y la diversidad

Todo ello fue el punto para trazar los siguientes interrogantes: ¿Por qué aumenta el índice de depresiones y ansiedades en mujeres? ¿Por qué los problemas alimentarios ascienden gravemente en las adolescentes? ¿Es una situación patológica o un problema alimentario promovido, en parte, por las condiciones sociales? ¿Qué intereses esconde la medicina para que no haya una adecuada intervención en temas que precisan de mayor intervención bio-psico.-social? ¿Por qué hay tan pocas autoras que hablan de éstos temas? ¿Por qué no hay hombres que cuestionan estas desigualdades en materia de género y salud? ¿Cómo afectan los procesos de salud en la construcción identitaria? ¿Si la salud es una cuestión político-social, es también de género?

Estas y otras cuestiones son las que han emergido a lo largo de estos años de estudio, y aún con su complejidad han sido indispensables para explicar y definir las divergencias y convergencias de las desigualdades entre hombres y mujeres.

Desde la crítica antropológica y feminista se pretende poner en evidencia las desigualdades sanitarias a través de la deconstrucción de discursos culturales; ello sirviendo como advertencia y correctivo a quienes mantienen la estructura social desde la visión racional-científica, perpetuando la sumisión de lo femenino frente a lo dominante, lo masculino. Es decir la fundamentación desde la naturaleza y la genética como justificantes del marco de las desigualdades.

Si todo se sustenta bajo la relación desigual creada por la teoría de la diferencia centrada en la naturaleza y la genética, no hay cabida para concebir estas cuestiones como derechos políticos que merezcan de otro tipo de reflexiones, haciendo que la ciencia basada en los sexos, es decir en los binarismos médicos, se entienda como unidad propia, propiciando que la práctica tenga efectos directos en la vida de las personas y reforzando la reproducción de las desigualdades sociales.

Lo dicho aquí tiene la intención de dejar sugeridas cuestiones y reflexiones de un paisaje poco habitado y al que invito a hacer un recorrido crítico que permita abrir el pensamiento de la desigualdad de la salud y del feminismo para lograr una transformación de pensamientos no sólo teóricos, también prácticos, y muy especialmente políticos.

PRIMERA PARTE

CONTEXTUALIZANDO

CAPÍTULO 1: ENTRANDO EN MATERIA

1.1 INTRODUCCIÓN

“En consecuencia, la mayoría de los sistemas tradicionales de atención de salud resultan cada vez más complejos y costosos y de dudosa eficacia social, deformados por las imposiciones de la tecnología médica y por los esfuerzos mal orientados de una industria que facilita a la sociedad bienes de consumo de carácter médico. Aun algunos de los países más prósperos han acabado por advertir la disparidad existente entre los elevados costos de la asistencia y los escasos beneficios para la salud que reportan esos sistemas.”

(Punto 6, Declaración Alma-Ata, 1978)

A lo largo del trabajo se ha reparado en una serie de adagios, entendidos como secuencia de fenómenos de difícil identificación, para expresar la importancia que adquiere esta tesis no sólo por los conocimientos que de ella pueden emanar sino por las diferentes experiencias que han estructurado este estudio, y que muestran la intención de una aproximación al origen y comprensión de los malestares.

Siguiendo con la metáfora del adagio, estos estares han permanecido ocultos pero repitiéndose a lo largo de la historia de forma invariable o, dicho de otra manera, este fenómeno de los malestares en las mujeres no es nuevo pero ha sido invisibilizado en sus pasos por el tiempo.

Frente al ocultismo, se muestra porqué hablamos de problemas del comportamiento alimentario (PCA) y no de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA); la apuesta por los permisos menstruales, la defensa del cuerpo como sujeto político y la resignificación de los derechos sanitarios enfatizando a las mujeres como titulares de derecho, así como su implicación en las políticas públicas.

Explicar la salud escapando a la base positivista como elemento para entender la realidad, requiere del prisma antropológico y feminista. Para ello y en el arranque de esta introducción cabe preguntar ¿Qué es la salud y la enfermedad? ¿Qué determinantes

son los que constituyen el concepto? ¿Es un reducto terminológico marcado por la norma médica de manera generalizada? ¿Estamos ante una amalgama de causas que la determinan? ¿Es la enfermedad la antítesis de la salud? ¿Qué lugar ocupan la cultura, la identidad, el género, la edad, entre otras variables? ¿Por qué hablamos de estares y no de enfermedades? Y las mujeres ¿qué lugar ocupan? ¿Tienen los hombres algo que decir? Veamos.

El fenómeno M.E.M: Los Malestares En las Mujeres.

“Anteriormente parecía que la vida estaba atrapada en el interior de un proceso natural inamovible. La medicina se proponía entonces frenar, o curar, las anormalidades, es decir, intentaba restablecer la norma vital natural. Pero para los nuevos conocimientos biomédicos, estas normas aparecen abiertas a la modificación y a la alteración.” (Vásquez, 2012: 18)

Hace tiempo que viene escribiéndose sobre cómo las mujeres han hecho historia en la medicina. Autoras como Carmen Valls, Mari Luz Esteban, Mabel Gracia o Margaret Lock, entre otras, han contribuido a la visibilización de las desigualdades en materia de salud y género, pero los esfuerzos aún hoy son escasos ¿Por qué?

Una de las causas de que estas investigaciones no hayan sido tratadas con suficiente fuerza es que han quedado marcadas por el reduccionismo teórico. Los intereses de las corporaciones farmacéuticas y las investigaciones de la medicina alopática con su estatus totémico han evitado que los conocimientos de las mujeres se elevaran a las agendas políticas, y transformaran la vida y la salud de la ciudadanía.

Hacer un análisis de cómo la salud aplicada de las mujeres ha quedado oculta por la misoginia de la ciencia implica afirmar que la salud tiene género, su funcionalidad e implementación se ve configurada por un mundo etnocéntrico y patriarcal.

Las mujeres en la investigación continúan siendo una minoría, y no se evidencia que espontáneamente se progrese hacia una menor segregación de género (García-Calvente et al., 2015: 2)

A lo largo de este trabajo hablaremos de conceptos como enfermedad, estares, cuerpos, cultura, identidad, género, feminismo, patriarcado, desigualdad sanitaria y derechos humanos de la forma más abierta y respetuosa posible y salvaremos las aportaciones del discurso científico sin por ello eludir el abordaje de la opresión que sufren desde la ciencia, y que arrastra, desde otro plano, a los hombres.

Por ello, este trabajo no permitirá afirmaciones tales como que es un estudio por y para las mujeres, puesto que no se habla de los *malestares de las mujeres* en tanto que no son problemas exclusivos de las mismas, sino de *los malestares en las mujeres*.

Se pretende revelar cómo son tratadas en un mundo de dogmas biomédicos donde el poder dominante lo gestan los hombres, donde los malestares aparecen por el hecho de ser mujeres, y en donde un problema se convierte en enfermedad en beneficio de agentes externos, como la medicina alopática y la industria farmacéutica.

De hecho, la delgada línea entre lo salutífero y lo enfermizo es tan sutil como indeterminada lo que hace que muchas veces se desvirtúen estos términos. Concebirlos desde la base médica hace que la referencia a los estratos sociales y a los estilos de vida se tengan en poca consideración a la hora de construir y operacionalizar los indicadores de morbimortalidad y el nexo de unión respecto a sus causas originarias.

Atender a este camino de crítica a la lógica racional-empírica y la psicologización de la realidad que implica, ayudará espero, a la investigación biomédica ya que es necesario reflexionar sobre diferentes ópticas como pueda ser el de la influencia de la cultura, el género y los derechos humanos.

La expresión antropológica como fuente de entendimiento de la realidad cotidiana.

La antropología social trabaja sobre la significación y la gestión del significado como disciplina, además de intentar entender a la persona en su contexto multicausal, cuya finalidad en lo que aquí refiere, es explicar el concepto de salud y enfermedad desde un marco capaz de combinar lo biomédico y lo social.

La organización y estructuración antropológica buscan interpretar en el juego de realidades, los aspectos circunstanciales, coyunturales, singulares y plurales que expliquen el paradigma sociomédico de los malestares en las mujeres.

Esta visión, ayudará a comprender el continuum salud-enfermedad y su falsa dicotomización. Romper con este modelo provocará un mayor entendimiento en los comportamientos y hábitos adquiridos de la población, aun habiendo riesgo y situaciones de vulnerabilidad que dañen y deterioren el estado salúfero de las personas.

“La antropología, de hecho, debe ser vista en la atención dedicada a la salud y la prevención de la enfermedad, no como signo de una simple retirada en los intereses personales, sino como un ejercicio de reapropiación del destino, el control sobre los determinantes biológicos y sociales que causan las enfermedades” (Massé, 2001:16)⁵

Hacer antropología es una forma de escuchar el mundo en su dimensión multiforme y pluridimensional para actualizar el conocimiento y el discurso social sobre la realidad a investigar. Si se hace desde la óptica del género se atenderá además a las experiencias, pensamientos y cuestiones que posibilitarán entender los valores, prioridades y sus porqués de las mujeres y los hombres.

La representación social y el constructo identitario: raíces del estado en cuestión

La representación social de la salud, al margen de la definición de la Organización Mundial de la Salud⁶, condensa una serie de sistemas que dependen de la interacción individuo-sociedad.

Cuestiones como valores, normas, hábitos y conductas, acentúan las formas y los roles que acompañan a la aparición de los malestares sociales. Es por eso que la gestión de la salud no debe servirse exclusivamente del paradigma médico oficial, sino que debe tener su anclaje en los bio-estratos sociales, es decir, estilos de vida, conductas y

⁵ Todas las traducciones elaboradas por la autora se identificarán, ahora en adelante, como TP (Traducción Propia).

⁶ En adelante, OMS

pensamientos individuales, así como la interacción con el grupo.

Al concebir esto desde las representaciones sociales y las formas en cómo se construyen las identidades, paralelamente se estará atendiendo al *corpus ontológico*, como forma de dejar de pensar en un cuerpo moldeado como bloque corporal, y verlo como cuerpo fragmentado, compuesto por un conglomerado de subjetividades.

“Como se verá el conocimiento del cuerpo nunca es entero y absoluto, sino modal y fraccionado, y la forma del discurso que mejor comporta tal saber es la de un corpus, precisamente, una cartografía, un inventario de las zonas del cuerpo que brinda un conjunto de acercamientos” (Vásquez, 2012:1)

Considerar por tanto el *corpus ontológico* en la definición de identidad y representación social, es un paso fundamental para superar las barreras terminológicas impuestas por la propia ciencia, y por ende descatalogar el uso del poder que hace la ciencia hacia el control de los cuerpos, especialmente los de las mujeres.

Bajo esta visión paradigmática es posible explicar y acceder a la representación mental, individual y a las experiencias dentro de las diferentes etapas y coyunturas por las que transitan las personas. Pero si sucumbimos, tal y como se ha estado haciendo, a la norma médica se cae en el error de expropiar los quehaceres sociales al propio individuo; es decir, la explicación causa-efecto⁷ adquiere un tinte racional que no substancial y la interpretación de la realidad y el rito simbólico que la acompaña quedan en un vacío carente de sentido. Dato y significado se ven enfrentados. El rigor reconocible se destaca invalidando al síntoma inefable.

El fundamento al que se pretende llegar aquí es que se atienda a la identidad, al contexto socio-histórico, a las experiencias particulares, a las representaciones y construcciones de género como ejes del corpus del sujeto, donde la apelación del método científico no sea motivo suficiente para no dejar espacio a otras disciplinas para una intervención óptima y multidisciplinar.

⁷ Pongamos un ejemplo. Cuando en la menstruación se tiene dolor recurrente (causa), aunque el origen del mismo no se sepa con seguridad, sí encontramos una causa dominante, el dolor. En medicina cuando el dolor acompaña a una problema de manera (cuasi) directa, se convierte en una enfermedad (efecto). De la misma manera hablaríamos de los procesos menopáusicos o de los problemas alimentarios.

Parafraseando a Valls-Llobet (2006), aún hoy hace falta construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género. Para ello se debe romper con los estereotipos y roles condicionantes, y poner sobre la mesa su unilateralidad para un diagnóstico diferencial correcto entre mujeres y hombres.

El vínculo dialéctico entre mundo médico y social, debe ser creativo y yuxtapuesto, fomentando una simbiosis que ayude a entender y construir la realidad en función de las personas con las que intervenir.

¿Por qué hablamos de malestares y/o problemas y no de enfermedades?

A pesar de que son menstruación, menopausia y trastornos alimentarios, enfermedades dictadas por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) publicado por la American Psychiatric Association (APA), puesto en práctica por la medicina convencional y apoyada por las corporaciones farmacéuticas ¿por qué esta tesis incide en el concepto de malestar?

Analizar los malestares en las mujeres es hacer visibles las diferencias biológicas y diagnósticas. Hablamos de igual manera del tratamiento que ha recibido la cuestión del género, implementado insuficientemente diagnósticos y experimentación sobre las mujeres en las investigaciones y generando que su escasez sea un oportunismo de las grandes corporaciones médicas que no quieren atender a las realidades sociales.

A modo de ejemplo, ya en el año 1963 Betty Friedan, ganadora del premio Pulitzer por su libro *La Mística de la Feminidad*, hablaba del silenciamiento y del malestar de las mujeres amas de casa, mujeres que vivían en soledad y rodeadas de violencia social y simbólica, con graves problemas de ansiedad y depresión, y otros cuadros médicos etiquetados como *enfermedades de mujeres* o si se quiere *enfermedades femeninas*.

El silenciamiento de estos estares sociales no es un término novedoso, puesto que desde entonces ya se hablaba de ello, aunque bien es cierto que fue en los ochenta cuando se empezó a dar importancia a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que posteriormente se acuñaría como el complejo bio-psico-social.

Siguiendo este hilo explicativo, los malestares serían vistos como los procesos de socialización de las enfermedades que dotan de significado y significancia a los síntomas propios de comportamientos derivados de una afectación fisiológica y psicológica, y que a su vez, son producto de las influencias del sistema social.

Además de eso, lo que esta tesis añade, es que no sólo el entramado de los símbolos explicaría los malestares, sino que el estudio del conjunto de las diferencias biológicas de hombres y mujeres, así como las discriminaciones vividas por razón de género serían otros de los puntos a tener en cuenta en esta aproximación hacia el entendimiento de los malestares en las mujeres, y por consiguiente, de los hombres.

Esta investigación, aún a sabiendas de la dificultad que se supone, quiere desmontar la vieja política sanitaria que regula y legitima enfermedades imaginadas (Anderson, 1993), enfermedades construidas por razón de sexo y de género.

La vieja epidemia sociomédica latente en pleno siglo XXI.

Cuando la vieja política sanitaria sigue siendo una novedad, significa que no hay suficientes motivos, ni prevalecen intereses económicos importantes, como para que sea un fenómeno a estudiar.

Esta explosión, y a la vez silenciamiento del fenómeno, se debe a una catarsis de imposiciones de género que siguen jugando un papel frente a las decisiones de la medicina alopática, las corporaciones y los medios de comunicación, como parte inalienable en el desarrollo de la vieja/nueva epidemia de medicalización del siglo XXI.

Por esta y otras razones abordamos, nuevamente, el control que tiene la medicina y la ciencia hacia los cuerpos de las mujeres en todos los procesos vitales, pretendiendo resurgir y (re)visibilizar los cuerpos que están siendo utilizados como instrumentos de las políticas y de los Estados.

Por dar un ejemplo, podemos mostrar el caso de la menstruación. Fue en el siglo XX cuando se iniciaron los primeros estudios del ciclo menstrual y las hormonas hipofisarias, cuyo objetivo y fin fue desarrollar lo que hoy conocemos como

anticonceptivos hormonales; trabajos que sirvieron para empezar a investigar acerca de la posibilidad de obtener un tratamiento que pudiera erradicar la menstruación, iniciándose en julio de 2007⁸ en Estados Unidos, y entrando en vigor en España en julio del 2009⁹. Aún hoy la falta de investigaciones médicas para conocer ampliamente las consecuencias de los métodos anticonceptivos en la salud es una constante.

Por seguir con las ejemplificaciones, y siguiendo las explicaciones de Valls-Llobet (2006), el cuerpo está preparado biológicamente para concebir y producir el anidamiento¹⁰. Desde esta explicación basada en la biológica corporal explica como los dolores que presentan muchas mujeres subyacen fuera de los parámetros normales, indicando problemas de salud relacionados con la nutrición o el estrés físico.

“Para el sufrimiento humano hay una razón; Tal vez la razón no se ha encontrado porque las preguntas correctas no han sido preguntadas, o no se ha presionado lo suficiente. No acepto la respuesta de que no hay problemas porque las mujeres estadounidenses tienen lujos, que en otros tiempos y tierras nunca soñaron, pues parte de la extraña novedad del problema es que no se puede entender en términos de los problemas materiales propios de la vejez del hombre: la pobreza, la enfermedad, el hambre, frío. Las mujeres que sufren este problema tienen un hambre que los alimentos no pueden llenar” (Friedan, 1963: 6)¹¹

La menstruación, la vejez, la menopausia, la insatisfacción personal, los modelos de belleza o la maternidad son mal/bien estares en las mujeres que muestran como los procesos vitales tienen un origen social y cultural. El problema viene cuando estos argumentos se aproximan al determinismo biologicista de quien los confunde con enfermedades, sin atender a la razón social.

⁸ El primer anticonceptivo hormonal en salir al mercado fue Lybrel, un fármaco que debe ser tomado ininterrumpidamente y la segunda fue Seasonale que propone tener cuatro reglas al año, una por cada estación.

⁹ Esta píldora fue aprobada por la Agencia Española del Medicamento.

¹⁰ Quisiera aclarar que esta afirmación no supone en absoluto la obligatoriedad de las mujeres a cumplir con el rol de madre. La afirmación que sostiene esta tesis, desde la base de la propia biología de las personas, es la de explicar la importancia que tiene el control y la tecnificación de los cuerpos, sobre todo en las mujeres, como forma de experimentar y tratarlas como objeto para el lucro de las grandes corporaciones médicas.

¹¹ TP.

Por tanto hablaríamos de malestar como el sufrimiento que se padece en silencio, aquel que no puede ser expresado en palabras y que se encasilla en un estado anímico diagnosticado como enfermedad mental sin causa orgánica demostrable, condicionando la forma de vida cotidiana.

Cuerpos que viven en cultura: los estilos de vida

Para hablar de cultura hay que hablar de estilos de vida, y viceversa. Cuando hablamos de estares, hablamos de hechos con una particular la estructura y con un significado propio e individual. La cultura es capaz de determinar los estilos que adoptan las personas, así como de evaluar si esos comportamientos son percibidos en la sociedad como buenos o malos.

Por eso es indispensable entender que los cuerpos forman parte de las estructuras culturales, y en ellas encuentran fórmulas identitarias. Formas de expresión *sine qua non* en el devenir de los malestares más inhóspitos; los cuerpos, tratados desde la cultura y sus construcciones de identidad poseen tantas formas de expresión como modelos adoptados para el vivir en sociedad.

“Este tipo de publicidad sugiere que tomar la píldora es más un estilo de vida que una decisión médica. Pero, incluso antes de que los anticonceptivos de ciclo extendido llegaran al mercado, algunas empresas tuvieron en cuenta las actitudes y los sentimientos de las mujeres” (Boothby, 2013)¹²

Definir este concepto de estilos de vida pone en cuestión por qué se adoptan una serie de hábitos y no otros, así como los determinantes e imposiciones que los condicionan. Hablar de estilos de vida no es únicamente hablar de productividad en salud, también es hablar de las formas culinarias y alimentarias, de emociones, actitudes o pensamientos, todos ellos factores indispensables en la definición de situaciones, generando así una tensión entre las (im) posibilidades que ofrece la cotidianeidad y las maneras en cómo se afrontan.

¹² TP. Artículo publicado en: <http://www.healthline.com/health-news/policy-women-want-greater-control-over-menstrual-cycles-051413#1>

Por eso es interesante señalar cómo estas dificultades no ocurren solo en las mujeres sino también en los hombres. La identidad de lo femenino adquiere tintes discriminatorios cuando la medicina no apuesta por las desidentificaciones corporales. La menstruación no es exclusiva de mujeres, en tanto que hay hombres que menstrúan (personas transexuales) o mujeres que quieren dejar de menstruar. El género y la sexualidad tienen una relación con lo corpóreo, incluso más que con lo biológico.

Un estilo de vida va más allá de adoptar determinadas actitudes basadas en la alimentación y el ejercicio físico. Un estilo de vida afecta a todo lo que construye la identidad. Desde esa óptica podemos decir que, a ojos de la sociedad, lo que entendemos por un malestar, como el caso de personas transexuales que deciden someterse a una intervención, puede ser su bienestar, el hecho de poder menstruar y sentirse en un cuerpo acorde a su vivencia y experiencia.

La cuestión por tanto es mostrar que los mal/bien estares no son criticados porque las actuaciones vienen determinadas por lo que el propio sujeto quiere hacer con su cuerpo, sino ver en qué manera la ciencia no los permite a menos que sea en beneficio propio, o que imponga una serie de estilos e intervenciones alejadas de las experiencias y necesidades personales.

Hablar de cómo la cultura legitima los estilos de vida, es hacer referencia a cómo la construcción cultural no se articula con la construcción de la identidad. Razón que explica porque no hablamos de los malestares de las mujeres, sino en las mujeres.

Apostatar del cuerpo desde un modelo médico pro común

Partiendo de la crítica hacia el fundamentalismo médico dicotómico de enfermedad y salud, se muestra la necesidad de un equilibrio consustancial teórico en el que introducir el debate filosófico de la ética de la razón y la ética pragmática. Un marco donde entran en juego conceptos como identidad, género y derechos humanos como herramientas de socialización y creación de nuevas políticas sanitarias.

La senectud y la juventud, la menopausia y la menstruación, los estares alimentarios y el cuerpo, comparten una serie de lineamientos en cómo lo biológico y lo

cultural determinan los procesos de salud y enfermedad, condicionando la salud de las mujeres y haciendo una crítica a las prácticas y usos que se hacen desde la biotecnología, y mostrando que las políticas públicas y los organismos internacionales juegan un papel decisivo ante las vulneraciones de derechos que perpetúan los M.E.M.

“Lo corporal, en tanto realidad iatromecánica aparece como el primer vínculo del sujeto consigo mismo y es en dicho carácter donde se objetivan las nociones de salud y enfermedad.” (Robledo, 2014:124)

Esta visión antropológica desde la perspectiva de género es necesaria si se pretende poner sobre la mesa la afectación de los derechos, y de qué manera la ciencia ha olvidado las cuestiones de género provocando que los procesos de enculturación de una sociedad estructurada desde la figura masculina, mantenga a las mujeres en un estado de vulnerabilidad y desigualdad socio-sanitaria.

“El modelo biomédico preponderante en la actualidad, basado en la fisiopatología, explica la enfermedad como un trastorno anatomofisiológico ligado, por tanto, a la biología (...) La enfermedad queda definida por síntomas y signos objetivos correlacionables con un trastorno orgánico desembocando en un tratamiento farmacológico o quirúrgico cuya eficacia se basa en la acción directa sobre los procesos biológicos. El producto que marcó la era bajo este paradigma es el DSM (Diagnostical and Statistical Manual de la American Psychiatric Association), sistema de clasificación de las enfermedades mentales según criterios estadísticos de presentación de síntomas y signos. Enfermedades definidas por sus síntomas para ser tratadas por el correspondiente fármaco.” (Velasco, 2006:30)

Los modelos monistas de la medicina biologicista encasillan las enfermedades que no tienen un buen diagnóstico dentro del propio DSM, lo que ocasiona la aparición de síndromes somáticos, solapándose diagnósticos médicos y haciendo que algunas de las enfermedades se encuentren en medio de la confusión diagnóstica.

Establecer un modelo pro común permitirá la sostenibilidad de los derechos humanos, en tanto que la medicina no giraría solo sobre el control y la tecnologización, ni las intervenciones provendrían de dictámenes culturales y sociales generalizados, sino que se potenciaría un modelo basado en las experiencias individuales y colectivas.

Un modelo que apostate del cuerpo encapsulado por lo médico y posibilite la expansión corpórea en unión con la construcción de identidad y el vivir de las sexualidades.

El presente, el pasado, los contextos, el conocimiento acerca de la menstruación, menopausia, problemas alimentarios, los cuerpos, los derechos humanos o las cuestiones relacionadas con el género y las sexualidades, dibujan un escenario vital en donde poder profundizar en el campo de la salud y la enfermedad.

El desarrollo de un pensamiento crítico, distanciado de la omnipresencia de la biomedicina y la dominación de prácticas sanitarias así como crítico en la generalización de diagnósticos médicos y sociales, llevaría a sumergirse en un tema de debate continuo, profundo y reflexivo donde están en juego valores como los derechos humanos, la conciencia ética y moral de lo biomédico y las representaciones sociales e identitarias.

1.2 MAPA DE LAS DESIGUALDADES (IN) CORPÓREAS

La grafica o mapa que a continuación se muestra pretende ofrecer de manera resumida el modo de operar de la medicina en la construcción del malestar, teniendo como base el parámetro de la corporalidad y cómo este afecta al proceso de la identidad. Su carácter de guía deriva de la generalización existente en el imaginario social.

Desde la bidimensionalidad de los cuerpos, el automático y el profundo, se establece una conexión con las interpretaciones corporales y sus identidades. Si bien todas las interpretaciones están conectadas, existe una relación más fuerte con unas que con otras.

Así pues el cuerpo automático tendrá una relación directa con la identidad corporal marcada por el poder de lo simbólico y la identidad objetiva dominada por la razón, a la que hemos denominado cuerpo material.

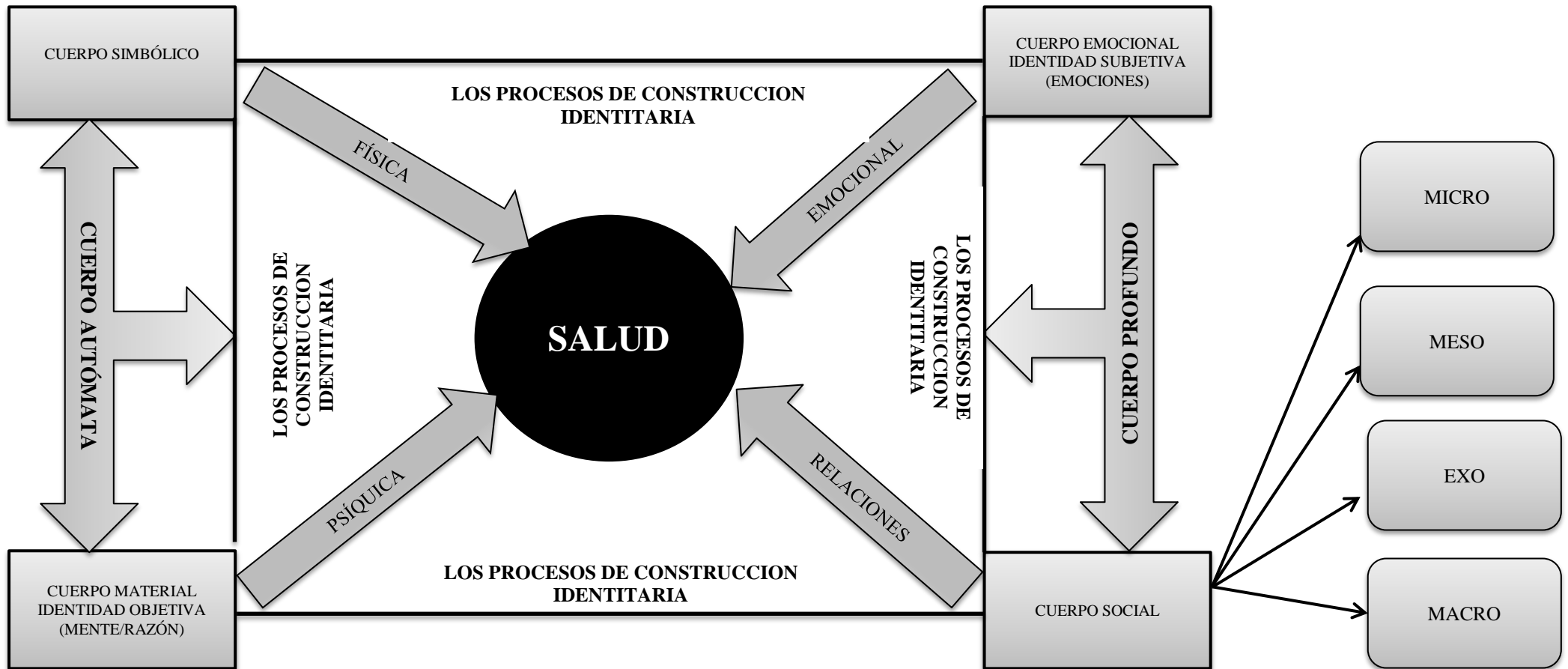
Por otra parte el cuerpo profundo establece una conexión mayor con lo emocional y la interacción de ese cuerpo en la sociedad. Las influencias de los diferentes sistemas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) afectarán irremediamente al proceso de identidad propio desarrollando un impacto positivo o negativo con lo emocional. Este cuerpo, subjetivo y emocional, es más invisible que el automático, objetivo y material, por lo que requerirá de un análisis global y de una intervención más compleja.

Las formas en cómo la salud percibe las construcciones que afectan al cuerpo y a los procesos de mal/bien estar determinarán las desigualdades en salud, pudiendo ser productores de las violencias estructurales invisibilizadas dentro del ámbito sanitario.

Este recorrido por los procesos salutogénicos muestra las formas de actuación cíclicas que no jerárquicas, por lo que la bidimensionalidad de los dos cuerpos integrantes de la identidad, se complejizará en tanto que en cada uno de ellos se le atribuyen otras dimensiones de análisis.

Un complejo corpóreo que precisa de atención para restablecer las desigualdades (in)corpóreas del sistema médico y sus correlativas construcciones identitarias. Un estatus ontológico y epistémico que dibuja una cartografía de cuerpos, funcionalidades y estares.

CONFIGURACIÓN DEL MALESTAR: ¿CÓMO OPERA LA MEDICINA EN LOS PROCESOS SALUTOGENÉSICOS?¹³



¹³ Autoría propia.

CAPÍTULO 2: EL MÉTODO Y LA NARRACIÓN

Cuaderno de bitácora

“El investigador, a la vez más modesto y más ambicioso que el aficionado a las curiosidades, trata de aprehender unas estructuras y unos mecanismos que, aunque por razones diferentes, escapan por igual a la mirada indígena y a la mirada forastera, como los principios de construcción del espacio social o los mecanismos de reproducción de este espacio, y que se propone representar en un modelo que aspira a una validez universal. Y de este modo puede señalar las diferencias reales que separan tanto las estructuras como las disposiciones (los habitus) y cuyo principio no hay que indagar en las singularidades de las naturalezas —o de las «almas»—, sino en las particularidades de historias colectivas diferentes” (Bourdieu, 1997:13)

2.1 ESTRUCTURA METODOLÓGICA

La metodología se ha estructurado según el proceso de trabajo de esta investigación, explicada en siete puntos.

En el punto 2.2 se hace un repaso a la metodología empleada así como las técnicas y saberes de investigación etnográfica, cualitativa y cuantitativa, completándose con el punto 2.3 que expone el qué, para qué y el cómo de esta investigación, a través de los objetivos e hipótesis de los que partió esta tesis hace cuatro años, y que pasado el tiempo han ido evolucionando, tomando nuevas formas, ampliándose y madurando las vías de investigación.

En el punto 2.4 se exponen las idas y venidas que han ido enriqueciendo el trabajo de campo; personas, lugares u organizaciones han permitido cambios e incorporaciones de nuevas técnicas, todas ellas explicadas en el punto 2.5, estructurado a su vez en cinco apartados considerados fundamentos clave en el desarrollo práctico y teórico del diseño.

Con estas premisas se empieza una etapa de puesta al día a través de revisiones bibliográficas para valorar el alcance de la investigación, así como las limitaciones y ampliaciones, motivo que lleva a incorporar dos apartados más: el 2.6 y el 2.7.

En el primero se hace un repaso de la necesidad de incluir la perspectiva de género como categoría analítica poniendo de relevancia las huellas que he dejado en este estudio en mi trayectoria en el movimiento feminista.

El último trata sobre la experiencia propia, un análisis reflexivo de *intromisión consciente* que la propia autora ha sentido y experimentado a lo largo de estos años, considerándolo como parte de una realidad metodológica que no escapa a la ejecución, implementación y definición final de la misma. Y por último el 2.7 que hablará de las limitaciones surgidas a lo largo del trabajo.

Las líneas recogidas en los puntos indicados han dado valor al cuerpo teórico, tanto a nivel de estudio como de reflexión, permitiendo explorar el camino de los mal/bien estares que necesitan de profundización, entendimiento e intervención.

2.2 HACIA UNA EXPLICACIÓN METODOLÓGICA.

Partiendo de una ruptura epistémica y de la inclusión de nuevas formas de investigar cuando el objeto de estudio atiende a un fenómeno social donde convergen disciplinas a priori diferentes, surge la necesidad de relajar en cierta manera la rigidez metodológica, y complementarla apostando por el sentido común que albergue, y agote, todas las posibilidades que expliquen la causa de los hechos sociales.

Atendiendo a que la antropología busca analizar los fenómenos de la realidad desde las estructuras que la sustentan: cultura, sociedad y comunidad, es necesario utilizar fórmulas metodológicas que no sólo centren la atención en la individualidad o en las explicaciones que se encierran en lo fisiológico y biológico, sino que hay que expandir las formas y procesos de investigación para plasmar todos los componentes que afectan al cambio y a las actitudes sociales y culturales.

“(…) ese investigador debe explicar ese fenómeno, no con el uso de una ley, como en las ciencias naturales, sino con una explicación que se basa en una imputación causal, según la terminología de Weber. Tal imputación vincula efectos con causas mediante el uso de los tipos ideales” (Briones, 2002:59)

La finalidad de este estudio es el fenómeno social, y por ello las técnicas se basarán no sólo en un marco teórico sino también etnográfico. Técnicas cualitativas que permitirán ampliar el significado y la interpretación del mismo.

Se trabajará con la observación participante, entrevistas en profundidad, relato de vida y grupos de discusión. Un estudio que supone la íntima y necesitada relación entre las ciencias antropológicas y las de la salud, atravesadas por el prisma del género y el enfoque de derechos humanos, aportando puntos de análisis desde lo ético y lo moral.

Estudiar las transformaciones, los modos de vida y los comportamientos, es tan abstracto como particular, y es por eso que se ha hecho un recorrido a través de los grupos, las relaciones, la cultura, la sociedad y se ha comparado con datos estadísticos, utilizando muestreos y otro tipo de datos estáticos vistos en el marco contextual.

Hablábamos del sentido común en referencia a que la investigación es la que dirige a quien investiga: sabe qué información necesita en cada momento, qué tipo de métodos incluir para extraer más o menos información. Descubrir relevancias en la investigación según transcurre y ser flexibles en las mismas, permite serpentear por métodos que enriquecen a la propia investigación.

Apostar por una investigación cualitativa no estricta, es uno de los puntos de esta investigación, esperando que la variedad y las diferentes técnicas de análisis ofrezcan un compendio de prácticas y dialécticas traducidas en favor de un análisis fenomenológico.

“Si bien las situaciones dadas en la construcción de las ciencias sociales indican que quedan muchos problemas por resolver, el aporte de conocimientos sobre la realidad social, sobre sus instituciones, sobre sus procesos de cambios, sobre situaciones de conflicto, sobre problemas sociales (pobreza, analfabetismo, salud, etc.) han tenido, tienen y tendrán una importancia significativa, tanto en la elaboración teórica como en la práctica social.” (Briones, 2002:117)

Por esa razón se quiere dejar constancia de que la metodología empleada requiere de instrumentos que se inscriben en determinados procesos, es decir, unos se encargarán de una primera fase de recolección de datos, otros de dotar de marco teórico el fenómeno a estudiar, y otros que aportarán lo empírico ayudando a la compilación de materiales que serán desgranados y analizados en un proceso arduo.

El fenómeno de la globalización ha propiciado una variedad de vínculos en el plano simbólico y cultural, generando más segregación dentro de las individualidades y profesiones, que hace que el recorrido de la investigación tenga que adaptarse a los usos de la ciudadanía, sin perder de vista los códigos culturales.

Hablar de ello necesariamente tenemos que recordar a Malinowski (1975), quien decía que existía una amplia diferencia entre todo aquello que se recogía en la fase previa, a la última fase expositiva y de teorización, motivo por el cual esta tesis ha apostado por incluir técnicas necesarias para recolectar toda la información posible, e incorporar el mayor número de causas, consecuencias y porqués.

No hay recetas únicas, pero ampliar el foco de investigación y explorar tanto como se pueda, es una alternativa para hablar del estudio que usa la antropología como una vía para explorar la realidad lo más cercana posible.

2.3 DEFINIENDO EL ANÁLISIS: ¿QUÉ Y CÓMO LO QUIERO HACER?

El objetivo del estudio fue ver qué argumentos y discursos sociales se mantienen y se trasladan a la ciudadanía, en tanto que discursos imperantes en torno a conceptos como salud, enfermedad, menstruación, menopausia y problemas alimentarios, y de qué manera las políticas actúan en este fenómeno de los malestares en las mujeres.

Se propuso unas hipótesis y objetivos que sirvieran para encaminar la investigación:

Hipótesis 1: La asunción del género como proceso subjetivo-social implica efectos severos en la modelación y la subestimación de los cuerpos de las mujeres, así como de sus procesos vitales

Objetivos 1:

- Conocer los determinantes de género que influyen en los procesos cíclicos vitales del ser humano.
- Identificar la cosmovisión que tienen tanto los hombres como las mujeres en estos procesos vitales, con el objetivo de ayudar a aceptar y valorar estos estados estereotipados.

Hipótesis 2: La biologización de las corporalidades de la medicina convencional, origina un cuerpo que sirve como instrumento de la sociedad.

Objetivos 2:

- Analizar la violencia simbólica que actúan sobre los malestares no nombrados.
- Analizar el significado cultural y el discurso social de los procesos vitales.

Hipótesis 3: La influencia de los estilos de vida y el apoyo social tienen efecto beneficioso tanto en el bienestar de las mujeres como en el empoderamiento y la conciencia crítica.

Objetivos 3:

- Analizar de qué forma la sociedad y los grupos sociales, pueden desarrollar acciones favorecedoras en el trato e intervención de estas problemáticas sociales.
- Visibilizar los tabúes que permanecen en el imaginario social y ver de qué manera influyen en el *habitus* social

Hipótesis 4: Entender las representaciones y los discursos sociales hace que las intervenciones estén orientadas a las necesidades de la sociedad, dan sentido en la vida, y ayudan a la prevención y promoción de salud.

Objetivos 4:

- Conocer el discurso de profesionales de la salud y la educación para adaptar los programas y los proyectos de intervención a las carencias que demandan las problemáticas que se abordan.
- Cuestionar el modelo médico y abrir el abanico hacia nuevas formas de prevención y educación holística.

El propio recorrido de la tesis y la profundidad que ha ido adquiriendo a lo largo de estos años, ha hecho que no solamente se cumplieran los objetivos previstos y las líneas de investigación pensadas en su momento, sino que se han incluido otros aspectos importantes de los malestares como el enfoque de derechos humanos y todo lo que concierne a las políticas públicas sanitarias, haciendo que la tesis adquiriera una visión macrosocial junto a una mayor implicación social.

Otro punto que ha marcado y definido el marco metodológico, y que se explicará más adelante, es la teoría feminista como punto de anclaje de todas las técnicas y procesos metodológicos. La pretensión ha sido la de mostrar las diferencias sociales y culturales y las experiencias que viven de forma desigualitaria hombres y mujeres, quedando generalmente ellas relegadas a un segundo plano.

Por lo anterior esta tesis ha puesto como punto de enfoque primario la inclusión de la perspectiva de género en todas las situaciones a analizar, centrándose en los detalles que las diferencian y el trato que reciben según su posición, así como analizar el recurso a lo natural como espacio que justifica dicha desigualdad, opresión, uso y abuso.

2.4 VAIVENES: DE LA SILLA A LA CALLE, DE LA CALLE A LA SILLA

Este trabajo de campo se ha desarrollado a lo largo de casi cuatro años y medio, complementando las tareas de investigación con las del ámbito práctico y profesional y que junto con la investigación etnográfica permitió romper con el discurso dominante que acecha a los malestares; se pretendió un análisis que buscara las causas estructurales vinculadas tanto en el inicio como en el mantenimiento de los malestares en mujeres.

Este interés sobre lo simbólico, los aspectos ontológicos, antropológicos y del comportamiento se fundamenta en la necesidad de concebir y ver la realidad según la ven los sujetos. Entender la parte *emic*.

Una parte de la investigación se centró en el escenario asociativo que promovió una aproximación a las personas afectadas por algún tipo de tales malestares, también formaron parte del estudio personas que conocían el tema o estaban familiarizadas, así

como las que quisieron colaborar.

Otra parte del estudio fue la oportunidad de poder contar con la implicación de un grupo de mujeres procedentes de diferentes talleres, así como la posibilidad de obtener información proveniente de las personas que participaron en las dos ediciones del curso online del proyecto *No Seas PRESA de la talla*¹⁴, que he coordinado a largo de estos cuatro años siendo un canal idóneo para ampliar el espacio geográfico del estudio.

Además de ello, la estancia en la Universidad de Berkeley, California, durante los meses de Septiembre de 2016 hasta Noviembre del mismo año, permitió una mayor profundización teórica en el tema, apareciendo nuevas vías de investigación que a priori no se habían tenido en cuenta.

Esta estancia permitió asistir a diferentes eventos/encuentros sobre salud, género y derechos humanos, momento en el que decidí ampliar la tesis e introducir un apartado que hablará sobre la vinculación con las políticas públicas y el enfoque de derechos.

Este trabajo en otro país y la oportunidad de viajar a Nueva York para asistir al acto organizado por ONU-Mujeres en el *Security Council High-Level Review of Women, Peace and Security*, en los días 21 al 24 de Octubre, trabajando en la Agenda holística y reflexionando sobre la importancia del empoderamiento de las mujeres, reforzó la importancia de la incidencia política y la vinculación con los derechos humanos. En esos días se trabajaron los derechos sanitarios con la finalidad de exigir responsabilidades al gobierno de EE.UU en el nuevo proceso de constitución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En ese viaje, también participé en el acto organizado por UNICEF en la *4th Annual Menstrual Hygiene Management (MHM) in Wash Schools*, debatiéndose las dificultades, usos y ausencias de la menstruación en diferentes países y su vinculación con los programas de atención sanitaria y la actuación de los gobiernos.

Finalizando el viaje con un encuentro con el profesor de la Universidad de Nueva York, David Linton, que en ese momento estaba trabajando en un libro donde

¹⁴ Información del proyecto: <http://www.noseaspresadelatalla.com/web/>

investigaba los discursos de los hombres en la concepción de la menstruación. A esa reunión se unió Christina Bobel, profesora y actual presidenta de la *Society for Menstrual Cycle Research*¹⁵, permitiéndome conocer de primera mano los trabajos de investigación de ambos en lo que concierne a la menstruación y las líneas de acción que están llevando a cabo en EEUU.

Este vaivén de encontrarse entre el trabajo de campo, las librerías, mesas de estudio, rodearse de libros y asistir a reuniones esporádicas, ha hecho que la estructura metodológica rompiera con su círculo estático, queriendo aprovechar recursos y procesos que iban apareciendo en el camino y que ha dado un tono diferente a las formas de entender la investigación antropológica.

Los M.E.M se presentan como una realidad compleja que requiere del uso de diferentes técnicas y enfoques complementarios dotándolos de pluralidad.

2.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio ha utilizado diferentes técnicas de investigación: búsqueda bibliográfica precedida de observación participante, investigación acción, entrevistas y una compilación cualitativa tras el análisis de los diferentes talleres y formaciones online, recogida a lo largo de mi trabajo profesional, como parte de la interpretación y de los datos propios del trabajo de campo.

“Si se aspira a crear un conocimiento no simplificador y, por tanto, útil para la intervención social, lo que se debe hacer es investigar a fondo la variedad de perspectivas, tratar de discernir cuáles son las condiciones (estructurales e interaccionales) en que se gestan y cómo se relacionan con las conductas y/o acontecimientos que se desean hacer inteligibles” (Jociles, 1997:102)

Una readaptación a las diferentes técnicas utilizadas, en tanto que los elementos culturales de la globalización y la realidad social actual precisan de una redefinición de teorías explicativas en el área de las ciencias de investigación social.

¹⁵ Información al enlace: <http://menstruationresearch.org/>

Es necesario introducirse no solo en el grupo a estudiar, también en la cotidianeidad individual y colectiva, aunque eso suponga tener que romper con los esquemas rígidos de la metodología, pues como antropóloga y etnógrafa es más importante apostar por la incorporación flexible de la investigadora en los diferentes planos secuenciales, con sus cambios y evoluciones, que mantener un esquema inalienable que no atienda al devenir de la investigación.

Búsqueda bibliográfica: El proceso heurístico para el estado de la cuestión.

Para entender el estado de la cuestión del tema estudiado y saber que se estaba haciendo al respecto, se puso en marcha un proceso de búsqueda bibliográfica revisando diferentes fuentes en libros, artículos científicos, ponencias, comunicaciones, noticias relacionadas en los medios de comunicación y en las diferentes redes sociales, así como una lectura de informes y documentos oficiales nacionales e internacionales.

La posibilidad de poder leer en catalán, francés, italiano o inglés permitió ir a las fuentes primarias tanto de las lecturas como páginas institucionales que hicieron más rica la bibliografía.

Tal y como avanzaba la investigación, y tras la urgencia que anteriormente he explicado de profundizar en el ámbito de las políticas públicas, se fueron incorporando documentos de ámbito legislativo y de política pública en materia de salud; incluyendo los discursos jurídicos y científicos como portadores del discurso en el marco de las políticas públicas, y por tanto sociales.

La participación con mujeres a través de talleres y la formación online del proyecto anteriormente mencionado, fue un punto más del conjunto que hizo que conociera otros materiales que las participantes compartían, haciendo que teoría y práctica jugaran un papel trascendental en la construcción de la tesis.

Técnicas cuantitativas

En la investigación cuantitativa se utilizan desde encuestas cerradas con datos estadísticos, hasta estudios de opinión o diagnósticos que den una panorámica amplia para el desarrollo y conocimiento de cualquier política, proyecto o programa a ejecutar.

Acogiéndonos a la perspectiva interpretativista de las ciencias sociales en la que no existe una única realidad ni opiniones o conclusiones estáticas, se decidió incluir en este apartado una revisión de datos, cifras, opiniones y cuestiones que dieran a conocer la situación contextual e histórica del trabajo a desarrollar.

He consultado informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud y los relacionados con los derechos de la salud de las mujeres, así como encuestas y datos estadísticos facilitados por el gobierno español, como la Encuesta Nacional de Salud (ENS) o el informe de medicamentos tratando de enumerar las dimensiones del fenómeno M.E.M.

Más allá de la revisión que se ha ido describiendo, se encontró otro recurso que actuó como método de investigación y de recolección de datos, el de las redes sociales. Un nuevo desafío al que enfrentarse cuando se da cuenta de la potencialidad que estas nuevas vías tienen a la hora de mostrar datos y opiniones, generando en muchos casos impacto y transmisión de pensamientos.



Ante este nuevo paradigma metodológico quise hacer una prueba que tuvo, para mi sorpresa, un impacto en las redes sociales. El hecho consistió en lanzar una pregunta en forma de encuesta por vía twitter sobre si las mujeres deberían disfrutar como opción de las bajas por menstruación, entendidos como permisos menstruales. Esta pregunta obtuvo un total de 1.114 votos, alrededor de 30 comentarios y fue vista por 8.584 personas.

Las redes sociales están significando algo más que una forma de comunicar con en el mundo, también de entenderlo y vivirlo, un tejido que conecta y gestiona datos y opiniones de una manera sistemática.

La unión de lo cuantitativo, y sus nuevos modelos emergentes en unión con las herramientas cualitativas, están siendo una vía de impacto para la generación de información que cuantifica y cualifica las decisiones, pensamientos y actos de la sociedad, y que por consiguiente generan cambios en los escenarios sociales.

Etnografía y Trabajo de Campo

Basándose en la fenomenología de entender y comprender la realidad a estudiar y descubrir un mundo de diálogos y experiencias vividas en torno a los malestares, el trabajo de campo y la etnografía han sido el eje central para abordar el enclave de las mujeres como fenómeno disidente de lo que predica la sociedad actual.

La utilización de técnicas cualitativas ha permitido una aproximación detallada a situaciones, interacciones y comportamientos que han sido observados y atendiendo a las experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como las propias personas las expresan.

Dentro del propio marco se ha hecho una distinción entre una etnografía macro y micro. En lo que respecta a la escala micro hablaríamos de la investigación llevada a cabo en los talleres y espacios formativos, así como en las diferentes interacciones con actores sociales tanto individual como colectivamente.

La escala macro vendría a enlazar con lo micro, apuntando a los sistemas complejos de la sociedad, una investigación propia de las instituciones y organismos internacionales en tanto que responsables del proceso diacrónico o genealógico como constructoras del discurso y la praxis.

Esta vía etnográfica para entender cómo lo local se articula con lo global y viceversa, se ha definido como etnografía glocal, cuya finalidad es comprender la realidad interactiva con los mapas sociales, en tanto que no pretenden aportar sólo soluciones sino además poner sobre la mesa conocimientos y planteamientos que ofrezca la investigación en todas sus formas.

Siguiendo a Rockwell (1994) hablaríamos de una etnografía como técnica metodológica que obtiene información empírica en un espacio donde se desenvuelven acontecimientos, por lo que el término de etnografía glocal para como dice el propio autor, documentar lo indocumentado, ofrecería canales para exponer con el mayor detalle posible las relaciones existentes en todos los estratos y esferas por las que pasan las personas; desarrollando fenómenos que precisan de estudios complejos y de profundidad técnica.

A modo de ejemplo: hablar de los malestares en las mujeres sin analizar las macro-estructuras, es no atender a las prácticas y discursos que lo fomentan. Para ello hace falta llevar a cabo una investigación de la micro-estructura y de su globalidad (la macro-estructura), para buscar un paradigma alternativo e indispensable en el sentido teórico-práctico de la investigación. Es decir, aplicar la explicada etnografía glocal.

La entrada al campo no se contempla como una técnica metodológica pero sí es importante por su influencia en cómo será el acceso a las instituciones, así como las maneras de establecer contacto con las personas. La oportunidad de poder aprovechar mi puesto de trabajo en la Federación Mujeres Jóvenes para introducirme como investigadora lo facilitó.

Una primera parte de la investigación se llevó a cabo en la ciudad de Valencia, en la Asociación Valenciana de Lucha contra la Anorexia y la Bulimia. La decisión de hacer un trabajo de campo a distancia fue debido a la imposibilidad de hacer

voluntariado en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario de Pamplona, por motivos aún hoy desconocidos.

A finales del 2010 yo estudiaba en Pamplona, y cada quince días me desplazaba para hacer el trabajo de campo. Estas visitas tuvieron lugar desde el mes de Noviembre del 2010, hasta finales de Julio del 2011, mes en el que AVALCAB solía realizar un encuentro anual de fin de semana en Caudiel, un pueblo de la sierra del interior de Valencia.

Mi labor fue participar en los talleres que se realizaban quincenalmente, destinados a personas afectadas por TCA con el objetivo de ofrecerles apoyo social trabajando en temas como la autoestima, las relaciones interpersonales o el miedo. Durante los primeros meses me limité a observar y a estar presente en las clases; fue a partir del tercero cuando empecé el trabajo y realicé las entrevistas.

La segunda fase de la investigación, comprendida entre 2012 y 2015, se llevó en mi ámbito profesional, ya que tuve la oportunidad de llevar la coordinación del Proyecto *No Seas PRESA de la Talla*, de la Federación Mujeres Jóvenes, subvencionado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Trabajo realizado en parte del territorio español, lo que propició una recopilación de datos desde los años 2013 hasta principios del 2017.

En el proyecto mencionado se realizaron talleres y formaciones con población joven, que luego se extenderían a la universidad y a la formación de profesionales y personal interesado en el tema, reflexionando sobre la significación de los problemas alimentarios, de los conceptos del malestar, de la feminización de la enfermedad o de las violencias corporales y su vinculación con la vulneración de derechos.

Durante ese tiempo fui formadora y realicé cursos de empoderamiento a mujeres de diferentes edades y a mujeres de edades adultas que estaban en riesgo de exclusión o inestabilidad personal. Todas fueron fuente importantísima de sabiduría y experiencias.

Fueron estos espacios en los que tuve la oportunidad de reflexionar acerca de las cuestiones que les afectaban a dichas mujeres y de qué manera influían en sus procesos

vitales. Parte de ellas, sabiendo de mi investigación, se ofrecieron a ayudarme y participar en el estudio.

Como algunas anunciaron *“Quiero expresar lo que siento para ver si así puedo ayudar a otras mujeres, como hicieron conmigo, que los malestares que sentimos no es culpa de nosotras, sino de una sociedad que no nos entiende y en nuestras manos está cambiar y hacer algo al respecto, y yo quiero ser una de las que cambie un poco este mundo”* o *“me gustaría colaborar con tu trabajo y que todo el mundo sepa lo que sufre una mujer”*.

En lo referente a la búsqueda de personas para los grupos de discusión y las entrevistas personales tuve alguna que otra complicación, ya que la delgada línea entre entrevistar para una investigación y hacer de periodista, muchas veces creó confusión a quienes pedía entrevistar. O bien, bien porque los horarios y días no coincidían.

A esto hace falta añadir la amplitud que ha logrado el trabajo de campo que, atendiendo a las diferentes vías de entrada, nos permite hablar de un estudio que abraza a todo el Estado español, aunque el desarrollo más fuerte de entrevistas y grupos de discusión tuvo lugar en la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Valenciana.

Hablamos de un estudio desarrollado a través de cuatro escenarios clave:

- Asociación AVALCAB.
- Talleres de empoderamiento a mujeres.
- Proyecto No Seas PRESA de la Talla de Federación Mujeres Jóvenes.
- Estancias de investigación en la Universidad de Berkeley (EEUU) y en la Universidad Complutense de Madrid¹⁶

La idea posterior al inicio de la búsqueda de informantes fue no focalizar la investigación en una zona concreta, sino ampliar el muestreo viendo las posibilidades y facilidades que iba obteniendo con el trabajo profesional. Se seleccionaron mujeres de diferentes partes del Estado español, y aunque la mayoría de las entrevistadas fueron en


¹⁶ En lo que refiere a la Universidad Complutense la estancia en los meses finales del 2016, se culminó parte importante del proceso de redacción y participé como comité organizador en la creación de la I Jornadas Internacionales de Antropología Medica y Feminismos.

Pamplona y Comunidad Valenciana, también se lograron hacer algunas en Madrid, Murcia (se realizó un relato de vida a través de Skype) y Vitoria-Gasteiz.

A esto se le añadió todos los discursos y experiencias aportadas a través de los talleres y el proyecto lo que dotó al estudio de una variedad de perfiles relevantes en cuanto a diversidad de situaciones sociales.

Esta apertura metodológica ha generado una dinámica propia, es decir, estudiar fenómenos sociales que son parte del contexto en el que nos movemos, generando a veces complejidades por las tensiones y discrepancias sobre argumentos consolidados.

CUADRO PERFIL METODOLÓGICO: ¹⁷

Metodología a emplear.	Menstruación.	Menopausia.	Problemas del Comportamiento Alimentario.
<p><i>GRUPOS DE DISCUSIÓN</i></p>  <p>Algunas de las variables generales a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nivel socio-económico -Influencia del sistema sexo-género -Relaciones interpersonales -Roles a desempeñados por el hecho de ser mujeres (espacio público/privado) -Estado de salud 	<p>-Grupo de mujeres jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 30 años.</p> <p>-Grupo de mujeres a partir de 30 años y hasta 60</p>	<p>-Grupo de mujeres entre 30 y 70 años.</p>	<p>-Grupo de mujeres jóvenes de 17 a 30 años sin problemas alimentarios</p> <p>-Mujeres de edades diversas con problemas alimentarios.</p>
	<p>-Se incluye posteriormente el grupo de discusión de hombres de edades comprendidas entre 18 y 40 años.</p>		
	<p>En todos los grupos, lanzar preguntas que sirvan de nexo de unión a los Tca para ver la relación (si existe o no) con los <i>otros</i> malestares.</p>		
TOTAL:	-2 Grupos de Discusión sobre Menstruación	-1 Grupo de Discusión sobre Menopausia	-2 Grupos de Discusión sobre PCA.

¹⁷ Ambos cuadros metodológicos se elaboraron en la primera fase de la tesis para tanto el perfil de personas y grupos a entrevistar y el nº de entrevistas, grupos de discusión, relato de vida que se entendía necesario para la investigación. Según iba pasando el tiempo, se añadió el relato de vida y las entrevistas y el grupo de discusión a hombres. En punto sobre Técnicas de Investigación Social se explican con más detalle.

<p><i>ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A MUJERES</i></p> <p>TOTAL: 15</p>	<p>-2 entrevistas a mujeres de 15-17 años. Analizar el nexo de unión entre menstruación y tca.</p> <p>-2 entrevistas a mujeres de 20-25 años. Analizar percepción métodos anticonceptivos.</p> <p>-2 entrevistas a mujeres a partir de los 30 años de edad. Vincularlo con la maternidad.</p>	<p>-1 entrevista a una mujer joven en torno a 25 años para ver qué visión tiene acerca de la menopausia</p> <p>-2 entrevistas a mujeres mayores con procesos menopáusicos y que sea una madre y la otra no.</p>	<p>-6 entrevistas a personas afectadas por TCA y socias de la Asociación AVALCAB.</p>
<p><i>ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A HOMBRES</i></p> <p>TOTAL: 2</p>	<p>-2 entrevistas a hombres: uno joven y otro mayor para analizar sus ideas entorno a la menstruación y la menopausia.</p>		
<p><i>RELATO DE VIDA</i></p>	<p>Entrevista realizada a una mujer de 27 años de edad que padeció problemas alimentarios y actualmente se considera activista de la menstruación.</p>		

Técnicas de investigación social

-Observación participante

Esta técnica se sitúa bajo la óptica de la etnografía, como acercamiento a la realidad de forma muy poliédrica, permitiendo que las diversidades de los discursos y la representación de las realidades se mantengan en los escenarios de la investigación y se creen un arsenal de argumentos que expliquen lo que se quiere mostrar.

En la observación participante activa hay en cierto modo un alto grado de implicación y presencia en las escenas y acciones que se estén llevando a cabo, ayudando a conocer una realidad en donde se inscriben las relaciones grupales y sus interacciones con el medio, las creencias e interpretaciones simbólicas; esa realidad pluridimensional se completa con el entramado corpóreo, las costumbres y valores.

-Entrevistas, perfiles y variables

La entrevista permite captar parte del pensamiento e interpretación de la entrevistada a través de un proceso de elaboración de preguntas, que previamente han sido diseñadas en función del objetivo a cumplir.

Cuando se está frente de la persona a entrevistar la comunicación verbal y no verbal es tan importante como la forma en la que preguntamos, y especialmente mantener la atención lidiando con el diálogo para no perder el hilo y focalizar el discurso en el objeto que quiere ser estudiado, atendiendo a preguntas y a respuestas.

”La información que podemos obtener, solo puede ser comprendida en el contexto de un relato donde lo que se dice tiene que ser reconstruido una y otra vez en el marco de las condiciones de enunciación y en relación a comentarios pasados y futuros “ (Merlinsky, 2006:29)

La modalidad de las entrevistas fueron semiestructuradas por el interés de conocer la experiencia y vivencia, intentando que se realizaran en sitios que propiciaran un clima de confort para las entrevistadas, recurriendo a cafeterías, parques o espacios de la universidad, incluso a veces y bajo petición de la entrevistada, en su casa.

El objetivo era claro, establecer y favorecer un lugar que diera rienda suelta a un discurso continuo, no fraccionado ni codificado, dejando a la entrevistada y a la entrevistadora explorar el discurso y establecer un relato reflexivo, sincero y sin un contrato discursivo preestablecido, aunque evidentemente solicitado y acordado.

No se quería caer en el error del formato pregunta-respuesta sino que el guion fuera más bien un recurso de apoyo para que pudiera emerger un diálogo más fluido, lo que provocó aceptación y apertura por parte de las entrevistadas dando pie a profundizar en temas o cuestiones que en ese momento se consideraban necesarias.

“Nuestro conocimiento del mundo supone un conjunto de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento.” (Merlinsky, 2006:28)

En otros casos, algunas de las entrevistadas quisieron saber previamente sobre las preguntas y la temática, por lo que se les pasó un guion simple del tema a tratar, aunque es cierto que la entrevista al final terminaba siendo mucho más amplia de lo preestablecido, evitando en todo momento que sintieran cierta intromisión en sus vidas.

A continuación se detallan las entrevistas realizadas con datos que pudieran ser relevantes para entender la dimensión teórica y vivencial que expone el estudio:

Relación de entrevistas en profundidad				
Relación de entrevistas en la 1ª Etapa de la investigación (AVALCAB)				
Nº	Abreviatura	Edad	Sexo	Datos relevantes
1.	AL	38	H	Con bulimia durante muchos años. Con pareja pero se sentía infravalorado. No tenía buena relación con su madre y la culpaba de sus cambios y estados emocionales. Se sentía bien cuando iba a la asociación.
2.	L	29	M	Tuvo problemas de acoso escolar en los colegios por aparte de sus compañeras por sus excelentes notas. Fue internada en un colegio, lugar donde empezaron todos sus problemas con la anorexia. Nunca enseñaba las notas y no participaba en clase. Era exigente consigo misma y mantenía una estrecha relación con sus padres, no así con su hermana, que fue la que la ayudó a tratarse. Me interesaba saber qué vinculación tenía con su familia y que cuestiones le afectaron en la adolescencia, así de cómo lo estaba viviendo con su actual pareja. Procedía de una familia de clase alta, acudía a un psiquiatra y a una consulta de psicóloga de pago, y me interesaba conocer que le aportaba la asociación.
3.	P	48	M	Tiene diagnosticada anorexia crónica. Su problema vino por una sobre-exigencia en el trabajo y por la pérdida de su madre, asumiendo ella toda la carga y responsabilidades familiares. Me interesaba conocer a qué tipo de exigencias se refería y cómo fue su vivencia cuando perdió a su madre, ya que era la única mujer en la familia.
4.	BX	16	M	Adolescente que estaba sufriendo acoso escolar, además de estar en rivalidad con su hermana gemela en los estudios y en la perfección corporal. Se sentía infravalorada y me interesaba conocer qué tipo y como sentía ella el acoso entre las compañeras, así como la relación con su hermana.
5.	E	50	M	Fue diagnosticada de anoréxica y bulímica durante muchos años, que le llevaron a tener graves problemas fisiológicos. Fue internada en un centro clínico que no fue efectivo. Actualmente se encuentra bien y recuperada. Me interesaba conocer su experiencia con los problemas alimentarios y cómo consiguió tratarse después de años de cronicidad.
6.	TS	43	M	Trabajadora social que creía que los tratamientos clínicos servían en situaciones concretas. Quería saber qué opinaba sobre las terapias clínicas y su experiencia durante tantos años en la asociación trabajando con personas que padecen estos problemas pero desde el plano de la ayuda mutua.

Relación de entrevistas en la 2ª Etapa de la investigación

7.	A	45	M	No está casada, no tiene familia. Conocer sus pensamientos acerca de cómo vivió la menstruación, qué opina sobre la menopausia y si le afectó la maternidad.
8.	B	35	M	Casada, con familia y tuvo un cambio importante en la forma de alimentarse a raíz de ser madre. Me interesó conocer además cómo vivía la menstruación y de qué manera la vivía con su pareja y familia.
9.	O	25	M	No tiene pareja y está en contra de los métodos anticonceptivos. Y tuvo un cambio en sus hábitos alimentarios por mejorar su la salud.
10.	M	18	M	Es adolescente, deportista y no utiliza métodos anticonceptivos. Me interesaba saber también su vivencia con la regla y de qué influía la práctica de deporte como competición.
11.	R	28	M	Fue deportista de élite, tuvo algún problema con la alimentación. Control de su del cuerpo y la talla. Ahora es entrenadora y me interesaba conocer su evolución y cómo trabaja con las de niñas.
12.	G	28	H	Pasó de rechazar la menstruación a aceptarla. Quería conocer su discurso de entonces y de ahora y de qué manera veía a las chicas en un contexto de residencia universitaria, ya que su etapa de estudiante la pasó ahí.
13.	S	33	M	Tuvo problemas de adolescente con respecto a su cuerpo, y posteriormente desajustes menstruales. No utilizó métodos anticonceptivos. Me interesó conocer cuál fue el proceso por el que pasó y de qué manera concebía su menstruación.
14.	Y	23	M	Ha tenido problemas como depresiones y ansiedades, a veces influidas por el tratamiento con métodos anticonceptivos. Quería conocer cuál fue la relación con la sanidad pública y qué opina sobre los métodos anticonceptivos.
15.	T	22	H	Conocer la opinión de un adolescente sobre los malestares de las mujeres en general, hablando de problemas alimentarios, menstruación y menopausia.
16.	X	65	H	Quería conocer el discurso y la experiencia de un hombre mayor sobre cómo vivió la menstruación y la menopausia con su pareja y posteriormente con su hija.
17.	MJ	59	M	Es abuela, tuvo un divorcio y eso la llevó a tener problemas como la depresión que mejoraron en el tiempo. Rechaza los tratamientos médicos y mi intención era conocer de qué malestares hablaba y cómo vivió su proceso menopáusico y si eso afectó en la relación con sus hijas y consigo misma.

Tal y como aparece en la tabla, hubo una primera parte del estudio que se realizó en la Asociación AVALCAB, y en ella las protagonistas fueron generalmente mujeres de diferentes edades, ya que estábamos tratando con un problema alimentario que bien podría definirse como feminizado. De los tres chicos que estaban participando en el grupo, dos de ellos eran homosexuales, lo que bien podría reafirmar de qué manera el componente de género e identidad tiene gran influencia en el desarrollo de las personas.

En la decisión primera de querer entrevistar a uno de ellos, tuvo que ser descartada ya que dos semanas antes de ofrecerme la posibilidad de participar en el proyecto dejaron de venir por cuestiones familiares. Finalmente decidí entrevistar al único chico que en ese momento había en la asociación, en tanto que pudiera dar una visión diferente a lo que se había plantado.

Se escogió informantes de diferentes edades, entendiendo que son factor clave en el proceso de definir y construir su identidad así como en las opciones a lo largo de su vida y se intentó componer un número de entrevistas lo más diverso posible, con la finalidad de ver qué variables pudieran influir en la aparición de los problemas alimentarios y su nexo de unión con el resto de malestares.

En total se eligieron a tres chicas y a un chico de la asociación, otra chica ex – afectada y a la trabajadora social, que en ese momento llevaba alrededor de siete años en la institución y posibilitó que en la entrevista se estableciera un diálogo reflexivo sobre los temas que se tocaron.

La segunda parte del proyecto se centró en los malestares en las mujeres, haciendo más hincapié en la menstruación y la menopausia, también como nexos de unión de la primera parte del estudio, entendiendo que el cuerpo, la salud, los hábitos de vida y los problemas alimentarios fueron temas que emergieron de las propias entrevistadas.

Se hizo un total de 17 entrevistas en profundidad, donde mujeres y hombres fueron partícipes del proceso. El interés recayó sobre todo en los discursos acerca de los malestares en los diferentes sexos y en edades distintas, esto hizo que la variable clase que en un principio era punto de interés a analizar se descartara por no ser tan relevante.

En todo el conjunto de entrevistas, la cuestión de la identidad en cuanto a producción y reproducción de los roles en hombres y mujeres estaba latente, siendo determinante para el conocimiento de en qué medida el género y sus construcciones sociales y culturales han tenido influencia.

Al hilo de esto, dentro del concepto del malestar, se pensó introducir la maternidad como una de las cuestiones a analizar, pero finalmente se desestimó por la extensión del propio estudio. No obstante, ha sido un tema que ha ido apareciendo en todas las entrevistas realizadas, tanto a mujeres como a hombres ante la pregunta de qué significaba ser y sentirse mujer.

-Relato de vida

Relatar una biografía no es sólo narrarla, ya que en ella prevalece la riqueza de un fluir de experiencias, saberes y pensamientos que hacen de su transcurso vital un apasionante espacio de oratoria y de gran interés social.

El relato es una forma de dejar que la persona entrevistada se sienta en una posición de igualdad respecto a la que escucha, con la suficiente confianza para recibir preguntas o peticiones, o al menos así ha sido esta experiencia.

La asistencia a una reunión de trabajo me permitió conocer a una mujer con la que terminamos tomando unas cervezas. Ella habló de su situación personal de una manera muy abierta. Tras exponerle mi trabajo de estudio aceptó mi propuesta de entrevistarla pero de una forma diferente, a través de su relato de vida.

Este método, pionero en los inicios de la disciplina antropológica, es una forma de proporcionar información a la vez que contribuir a un pluralismo metodológico que permite acercarse más, a una dimensión personal del fenómeno a estudiar.

También permitió dar un importante salto cualitativo, en tanto que la narradora generó un discurso descriptivo de la realidad basado en un pensamiento que reestructuró, contradujo, confrontó y regeneró el objeto de estudio a la hora de entender los M.E.M.

A raíz de la información que se extrajo en la elaboración de las entrevistas en profundidad, la experiencia de los talleres y cursos online, se delimitó un poco más los objetivos y el foco de estudio en particular, por lo que se decidió contar con este relato como modo de profundizar en algunas cuestiones que merecían de más reflexión, y perfilar más si cabe, las diferentes dimensiones que afectan a la investigación.

-Grupos de Discusión

El los grupos de discusión no se hizo distinción entre grupos específicos. De hecho, por el perfil de las personas que se ofrecieron a participar en los grupos y atendiendo a los malestares que cada una de ellas, se prefirió centrar los grupos teniendo en cuenta la variable género y edad, quedando en un total de 4 grupos de discusión tal y como aparece en la tabla de la página siguiente:

GRUPO DE DISCUSIÓN	
PARTICIPANTES	Nº GRUPOS DISCUSIÓN
1. 1 Mujer 18 años	Grupo Discusión nº 1 Mujeres jóvenes procedentes del curso-taller “salud y mujeres” que realicé.
1.2 Mujer 22 años	
1.3 Mujer 23 años	
1.4 Mujer 35 años	
1.5 Mujer 32 años	
2.1 Mujer 28 años	Grupo Discusión nº 2 Mujeres de edades distintas procedentes del curso de empoderamiento que realicé.
2.2 Mujer 35 años	
2.3 Mujer 35 años	
2.4 Mujer 37 años	
2.5 Mujer 49 años	
2.6 Mujer 50 años	
2.7 Mujer 52 años	
3.1 Mujer 47 años	Grupo Discusión nº 3 Mujeres procedentes del colectivo Alaiz.
3.2 Mujer 50 años	
3.1 Mujer 50 años	
3.3 Mujer 53 años	
3.4 Mujer 57 años	
3.5 Mujer 61 años	

4.1 Hombre 18 años	Grupo Discusión nº 4 Hombres que participaron en el proceso de la investigación.
4.2 Hombre 23 años	
4.3 Hombre 28 años	
4.4 Hombre 31 años	
4.5 Hombre 43 años	

Se estableció un máximo de 10 participantes en cada grupo, sin determinar el nº de grupos de discusión a realizar, pues cuantas más posibilidades de hacer diferentes y variados grupos, más riqueza etnográfica. Finalmente fueron cuatro.

Dos ellos se desarrollaron en la asociación, uno en la sala donde se realizaron los talleres y el otro en sala de reuniones cedida por el Consejo de la Juventud de Navarra.

Grupo 1: mujeres jóvenes

La posibilidad de realizar una serie de talleres sobre la salud de las mujeres en la asociación Lamias, Mujeres Jóvenes de Navarra, subvencionado por el Gobierno de Navarra, hizo que de las quince mujeres de edades comprendidas entre 18 y 30 años que participaron en los talleres, fueron cinco las que se animaron a participar también en los grupos de discusión.

Si bien es cierto que ya venían con formación previa del taller, los contenidos de los que se hablaron no fueron afectados por el contenido impartido en la formación.

En cambio fue oportuno y muy interesante ver que el clima de confianza que se había gestado por los días compartidos en el taller, hizo que el grupo de discusión fuera más fluido de lo habitual y salieran detalles y cuestiones muy interesantes, como los relacionados con las relaciones de pareja, la comunicación familiar y entre la pareja a la hora de abordar el tema de la menstruación, problemas alimentarios, de autoestima, uso y abuso de píldoras anticonceptivas o el instinto maternal como punto esencial en el proceso constructivo (o destructivo) de sus vidas.

Grupo 2: Mujeres de los Talleres de Empoderamiento

El ser formadora en talleres de empoderamiento para mujeres más adultas y con dificultades personales y sociales, permitió reunir a un grupo de siete mujeres. La variable socioeconómica tuvo un peso importante y la forma en como concebían el mundo, cómo era el proceso de autocuidado o las responsabilidades a las que se veían sometidas a la incapacidad de decidir sobre sí mismas, aflorando los malestares.

Mujeres de edades entre 28 y 50 años que habían pasado por estados vitales complicados y donde cuestiones como los problemas alimentarios, ansiedades o depresiones, que marcaron sus etapas menstruales o menopáusicas, fueron factores desencadenantes de un malestar crónico.

El grupo no sólo estaba compuesto por mujeres de la Comunidad Foral de Navarra, sino también de países de Latinoamérica o África, aunque muchas llevaban tiempo en la ciudad, fue interesante conocer las raíces culturales y creencias que fueron decisorias para determinar variables que influyeran en cómo vivían sus procesos vitales.

En este grupo se vio como la edad y el nivel socioeconómico, así como las responsabilidades y la maternidad, jugaban un papel en el desarrollo de los malestares, o incluso intentos de suicidio. Se detectó que el rol familiar asumido bloqueaba la comunicación con su entorno por la carga y responsabilidad que les generaba.

Grupo 3: Mujeres grupo menopausia y empoderamiento

Este grupo fue posible gracias a la disposición que el colectivo Alaiz¹⁸, situado en Pamplona, tuvo para ponerme en contacto con uno de sus grupos de mujeres que participaban en un grupo de auto-ayuda y empoderamiento.

No hubo conocimiento por ninguna de las partes, pero la disposición que mostraron fue suficiente para que el grupo de discusión fuera ameno y participativo.

¹⁸ Una organización feminista y social que lleva más de 50 años trabajando en proyectos, cursos y acciones vinculadas con la igualdad de oportunidades. Más información de la organización en: <http://colectivoalaiz.org/quienes-somos>

Si bien es cierto que eran mujeres que habían trabajado su autoestima, los malestares no escapaban en tanto que todas habían experimentado procesos de malestar en forma de ansiedades o depresiones; también hablaron de la maternidad y su imposición por ser mujeres o de la percepción de la menopausia y cómo vivieron la menstruación.

Variables como las relaciones sociales, la pareja o el nivel socioeconómico, fueron influyentes en las diferentes vivencias de cada una, y efectivamente se vio una transformación en cuanto a formas de pensar y creencias, según la edad.

Grupo 4: El de los hombres.

Si bien no había una predisposición inicial de incluir a los hombres en esta investigación, a lo largo de la misma sí se vio la necesidad de ofrecer un espacio dónde poder incluir la visión y pensamientos de los hombres. Para ello se buscaron hombres de perfiles y edades diferentes, desde los 18 años hasta los 43.

La puesta en marcha costó bastante por la dificultad de encontrar a hombres que quisieran participar, y que además fueran de edades diversas y poder coincidir en tiempo y días. Fue un grupo muy ameno, claro y con ideas diversas lo que enriqueció el debate de manera muy fructífera, y donde temas como la menstruación y la menopausia cobraron cierto interés, quizás más que con los problemas alimentarios.

Tras finalizar el debate fueron ellos los que me sugirieron entrevistarles otro día pero involucrando a mujeres con el argumento de que ellos no sabían que opinaban ellas de ellos, y eran temas que jamás se habían planteado ya que en sus grupos sociales habituales no era un tema para hablar.

-Talleres de investigación

Como formadora, supervisora y coordinadora de diferentes proyectos, tanto a nivel estatal como autonómico, he podido aprender y compartir de las diferentes experiencias y trabajos con mujeres y hombres de edades y situaciones diferentes.

Esos aspectos han hecho de mi enseñanza un recurso etnográfico, haciendo que mi recorrido profesional me llevara a reflexionar que no es tan importante el aprendizaje de contenidos, sino lo que eres capaz de recibir al vincular mensajes con biografías.

Estos años de investigación han propiciado espacios donde el diálogo ha sido una herramienta óptima para favorecer un clima de confianza, en tanto que una tesis no nace solo de desarrollos teóricos sino también de la relación de un trabajo que requiere de conexiones entre personas, de trato y acción dialéctica con quienes se comparte lugar y experiencias. Encontrar espacios para unir la esfera académica y la personal.

Revisando materiales sobre la recogida de datos para poder desarrollar esta parte, no encontré explicación relevante sobre este tipo de metodología como parte de la sistematización de datos, por lo que resultó al principio complejo el ver cómo introducir toda esa experiencia como parte del análisis.

Para mí, esta puesta en escena ha sido muy enriquecedora y me parecía oportuno reflejarla como una de las referencias de este estudio que ha servido como un punto de información, de interpretación, comprensión y sobre todo de profundización en los temas que iban cuestionándose en los espacios de participación.

Una didáctica que rescata ideas, experiencias y prácticas de un grupo, algunas veces confrontado, pero siempre llegando a soluciones o a un intento de ellas. Un potencial analítico que mantiene la calidad del trabajo de campo y sus resultados.

-Investigación Etnográfica Online

De la misma manera que he apostado por los talleres como un método de recogida de información, hago lo mismo con los tres cursos online que he dirigido como coordinadora del proyecto *No Seas PRESA de la Talla* de la Federación Mujeres Jóvenes, y en los que pude recoger una gran cantidad de información.

Bajo la pregunta ¿podemos aplicar las técnicas de investigación cualitativa dentro de un contexto online? cabe reflexionar acerca de si esta técnica se centra en el objeto de estudio a investigar aunque no haga uso de observación participante como una de las técnicas esenciales de la etnografía.

Para mí el detalle de análisis de las diferentes actividades desarrolladas por los y las estudiantes, así como la participación activa en un foro de discusión informático han ofrecido un conjunto de saberes que merecen ser utilizados en este estudio.

Valorar un trabajo como este permite abrir puertas a una forma de obtener información en la era de las nuevas tecnologías reduciendo los costes en el tiempo, por la inmediatez y el ahorro económico.

Desde mi experiencia en el campo virtual, cabe señalar que el funcionamiento de estos cursos y los foros que se ponen a disposición produce una retroalimentación de conocimiento de quienes participan, generando un intercambio de saberes que recorren parte del territorio español.

A lo largo de los tres cursos, de 2014 a 2016, uno por año, se seleccionaron tanto mujeres como hombres de diferentes Comunidades Autónomas, recibiendo más de 150 inscripciones en cada uno, y seleccionando un total de 50 personas por curso.

El alcance obtenido creó motivos suficientes como para hacer una reflexión de la importancia que tienen las investigaciones etnográficas en los contextos online, también desde el uso y seguimiento en las redes sociales, generando un impacto mediático que luego se convierte en un canal de recogida de información realmente potente.

Este fue el motivo por el que se decidió incluir en la medida que se consideraba necesario, aportaciones del alumnado extraídas de los cursos online realizados.¹⁹

-Análisis de Datos: Recogida y redacción

La información etnográfica recopilada a lo largo de estos años, fue sometida primeramente a transcripciones literales, donde una vez completadas se empezó con el análisis de las mismas. Primero de forma individual y posteriormente agrupándolas por temas y subtemas. Esta primera parte permitió un análisis exhaustivo y organizado

¹⁹ Debido a que fueron más de 150 personas las que realizaron estos cursos, no se incorpora una tabla con la información. Aparecerán en algún momento de la investigación bajo las abreviaturas de Alu. (alumnado) y seguido el número correspondiente a las inscripciones seleccionadas, que fueron previamente ordenadas.

dándoles forma y siguiendo un hilo conductor.

En esta recopilación de entrevistas se añadió además las experiencias y vivencias del trabajo de campo realizado en los talleres anteriormente mencionados y los cursos online. Métodos de análisis que han dado la complementariedad necesaria en el desarrollo de un trabajo etnográfico amplio y que se pretende de cierta profundidad.

Por motivos de confidencialidad, se decidió que los nombres reales quedaran en el anonimato identificando cada persona con una serie de abreviaturas, que en el caso de las entrevistas en profundidad y el relato de vida les correspondería una letra, y en los grupos de discusión se registrarían por números, tal y como aparece reflejado en las tablas.

El análisis de los datos ha supuesto un proceso simultáneo con el trabajo de campo, ya que la dificultad de agendas y limitaciones que han ido surgiendo, hizo que las entrevistas y grupos de discusión se dilataran en el tiempo, por lo que se iba aprovechando ese tiempo para revisar y escribir partes de la investigación.

2.6 LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: PIEZA FUNDAMENTAL EN EL ROMPECABEZAS METODOLÓGICO

En todo este proceso de investigación, el género aparece como herramienta esencial en el análisis metodológico.

“Son trabajos que responden, también, a epistemologías del ‘punto de vista feminista’, según las cuales las experiencias de las mujeres como miembros de un grupo socialmente discriminado proporcionan perspectivas únicas para entender el mundo y construir un conocimiento diferente y menos parcial y distorsionado que el resultante de la investigación llevada a cabo por los grupos dominantes”
(Ortiz, 2006: 185)

De la misma manera que se cuestiona el principio binario de la ciencia y del género, haríamos un paralelismo en cómo la ciencia en su obsesión por la especificidad

metodológica, también se acoge a estos binarismos invisibilizando, desde sus perspectivas racionalistas, a las mujeres en los estudios de investigación.

Es por eso que, siguiendo con la esencia de esta investigación antropológica se debe abrir camino a entender los cuestionamientos sociales, culturales, políticos desde la propia concepción del género y los binarismos, en tanto que permite definir de una forma mucho más amplia todos los circuitos y cortocircuitos de una sociedad compleja.

“La aportación específica de la antropología al feminismo ha sido mostrar las ventajas de tener en cuenta la diversidad cultural y los riesgos de hacer uniforme y universal la realidad de las mujeres; peligros en los que caen fácilmente algunos discursos con una clara hegemonía dentro del feminismo de la salud, como los que provienen del campo de la medicina y la psicología” (Esteban, 2006:12)

El género, por tanto, es y debe considerarse como un hecho en tanto que debe ser analizado en todas las esferas de la sociedad: en política, en la economía, en la salud y que sirva para explicar la globalidad de la cultura y ayude a interpretar cómo las mujeres se mueven en el mundo, en sus prácticas y significados, ya que aún hoy y siguiendo a Gregorio (2006) las sociedades están estructuradas bajo relaciones de dominación que deslegitiman las contribuciones de las mujeres.

“La conceptualización del género como sistema de relaciones de poder hará que las propuestas que se desarrollen vayan más allá del reconocimiento de la dificultad de acceder a la información sobre las prácticas e interpretaciones de las mujeres por el hecho de ser antropólogo hombre o mujer” (Gregorio, 2006: 28)

Mientras que el género no sea concebido como una categoría de análisis en todas las investigaciones, la etnografía, como una de las prácticas más importantes de la antropología, seguirá bebiendo de estructuras sociales regidas por el androcentrismo quedando cuestionada su neutralidad en tanto que práctica metodológica bajo el paradigma de la desigualdad.

2.7 MI YO EN LA INVESTIGACIÓN: LA OBSERVADORA OBSERVÁNDOSE

Mi recorrido como investigadora unido a mi vida profesional y personal, hizo que mi mirada antropológica también me reconociera asumiendo tareas académicas e institucionales, y que en cierta medida me identificara en muchas de las cuestiones que aborda esta tesis.

A lo largo de este proceso, no sólo me he visto rodeada por los temas de la investigación, también mis años de activista y voluntaria fueron cómplices del desarrollo del estudio, razones por las que decidí incluirlas como parte del mismo.

En esta misma línea, la oportunidad de estar en una institución asociativa e institucional dentro del área política, me ha permitido conocer las políticas sanitarias, situándome en un lugar privilegiado, en el sentido de poder entender el funcionamiento de los organismos nacionales e internacionales, o intentar comprenderlos.

Por esta razón decidí incorporar posteriormente, ya que a priori no se contempló, una aproximación a los malestares en las mujeres desde el enfoque de los derechos humanos, así como la funcionalidad y responsabilidades que los organismos debieran contemplar y aplicar.

Es por ello que, si bien no se lleva a cabo una investigación en las administraciones públicas, sí se hace una aproximación teórica trabajando en informes y documentos oficiales que impregnarán de mayor cercanía a la praxis del estudio en cuestión, así como la participación en eventos y espacios dedicados a estos temas, haciendo que mi posición no quedase ajena al propio proceso de investigación.

Por mi experiencia en estos años y mi posición como sujeto observado y observante podría afirmar que la antropología no es impermeable a nuestras ideologías y prácticas, por lo que nuestro discurrir epistemológico viene teñido de críticas y formas de mirar el mundo. De hecho sería suficiente preguntarse ante cada decisión de estudiar un fenómeno ¿por qué y para qué investigamos lo que estamos investigando? ¿Qué queremos encontrar? ¿Queremos encontrarnos?

La antropología y sus métodos no son autónomos ni aislados, sino que permiten

crear espacios conexos y de relaciones interdependientes entre el estudio y sus participantes, recogiendo una gran riqueza cultural y social capaz de acercarse en detalle a la realidad estudiada.

Esta producción etnográfica favorece una imbricación de lo académico y de la intromisión personal y política en absoluto contradictorias en sí mismas, en tanto que exista la capacidad de discernir y separar influencias ideológicas para dar paso a los discursos ajenos que ayuden, en mayor medida, a poner sobre la mesa planteamientos existenciales y de debate político-social para que, en esta posición de metodologías teóricas, resurjan también metodologías prácticas que den claves y ayuden a buscar alternativas y mecanismos de acción a los problemas y objetos a investigar.

Ser partícipe de esta investigación ha hecho que el inicio de una tesis teóricamente formal, quedara plasmada en una puesta en escena de la propia realidad, o dicho de otra manera al ser partícipes implícitos de la sociedad, somos también agentes reproductores.

“(…) utilizar la propia experiencia como una forma de llegar a la dimensión cultural, pero también a la política y a la económica de los fenómenos estudiados, yendo y viniendo de lo local a lo global, de lo individual a lo colectivo” (Esteban, 2004b: 18)

Tras la asistencia a una charla realizada por Judith Butler bajo el título *violence/non violence* en la Universidad de Berkeley, me planteé la (re) lectura de autoras y autores como la ya citada Judith Butler, Nancy Sheper-Hughes, Pierre Bourdieu, Betty Friedan o Michael Foucault y otras investigadoras del Estado español como Mari Luz Esteban o Carmen Valls.

Puse en marcha una lectura global que afectó a mi estatus de sujeto en el área local, y reflexioné acerca en qué manera la lectura de teorías que han sido leídas en etapas anteriores, ahora cobran otra forma y significado por la posición de la persona que observa, haciendo que la mirada pasase de ser teórica a sustentarse en una mirada dialéctica con las estructuras y los sistemas sustentados por lo teórico.

En todo esto influyó mi experiencia profesional por mi vinculación casi

completa con la tesis, sirviéndome para pensar en las necesidades, dilemas y problemas que han ido apareciendo en este estudio; reflexionando constantemente acerca de cómo estaba siendo mi implicación con el objeto-sujeto, evitando interferencias entre opinión, visiones y experiencias, algo que no siempre fue fácil.

De hecho y respondiendo a la pregunta antes expuesta, elegimos un tema por algo y para algo, y en mi caso por mis años de trabajo con mujeres y mi posición de mujer en la sociedad, hizo que me viera obligada por elección a ser parte de la investigación, cuyos ambiciosos y posibles resultados pudieran valer a todas ellas; en el fondo, egoístamente esperaba que los resultados pudieran valerme a mí, asumiendo las dificultades por las que pasa cuando a una antropóloga le unen tantas cosas al estudio.

Esta realidad hizo que yo misma me diera cuenta de que esta investigación ya había partido con esa limitación, y de la que debía estar atenta en tanto que formaba parte del propio estudio, haciendo que en momentos tuviera que cuestionarme mi yo y desprenderme de las identidades y actividades compartidas, así como redefinir mis posiciones. De hecho me acojo a la teoría de Wolcott, (2007) quien dijo que:

“Tenemos algo que aportar a tales relatos, pero desde una perspectiva orientada a la persona no podemos escribirlas nosotros mismos. Hay que quedarse con el caso que se tenga a mano, con el que uno conozca mejor. No es tan difícil de alcanzar y es donde nuestros estudios pueden ser más incisivos” (Wolcott, 2007: 292)

Esta investigación académica, militante y activista, no sólo ha sido un método de participación, también una herramienta epistemológica para fomentar y potenciar un cambio educativo, especialmente conmigo misma, aunque de manera indirecta, con las demás. O al revés, mantengo la duda de que quien inicia una investigación acaba siendo construida como la observadora observada.

2.8 LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.

Dado que hubo que compatibilizar el ejercicio profesional con la tesis doctoral, los tiempos han sido y han intervenido de forma diferente en la elaboración y desarrollo de la misma. Si bien es cierto que parte de mi trabajo ha estado vinculado al estudio, la falta de una dedicación completa ha sido un condicionante importante.

Gran parte de los estudios antropológicos que versan sobre la medicina, se fundamentan en mostrar cómo los factores socio-culturales tienen relación con determinados problemas médicos. Caso de esta tesis, el de los malestares sociales.

En pocas ocasiones el resultado de estos estudios sirven para modificar la situación o los problemas investigados, y esto se debe a la escasa relevancia dada a los factores sociales y culturales en las investigaciones biomédicas.

La cuestión es seguir insistiendo en la recuperación de la palabra de las personas como forma de entender los núcleos y problemas que aquí se detallan, y por esta misma razón de hacer efectiva la investigación.

Es probable que existan una multitud de variables que no se han tomado en cuenta, de hecho las ha habido, pero por una cuestión de focalización hemos rescatado o considerado importantes las que más influían de forma más reactiva.

SEGUNDA PARTE

LOS MARCOS

I MARCO ETNOGRÁFICO CONTEXTUAL

CAPÍTULO 3: LA ANAMNESIS DE LOS DATOS.

3.1 ¿DÓNDE ESTÁN LAS MUJERES?

Sin pretender hacer un análisis exhaustivo del mismo, puesto que ya hay autoras que han centrado su estudio en la evolución socio-histórica de la medicina y en particular sobre el sistema sanitario y las variables influyentes en los malestares en las mujeres, sí se ve necesaria una aproximación contextual para entender mejor por qué hablamos de malestares en las mujeres.

En un primer arranque de la investigación en el que se desarrolla un mapeo de datos estadísticos, se hace una aproximación del contexto histórico y se analizan algunos de los documentos procedentes de los organismos gubernamentales nacionales e internacionales, como el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), o las declaraciones de Alma-Ata (1978), Ottawa (1986) o Yakarta (1997).

En la revisión de estudios epidemiológicos con aras a detectar en el Estado español mujeres que han sufrido algún tipo de malestar, se ha encontrado una relación de síntomas comunes a todas ellas: el caso de la depresión o ansiedad, núcleos centrales en la convivencia con la menstruación, menopausia y los problemas alimentarios.

Es por ello que se decide plasmar, desde las estadísticas médicas y datos epidemiológicos, las diferencias existentes entre mujeres y hombres en cuanto a estrés, ansiedad y depresión, entre otros síntomas, que además generan vulnerabilidades.

La depresión, como contempla el DSM-V, es una de las *patologías* psiquiátricas que más se observa en atención primaria. Según datos de la OMS, en los próximos 15-20 años será la segunda causa o enfermedad psiquiátrica más grave a la que atender²⁰.

²⁰<http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2015/02/18/oms-alerta-depresion-sera-primera/928903.html>

Si miramos los datos y hacemos un repaso a lo que dice la Encuesta Nacional de Salud²¹, se da cuenta de que de los dos millones de personas que sufren depresión y ansiedad más del doble son mujeres.

Según el informe de utilización de medicamentos (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios)²² el consumo de antidepresivos en España ha pasado de 26,5 Dosis Habitante Día (DHD)²³ en el año 2000 a 79,5 DHD en el año 2013, representando un incremento del 200%.

La prevalencia-año y prevalencia-vida del episodio depresivo se ha estimado en un 3,9% y 10,5% respectivamente, siendo la prevalencia-vida mayor en mujeres (14,4%) que en hombres (6,2%).

El caso de la *trazodona* es otro dato que alude a la gravedad del problema, vendido como antidepresivo con actividad antihistamínica y acción sedante y que no dispone de indicación autorizada, ni en Estados Unidos ni en Europa y pese a ello se comercializa desde hace 40 años, registrándose un aumento sostenido de su consumo pasando de 0,23 DHD en el año 2000, a 2,39 DHD en 2013.

La edad de comienzo de estos problemas se sitúa en 20 años²⁴, por lo que cabe preguntar si realmente son enfermedades psiquiátricas o son estilos de vida, pues los acontecimientos vitales y las imágenes proyectadas cargadas de estereotipos y roles de género hacen que resurjan, por efecto acumulativo, elementos estresores y ansiosos.

Los siguientes datos, propios del estudio realizado en la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012, publicada el 14 de marzo del 2013²⁵ dicen que:

²¹ En adelante (ENS). Enlace a la información: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

²² Informe del 14/01/2015. Enlace a la información: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

²³ En adelante DHD.

²⁴ Enlace a la información: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

²⁵ Tiene como objetivo principal ofrecer información sobre la salud de la población para poder planificar evaluar de qué manera trabaja el Sistema Nacional de Salud y cómo poder mejorar las estrategias de intervención. También conocer los factores determinantes de salud, como por ejemplo los hábitos alimentarios, estilos de vida, los riesgos derivados del medio ambiente y ámbitos sociales, entre otros objetivos a tratar, todos ellos segregados por edad, sexo, comunidades autónomas, haciendo del desglose

Calidad de vida relacionada con la salud por sexo. 2011-2012.²⁶

	Hombres	Mujeres
Dolor o malestar: No tengo dolor ni malestar	82,1	68,6
Dolor o malestar: Tengo dolor o malestar leve	10,0	14,5
Dolor o malestar: Tengo dolor o malestar moderado	5,9	11,3
Dolor o malestar: Tengo dolor o malestar fuerte	1,8	5,1
Dolor o malestar: Tengo dolor o malestar extremo	0,3	0,5
Ansiedad o depresión: No estoy ansioso/a ni deprimido/a	90,0	81,0
Ansiedad o depresión: Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a	6,3	10,4
Ansiedad o depresión: Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	2,5	5,8
Ansiedad o depresión: Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	1,0	2,3
Ansiedad o depresión: Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a	0,3	0,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE-MSSSI

Los datos muestran cómo los hombres tienden a una mejora en la percepción de la salud. Si centramos la atención en los grupos de edad, el 76,7% de los hombres mayores de 15 años, dicen poseer buena salud, frente al 67,5% de las mujeres de edades de 16 a 44 años, y en lo general el 94,6% de los hombres frente al 91,1% de las mujeres.

En el grupo de edad de 45 a 64 años, el 80,2% de los hombres perciben su salud como buena frente al 73,3% de las mujeres. Y por último, en la escala de más de 65 años, la diferencia se acentúa, con un 51 % para los hombres un 39% de las mujeres.²⁷

Este mismo estudio también muestra los problemas crónicos como la artrosis y la tensión arterial alta, y se observan diferencias entre mujeres y hombres; para ellas los problemas asociados son los relacionados con las articulaciones y huesos, como artritis, dolores de espalda, dolores cervicales; frente a los asociados a los hombres, más relacionados con los hábitos alimentarios como tensión arterial alta y colesterol alto.

un análisis más exhaustivo.

²⁶ Unidades: porcentaje población de 15 y más años.

²⁷ Todos estos datos están sacados de los últimos estudios de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2013.

Para más información:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Síntomas y problemas de salud asociados a los hábitos y estares vitales que adoptan unos y otras. En el caso de las mujeres se relacionan con problemas relacionados con cargas que afectan al cuerpo; la doble jornada laboral no queda exenta de estos malestares.

Las depresiones y ansiedades que sufren las mujeres en mayor medida también afectan al aparato musculo-esquelético por el constante estrés en el que viven, hecho nada casual, y en ellas se refleja claramente que a cierta edad el cuidado en materia de alimentación se ve disminuido, por lo que los síntomas son los asociados al sistema endocrino. Un reflejo de esto último cómo la presión que sufren las mujeres en mantener un peso bajo, distinto a lo que se les pide a los hombres, tiene también consecuencias en la manera cómo se cuidan unos y otras.

Por tanto, no tiene la misma importancia la imagen corporal de las mujeres y la de los hombres. Una realidad de la sociedad que mantiene viva la hipótesis de los malestares en las mujeres. Tal como afirma la estrategia de salud mental del sistema nacional de salud 2009-2013:

“Según los datos del “Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe”, Ploubidis estudió la depresión (utilizando una escala de 12 síntomas depresivos) y el bienestar (utilizando una escala de satisfacción vital, humor positivo y felicidad) en 9 estados europeos. El estudio incluyó una muestra del estado español compuesta por 595 hombres y 845 mujeres mayores de 49 años. Tras ajustar por factores demográficos se encontró una considerable variabilidad entre los países. La puntuación más alta en depresión se registró en España seguida de Francia, Italia y Grecia y las puntuaciones más bajas en Austria, Alemania, Suecia, Dinamarca y Holanda. Las puntuaciones más altas en bienestar se obtuvieron en Dinamarca, Holanda, Suecia y Austria, y las más bajas en Italia, Grecia, Francia, Alemania y España. En la puntuación de síntomas depresivos, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Dinamarca, Holanda, Austria y Suecia mientras que en el resto de estados las mujeres tuvieron una puntuación mayor. En Austria, Francia y Grecia los hombres mostraron mayores puntuaciones de bienestar que las mujeres y al contrario ocurrió en Suecia y Dinamarca. En general, las personas residentes en España, Italia y Grecia mostraron los peores resultados en salud mental.”

España queda a la cola de un sistema sanitario que contemple los problemas fuera de la óptica biológica. El convencimiento de que la depresión y la ansiedad vienen dados por cuestiones sociales está cada vez más expuesto. Menopausia, menstruación y problemas alimentarios tienen su núcleo en como tratamos los hábitos cotidianos.

En lo referente a las cuestiones relacionadas en la calidad de vida tales como el autocuidado, las actividades cotidianas, el malestar o dolores varios, ansiedad o depresión, el porcentaje en los hombres es mucho más bajo que en las mujeres, siendo el 17,9% en los hombres frente al 31,4% en mujeres; padeciendo dolores extremos en un 5,7% las mujeres frente al 2,1% de los hombres.

Respecto a los malestares moderados la cifra de mujeres aumenta al 25,8% frente al 15,9 de ellos. Datos que muestran como en el 19% de mujeres que padecen depresión/ansiedad frente al 10% de los hombres, es a causa de problemas no derivados de enfermedades genéticas sino por la manera en cómo se viven los procesos vitales de las mujeres, y por ende en cómo son percibidos y transmitidos por la sociedad.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar, ansiedad o depresión). 2011-2012.

Calidad de vida relacionada con la salud (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor o malestar, ansiedad o depresión). 2011-2012		
(% población de 15 y más años)		
	Hombres	Mujeres
Movilidad		
No tengo problemas para caminar	89,1	83,1
Tengo problemas leves para caminar	5,0	7,2
Tengo problemas moderados para caminar	3,5	5,8
Tengo problemas graves para caminar	1,8	3,0
No puedo caminar	0,7	1,0
Autocuidado		
No tengo problemas para lavarme o vestirme	95,9	92,0
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	1,7	3,2
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	1,1	2,3
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	0,6	1,2
No puedo lavarme o vestirme	0,7	1,2
Actividades cotidianas		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	92,3	86,2
Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	3,4	6,0
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	2,3	4,0
Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas	1,1	2,0
No puedo realizar mis actividades cotidianas	1,0	1,8
Dolor o malestar		
No tengo dolor ni malestar	82,1	68,6
Tengo dolor o malestar leve	10,0	14,5
Tengo dolor o malestar moderado	5,9	11,3
Tengo dolor o malestar fuerte	1,8	5,1
Tengo dolor o malestar extremo	0,3	0,5
Ansiedad o depresión		
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	90,0	81,0
Estoy levemente ansioso/a o deprimido/a	6,3	10,4
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	2,5	5,8
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	1,0	2,3
Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a	0,3	0,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE-MSSSI

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE-MSSSI

Para hacer ver la desigualdad de datos mostrados basta recurrir a una aproximación jurídica, exponiendo algunos puntos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad²⁸. En el marco del Título I, del sistema de salud. Capítulo I de los principios generales:

Artículo tres, punto 4.

“Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias”.

Artículo ocho punto 1:

“Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.”

En el Capítulo II, de las actuaciones sanitarias del sistema de salud, el punto 15 del artículo dieciocho dice que:

“15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.”

En el Capítulo V que versa sobre la intervención pública en relación con la salud individual colectiva, el artículo veintisiete señala:

“Las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma, con especial atención a la protección de la salud de la población más vulnerable.”

²⁸ Visto el documento de la última actualización publicada el 13 de Junio de 2015.

Estos artículos muestran que la aplicabilidad de las leyes no son suficientemente efectivas ya que quedan en mero papel; es decir, la salud *de iure* pero no *de facto*.

Esta constatación es motivo para recriminar al gobierno que cumpla con lo establecido en las propias leyes y contemple el derecho a la sanidad de forma global incluyéndolo en la agenda política.

Para ello es necesario aplicar programas que se sustenten en un análisis epidemiológico con estudios demográficos centrándose en las diferencias biológicas y atendiendo a la morbilidad diferencial para adaptar la actividad del sistema sanitario a las demandas y necesidades de mujeres y hombres.

Al contemplar la propia ley, la igualdad entre hombres y mujeres debe considerar la perspectiva de género como herramienta indispensable y transversal a todos los estudios científicos destinados a tal fin, teniendo en consideración la óptica antropológica hacia la mejora de las políticas sanitarias.

Siguiendo en esta denuncia de la desigualdad de las mujeres, a continuación se expone el balance de los Problemas del Comportamiento Alimentario recogidos en la investigación llevada a cabo por la *Agency for Health care Research and Quality* y la *The Health care Cost and Utilization Project (HCUP)*²⁹ y que incluye una de las mayores colecciones de datos de atención hospitalaria en Estados Unidos.

“En 2005-2006, los costes totales del hospital que implican trastornos de la alimentación fueron de \$ 271 millones, un aumento del 61 por ciento en comparación con \$ 168 millones en 1999-2000. El coste medio por estancia hospitalaria fue de \$ 9.628 en 2005-2006 y \$ 7.046 en 1999-2000.”

No sólo cabe señalar el incremento exponencial del gasto en el tratamiento de estos problemas, también que la adolescencia y la juventud son quienes más los sufren.

²⁹ Todos los datos y casos procedentes del estudio son de TP.

Enlace a la información: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb70.pdf>

Enlace a la información:
<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/mental/mentalth/mentalth3.html>

Tal y como se refleja ha habido un aumento considerable en menores de edad, en torno a un 23%, si bien es cierto que la edad adulta es la que sufre en mayor medida estos problemas, (HCUP, 2009). Parte de este incremento lo sufren las mujeres ya que el 89% de los casos se dan en ellas frente al 11% de los hombres. Se constata así la implicación de la identidad de género en materia de salud.

“En todos los grupos de edad, en el período 2005-2006, el 4 por ciento de las estancias hospitalarias que implican trastornos de la alimentación, fueron niños menores de 12. Los pacientes jóvenes, de 12-19 años de edad representaron el 23 por ciento de las estancias. Los de 19-30 años, representaron el 27 por ciento, mientras que los años comprendidos entre 30-45 años de edad, representaron el 25 por ciento de los casos. El restante 15 por ciento y 6 por ciento, eran para edades 45-64 años de edad, y las personas de edad (65 años o más), respectivamente (...) La mayoría de los pacientes de trastornos alimentarios eran pacientes de sexo femenino. En 2005-2006, el 89 por ciento de los casos fueron pacientes de sexo femenino y el 11 por ciento de los casos fueron pacientes del sexo masculino. Las hospitalizaciones por trastornos de la alimentación aumentaron un 37 por ciento 1999-2000 a 2005-2006 para los pacientes de sexo masculino y un aumento del 16 por ciento de los pacientes de sexo femenino”

En Estados Unidos está ocurriendo lo que en España está empezando a emerger, el problema de la obesidad infantil como factor predeterminante en el desarrollo de un problema alimentario. Ambos casos de problemas de salud grave que, aún contrarios en sí mismos, se relacionan por simbiosis. En el Estado español, con la introducción de la comida rápida, la estrecha vinculación con altos índices de ansiedad y estrés, y toda una secuencia de imágenes de cuerpos delgados como sinónimo de éxito social, es cada vez más alarmante. Desafortunadamente hay datos poco relevantes que expongan el avance de estos problemas, y de los malestares en general por la falta de interés en investigarlo.

La búsqueda cuantitativa que se ha hecho desde las bases de datos como Psycinfo, Medline, Genderbias³⁰, aparece un resumen de los estudios de prevalencia de TCA en comunidades autónomas, pero no en el ámbito estatal.

³⁰ Es un Servicio actualmente desactualizado, del Gobierno de España, que pone al servicio artículos centrados en la salud y específicamente sobre los problemas de la salud de las mujeres. Resúmenes derivados de Medline y algunas revistas científicas.

Este tipo de investigaciones ayudan a una orientación sociodemográfica del problema pero no al percibir en su totalidad el problema, ya que la mayor parte de estos estudios no recogen un muestreo suficientemente amplio.

La perspectiva de género queda al desnudo y los datos por comunidades no pueden ser extrapolables al resto de la población, ya que tampoco evidencian la correlación que este problema tiene con los factores sociales y culturales por lo que ha sido imposible mostrar datos cuantitativos del fenómeno M.E.M.

Cabe apuntar que la mayoría de estos estudios vienen datados en la década de los noventa, realizados en el área infanto-juvenil, siendo escasos los estudios que amplían el muestreo a ámbitos universitarios, edades adultas y avanzadas, haciendo especial incidencia en el factor riesgo, o lo que es lo mismo, son estudios que se analizan en base a entrevistas y diagnósticos clínicos pero no desde las experiencias y el diálogo con las personas.

¿Cómo se trabajan desde los espacios internacionales?

Fue en 1978 cuando en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán, tuvo lugar del 6 al 12 de Septiembre la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, cuyo objetivo fue implementar los valores rectores para el desarrollo de un sistema sanitario que abordara las necesidades sanitarias prioritarias y determinantes en materia de salud, (OMS. 1978).

La puesta en escena de esta Declaración permitió que actores sociales, políticos y económicos fueran partícipes del modelo médico que en ese momento predominaba, reconociendo así el trabajo de las organizaciones en el bienestar de las personas.

Conceptos como equidad e igualdad en el acceso y garantía de derechos estuvieron en las agendas políticas internacionales, haciendo especial incidencia en las mujeres y niños, tal como se recoge en una de las recomendaciones de la Declaración.

“RECOMIENDA que, como parte de la cobertura total de las poblaciones mediante la atención primaria de salud se atribuya alta prioridad a las

necesidades especiales de las mujeres, los niños, los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos de la sociedad; y que se prosigan las actividades necesarias para identificar sistemáticamente, en el seno de todos los hogares y lugares de trabajo, a las personas más expuestas, a fin de prestarles atención permanente y eliminar los factores que contribuyen al mal estado de salud”

Las mujeres ya se encontraban en condiciones de desigualdad en cuanto a garantía y acceso a derechos sanitarios. Otra de las cuestiones, y que vienen a colación con el control que los sistemas médicos tienen en el mundo, es el hecho de que su condición *sine qua non* ha hecho de él un sistema regido por el androcentrismo, donde la figura masculina es la artífice de las investigaciones.

Esto ha propiciado que las investigaciones o tratamientos sobre y para las mujeres hayan sido escasas, a excepción de aquellos estudios que han supuesto un interés económico, como el de las píldoras anticonceptivas. Frente a esto la propia declaración expresa lo siguiente:

“5. Viene a complicar la situación el hecho de que, con demasiada frecuencia, los sistemas de salud se organizan al margen de la corriente principal del desarrollo social y económico. Casi siempre, esos sistemas se limitan a la prestación de asistencia médica, aunque la industrialización y la alteración deliberada del medio creen problemas de salud cuya solución adecuada escapa, con mucho, al ámbito de esta clase de asistencia”

Dentro de la prestación médica y la industrialización, es conveniente señalar que según una publicación de infosalus³¹, un estudio realizado en el *EAE Business School* muestra como en 2014 el gasto farmacéutico en España fue de alrededor 201,27€, un 2.41% más que el año anterior, mostrando una subida importante según los datos contrastados en 2008. Frente a esto la Declaración Alma-Ata en relación al corporativismo farmacéutico dijo lo siguiente:

“18. Es posible que algunas escuelas de planificación económica manifiesten reservas, partiendo de la creencia común de que el crecimiento económico por sí

³¹Información a la noticia: <http://www.infosalus.com/farmacía/noticia-cuanto-gasta-estado-medicinas-20150728154946.html>

solo traerá como consecuencia la solución de los problemas de salud. En respuesta a esa hipótesis debe explicarse que, si bien es cierto que el verdadero desarrollo social y económico puede indudablemente contribuir al mejoramiento de la salud, es también necesario aplicar directamente medidas de salud para mejorar la situación sanitaria y que, como se ha dicho ya, las actividades de todos los sectores interesados se fortalecen mutuamente”

Siguiendo con los estándares internacionales, cabe hacer referencia a la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa el 21 de noviembre del 1986 bajo el título *Salud para Todos en el año 2000*, (OMS, 1986).

Esta declaración sostiene que la promoción de la salud no concierne únicamente al bienestar físico y psíquico, y por tanto no debiera ser exclusivo de lo sanitario. Nuevamente reafirma el objetivo de implementar en las políticas sanitarias otras dimensiones de la población que garanticen un progreso personal, económico, social e igualitario hacia el desarrollo de la calidad de vida.

Factores sociales, políticos, culturales, económicos, biológicos o medio ambientales apuntan a una mejora del bienestar o al detrimento de ésta, por lo que la acción clave es implementar la promoción de la salud desde la óptica de los sistemas múltiples y reducir diferencias para asegurar un estado de salud acorde a la sociedad vigente. Visibilizar a las mujeres en el sector sanitario es hacerlas partícipes en el desarrollo de un estado de salud basado en la igualdad. Así lo menciona la declaración:

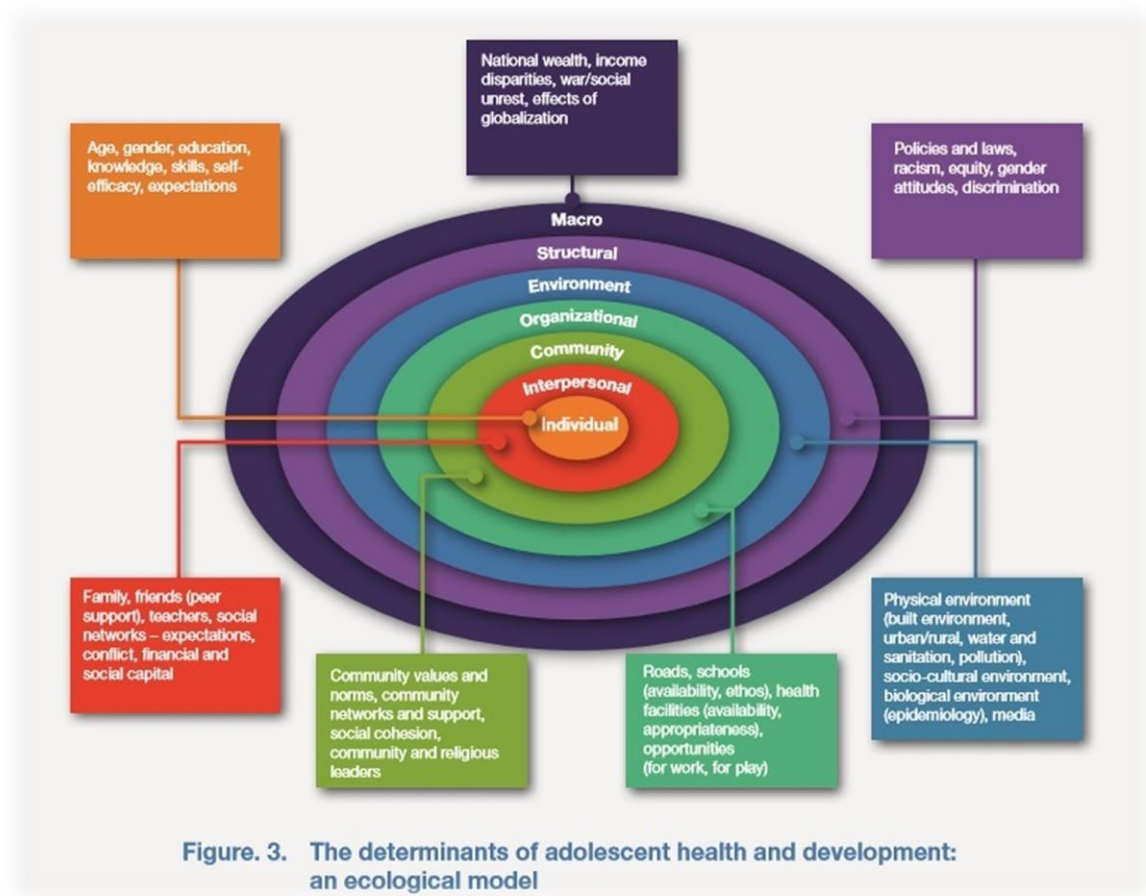
“La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional”

En la Declaración de Yakarta adoptada en 1997 por la Cuarta Conferencia Internacional, se trataron aspectos para la Promoción de la Salud del Siglo XXI, con el fin de criticar y aportar puntos primordiales ante la imposible puesta en marcha de los objetivos que se plantearon en el ambicioso compromiso adoptado en Alma-Ata bajo el título *Salud para todos*, replanteado posteriormente en la carta de Ottawa (OMS, 1997).

Estos aportes suponen una exigencia y crítica a las organizaciones gubernamentales nacionales e internacionales para que pongan en marcha los objetivos propuestos en las declaraciones anteriores y conseguir así los objetivos que tenían previstos, haciendo hincapié en el empoderamiento de las mujeres, la justicia social, los derechos humanos o la equidad.

Más tarde, el 14 de Mayo de 2014³² la Organización Mundial de la Salud emitió un comunicado donde, tras el informe elaborado con el título *Health for the world's adolescents*, alarmaba de que la depresión era la principal causa de enfermedad más común en la adolescencia, en edades comprendidas entre 10 y 19 años, señalando la existencia de 1000 casos con síntomas depresivos.

El siguiente cuadro recoge los factores implicados en el desarrollo de la salud de la población adolescente:



³²Información al estudio: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>

Y aparece explicado de la siguiente manera:

Hay numerosos factores que protegen o socavan la salud de los adolescentes, que tienen su Impacto en muchos niveles diferentes (figura 3)³³:

- *En el nivel individual, por ejemplo, la edad, el género, el conocimiento, las habilidades y el empoderamiento.*
- *El nivel de las familias y compañeros, donde los adolescentes tienen la mayor parte de sus relaciones estrechas;*
- *El nivel de la comunidad, y a través de las organizaciones que proporcionan servicios y adolescentes con oportunidades, como escuelas y centros de salud; y*
- *Más distalmente, a través de prácticas y normas culturales, a través de los medios de comunicación y medios digitales interactivos, y a través de los determinantes sociales, incluidas las políticas y las decisiones políticas sobre la distribución de los recursos, el poder y el ejercicio de los derechos humanos.*

Si bien es cierto que el estudio refleja la atención dada a la multicausalidad de la enfermedad, en ningún momento hacen alusión a una explicación social o cultural.

De hecho la OMS habla de depresión o ansiedad como *enfermedad clínica*, argumentando que la aparición de este tipo de enfermedades tiene una repercusión en todas las esferas que muestra el gráfico, pero no refleja suficientemente que el recorrido es bidireccional, y que los problemas en salud individuales tienen correlación con la posición de las personas y los estratos del sistema social, pero en cambio sí que exponen que en la representación de la depresión, los síntomas más frecuentes son los relacionados con los problemas gastrointestinales, dolores de cabeza o migrañas, pérdida de peso u obsesión-compulsión, trastornos del sueño y alteraciones en la percepción de la sexualidad.

Es imposible que se puedan tratar los malestares si no se cambia la óptica del entendimiento, y para ello la OMS debe redefinir que los problemas no asociados con trastornos mentales deben quedar exentos de tratamiento y lectura clínica.

³³ TP.

De hecho, y aunque suene contradictorio, lo ratifica en la resolución A68/14 en el punto 12 de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 24 de abril de 2015:

“La necesidad de una representación firme de temas tales como desigualdad, género, mujer, juventud, recuperación, migración y cambio climático; y análogamente en lo concerniente a transparencia, universalidad, carácter multidimensional, producción y consumo sostenibles. Desde la perspectiva sanitaria, la Declaración debería incorporar los principales temas del objetivo sanitario, además de la función que desempeña la salud de manera más general en el desarrollo sostenible.”

Será nuevamente imposible acogerse a la seriedad y legalidad que deben sostenerse en declaraciones y resoluciones como éstas. No solo debe quedar constatado en los organismos, sino también en estudios que versen sobre la desigualdad y la salud.

Trabajar en un modelo pro salud hacia una sociedad que proteja los derechos sanitarios es contribuir a que las desigualdades de género se vean mermadas, evitando el estancamiento que marcó los progresos hacia los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y que hicieron que de nuevo se examinara el tema en todos los puntos acordados en cada declaración.³⁴

Tras el fin de estos objetivos, se elaboraron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)³⁵ propuestos por el grupo de trabajo de la Asamblea General de la ONU. Dos de estos objetivos tienen especial vinculación con este estudio:

“Objetivo 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”

“Objetivo 5 Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.”

³⁴ En Agosto de 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud publicara un informe haciendo un llamamiento a las organizaciones a que prestaran mayor atención en materia de salud en las políticas gubernamentales y sectores relacionados, marcando además que las lagunas existentes en los resultados fue debido a la falta de atención en políticas sanitarias.

³⁵ Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (que sustituyen a los Objetivos del Milenio), son parte de la nueva agenda post 2015 que este Diciembre 2015 Naciones Unidas pondrá en marcha bajo el título “El camino hacia dignidad para 2030” con el objetivo de mejorar los ODM en situaciones de desigualdad mundial. En estos ODS también la Salud tendrá un espacio importante sobre el que debatir.

Este punto de mejorar la asistencia sanitaria hacia la promoción del bienestar de las personas, propició que en 1980 la OMS convocara un grupo que examinara toda la información referente a la menopausia, cuya finalidad fue sacar investigaciones futuras para la mejora en el tratamiento y saberes acerca de los estados vitales por los que pasaban las mujeres en edades avanzadas. No se hizo lo mismo con la menstruación.

Cabe preguntar si el interés de la creación de este grupo viene derivado por el incremento de la pirámide poblacional que en mayor medida está sustentada por mujeres, y que además pudiera ser una línea de actuación que invita a otros intereses sociales de índole farmacéutico a ocupar estos espacios.

Aquí expongo las dos organizaciones que trabajan con la menopausia, y que desde la crítica feminista, se ponen en cuestión por quiénes representan sus Juntas Directivas, siendo hombres los que ocupan altos cargos.

En la Asociación española de estudios de la mujer³⁶:

Junta Directiva 2014-2018

Presidente: Dr. Plácido Llana Coto

Secretario: Dr. Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara

Tesorera: Dra. Montserrat Manubens Grau

Vocales:

Dra. Laura Baquedano Mainar

Dra. Ana Rosa Jurado López

Dr. Pedro Abad Prados

Dr. Daniel Lubián López

³⁶Información a la web: <http://www.aeem.es/aeem/1.html>

En la *International Menopause Society*³⁷:

IMS Officers and Board	
Rodney Baber (Australia)	President
Victor Henderson (USA)	General Secretary
Mary Ann Lumsden (UK)	Treasurer
Mary Ann Lumsden (UK)	President Elect General Secretary Elect
Tobie de Villiers (South Africa)	Chairman of Past Presidents
Camilo Castelo Branco (Spain)	Chairman of CAMS
Lee Tomkins (UK)	Executive Director
Amos Pines (Israel)	Director of Education and Development

Las asociaciones que hay en España y que trabajan en la menstruación, tienen como objetivo centrarse en aquellas enfermedades que vienen derivadas de los problemas menstruales, como el caso de la Asociación Española de ovarios poliquísticos³⁸ o la Asociación de Endometriosis de España³⁹.

En el ámbito europeo, existe la *European Menopause and Andropause Society*⁴⁰ y en Estados Unidos la *American Society Andrology*⁴¹. Ambas trabajando, igual que las anteriores, desde lo clínico, con formatos similares de intervención medicalizada.

Sin entrar más en el registro exhaustivo de las asociaciones y organizaciones que trabajan para tal fin quisiera mencionar que en todas las asociaciones citadas en este apartado tienen entidades financiadoras, siendo clínicas o empresas farmacéuticas.

³⁷ Más Información: <http://www.imsociety.org/>

³⁸ Más Información: <http://www.aesopspain.org/sop/que-es-el-sop/>

³⁹ Más Información: <http://www.endoinfo.org/tag/menstruacion/>

⁴⁰ Más Información: <http://www.emas-online.org/>

⁴¹ Más Información: <http://andrologysociety.org/home.aspx>

Algunas entidades colaboradoras que aparecen en las asociaciones mencionadas:



La escasez de investigaciones hace que precisamente sean poco concluyentes los datos sobre estos estados vitales y por tanto la optimización de recursos para una adecuada intervención, sean inexistentes.

Para finalizar con este apartado, el punto 132 de la Declaración de Alma-Ata expone, al igual que lo recogieron más tarde el resto de declaraciones y resoluciones, lo siguiente:

“132. Las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales pueden hacer una aportación muy valiosas a los programas de atención primaria de salud, precisamente porque actúan en el seno de la comunidad. Asumen las mismas funciones que las organizaciones gubernamentales internacionales, puesto que prestan ayuda técnica y financiera a los países, y deben asegurarse de que esa ayuda se destina a la promoción de la atención primaria de salud y de su sistema de apoyo”

A pesar de los datos, de las recomendaciones y obligaciones de los organismos internacionales a los Estados, el grado de actuación en materia sanitaria sigue siendo sinónimo de vulneración de derechos en tanto que no atienden a la sociedad en toda su expresión y realidad.

Roles, labores, comportamientos, intereses, mercados financieros y una estructura controlada por el poder, hace que cada actuación quede devaluada cuando se trata de la vida y la situación de las mujeres.

Estructuras que, como ya hemos visto, las excluyen de todo proceso participativo y de los espacios de toma de decisión y de poder. El mandato social y cultural de base jerárquica, de función dicotómica y de pensamiento sexualizado, divide lo femenino de lo masculino y lo caracteriza, respectivamente, en inferioridad y superioridad.

Esferas que precisan, como a continuación veremos, de estudios que centren la atención en estas problemática sociales desde la perspectiva de género, los derechos humanos y desde la antropología de la salud.

II. MARCO TEÓRICO

Reseña del Marco Teórico

Temas como la salud, la enfermedad, los patrones culturales, las corporalidades, la identidad, el género y el uso de las tecnologías, serán los puntos analizar para explicar sus influencias en el desarrollo de los malestares en las mujeres.

El objetivo es explorar desde los sistemas micro y macro, las justificaciones y argumentaciones que solidifican una ciencia basada en el androcentismo y la supremacía masculina, en contraposición con los postulados de la teoría feminista y antropológica quienes las descalifican.

El estudio se centrará en un análisis pormenorizado de los conceptos dicotómicos como salud/enfermedad, mujer/hombre, bienestar/malestar y tratará la dimensión de los cuerpos como estructuras vehiculizantes en la discriminación de las corporalidades.

Un recorrido que reflexionará sobre lo ético y moral; sobre la permisibilidad de crear enfermedades sin causa orgánica justificada; sobre los factores que gravitan y fomentan las estructuras del capital humano y de poder, así como de qué manera todo esto crea un conglomerado de opiniones respecto al concepto de identidad como generadora de cambios y transformaciones.

La bioética estará presente, culminando con una aproximación a la influencia y legitimidad que los derechos humanos tienen en el área de la salud, y de qué manera las estructuras internacionales deben traspasar los intereses económicos para atender a una emergencia social: la vulneración de los derechos de las mujeres y la política sanitaria.

El abordaje de la salud y de los derechos humanos desde las estructuras simbólicas junto a la dialéctica antropológica y feminista, vinculando la identidad y la moral, marcarán un compendio de realidades e interpretaciones que polemizarán sobre las cuestiones que afectan a los M.E.M en la sociedad. Pasemos entonces a reflexionar.

CAPÍTULO 4: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LOS MALESTARES

4.1 EL RENACER DEL PATRIMONIO HISTÓRICO.

*Cuando ellas despierten de entre los muertos,
de entre las palabras,
de entre las leyes.*

Érase una vez...

*De la historia que sigue aún no puede decirse:
sólo es una historia.*

Este cuento sigue siendo real hoy en día.

*La mayoría de las mujeres que han despertado recuerdan haber dormido,
haber sido dormidas.*

Hélène Cixous

La risa de la medusa, 1995:17

Este análisis diacrónico permitirá comprender los comportamientos y prácticas de antaño y de ahora, del saber médico y del discurso popular y ofrecer una panorámica a la evolución de los malestares, sus procesos y transformaciones.

Regresar a los orígenes y conocer cómo la historia ha evolucionado en detrimento de las mujeres, y para esa regresión, las influencias de la Iglesia Católica, con su discurso del paraíso terrenal, fueron esenciales en tanto que sentenciaron y reafirmaron la posición y el compromiso que debían de acarrear en la sociedad.

Desde el plano sumiso y dependiente, las mujeres fueron repudiadas y rechazadas del ámbito público, controladas en lo privado y ausentes en los ámbitos políticos, económicos y sociales.

Sin hacer una teorización profunda en lo que respecta la doctrina eclesiástica, que no teológica,⁴² expongo una serie de argumentos que reafirman el uso y trato que han recibido las mujeres a lo largo de la historia bajo las gobernanzas canónicas.

Con la Santa Inquisición miles de mujeres fueron asesinadas y quemadas en las hogueras por sus prácticas como sanadoras, curanderas y comadronas, acusadas de utilizar un poder sexual que no era bienvenido. En esta época al iniciarse con prácticas de cuidados, las mujeres y la ciencia entrarían en una sangrante batalla aún hoy existente.

“Así la religión, depositaria de ese orden moral, establece dogmas y creencias que reflejan ese rol secundario de las mujeres, y no se conforma con eso, sino que las considera dignas de desprecio por una supuesta maldad intrínseca. El mito de Adán y Eva nos recuerda esos hechos” (Fuentes, 2012:64)

Cabe destacar entre los escritos bíblicos la alusión que hacen a la servidumbre de las mujeres, así como a la vulnerabilidad y la desigualdad de trato que recibían de los hombres. Tal y como se expone en los capítulos I y III del Génesis⁴³:

Capítulo I, sobre la *Creación*, en los versículos 26, 27:

1:26 Entonces dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y señor en los peces del mar, en las aves de los cielos, en las bestias, en toda la tierra, y en todo animal que se arrastra sobre la tierra.

1:27 Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó.

⁴² Si bien es cierto que una depende de la otra, cabe aclarar que la teología, como ciencia, profundiza más en el conocimiento, la razón de la verdad y de las cosas o hechos relacionados con Dios, sin tener porqué coincidir con lo que predica la doctrina eclesiástica. De hecho, estudiantes de teología, pueden o no, estar de acuerdo con las normas y leyes propias de la Iglesia Católica.

⁴³ Vistos algunos de los capítulos del Génesis. Se decide utilizar alguno de ellos como una manera de visibilizar, resumidamente, las representaciones de las mujeres en los escritos bíblicos, así como las influencias recibidas de antaño y que siguen caracterizando la sociedad actual.

Capítulo III, sobre la *desobediencia al hombre*, versículos 15, 16 y 17:

3:15 *Y pondré enemistad entre ti y la mujer, y entre tu simiente y la simiente suya; ésta te herirá en la cabeza, y tú le herirás en el calcañar.*

3:16 *A la mujer dijo: Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti.*

3:17 *Y al hombre dijo: Por cuanto obedeciste a la voz de tu mujer, y comiste del árbol de que te mandé diciendo: No comerás de él; maldita será la tierra por tu causa; con dolor comerás de ella todos los días de tu vida.*

El apocalipsis en la escisión de la vida se hace latente entre Adán y Eva, que haciendo referencia a los versículos mostrados, las mujeres quedan supeditadas bajo el mandato de Dios que es, al mismo tiempo, el hombre, al marido si estaban casadas, y al clero las consagradas. Las mujeres nacidas por la *Ley de la Naturaleza* eran consideradas débiles, tentadoras y emocionales (ausente de razonamientos) y cuya única salvación era corresponder a su naturaleza, es decir, la procreación, el cuidado familiar y adoptar actitudes de humildad y penitencia.

En los versículos 15, 16 y 17 las referencias bíblicas muestran ejemplos de cómo la violencia es considerada *normal* en las relaciones entre hombres y mujeres, también en relaciones de poder en donde la maternidad se asocia al dolor, o la afirmación de que obedecer a la mujer es un acto de inmoralidad que debe ser castigado.

En este recorrido histórico, las mujeres han sido las portadoras del mal y manejadas bajo los sistemas no sólo en lo eclesiástico, también en lo político⁴⁴, económico⁴⁵, simbólico⁴⁶ o médico⁴⁷.

⁴⁴ Pilar Primo de Rivera, con la sección femenina y bajo el mandato del dictador Franco trató de cercenar la vida de las mujeres, instruyéndolas bajo un duro adoctrinamiento en el que la educación fue servir única y exclusivamente al hombre.

⁴⁵ Después de la proclamación en 1910 del *Día Internacional de la Mujer*, tuvo lugar el 25 de Marzo de 1911 una protesta de las trabajadoras por los derechos laborales, de la fábrica de camisas llamada *Triangle Shirt Waist*, en Nueva York, que acabó con un incendio cobrándose la vida de más de 140

Esta introducción por tanto pretende poner sobre la mesa el peso que la Iglesia ha tenido, y sigue teniendo, en términos de androcentrismo y patriarcado. Si bien es cierto que reconoce la igualdad entre hombres y mujeres, en la práctica sigue habiendo situaciones de subordinación y adoctrinamiento, asistiendo a una lectura sesgada ante la tradición y los valores que predica la doctrina eclesiástica.

Desde las distintas épocas, la ciencia viene proporcionando argumentos que justifican y consolidan los prejuicios impuestos desde la religión y la organización social en materia de género, sin cuestionarlos. Esto se debe a la influencia del pensamiento clásico judeo-cristiano en la visión de las mujeres, y la relevancia que se le da en el antiguo y nuevo testamento, gestionando hasta hoy, la vida de las mujeres.

Pero no solo las doctrinas eclesiásticas son factores del control del cuerpo de las mujeres, la ciencia y la medicina convergen en unión. El crecimiento de la medicalización, la aparición de enfermedades basadas en el desarrollo de los ciclos vitales y el control de los cuerpos para regular e incluso condenar el disfrute de la sexualidad femenina, han sido los causantes de un sistema que aprueba el sometimiento de las mujeres desde una doble vía, la religiosa y la médica.

“El crecimiento de la medicalización de la menopausia se inscribe bajo el desarrollo de la endocrinología, a principios del siglo XX, quien une el cuerpo de la mujer en el discurso de la hormona. En la segunda mitad del siglo XX, la medicalización generaliza y se apoya en la creencia de los dispositivos médicos institucionales, confirmando el control médico sobre los cuerpos de las mujeres”.

(Vinel, 2004:2)

La historia de los cuerpos femeninos, la necesidad de controlarlos por regulación hormonal y la dependencia que a partir del siglo XX entrañó la medicina, hizo que

jóvenes trabajadoras. Suceso que tuvo grandes repercusiones en la legislación laboral en la lucha por los derechos laborales de las mujeres.

⁴⁶ A raíz de las primeras exhibiciones de los cuerpos de las mujeres y hasta la actualidad, los cuerpos han sido controlados bajo las explotaciones simbólicas de la industria de la moda, los medios de comunicación y la publicidad. El cuerpo de las mujeres están siendo sometidos a la esclavitud simbólica de la Sociedad.

⁴⁷ La medicina y la industria farmacéutica, han suplantado el poder de los ritos y las formas alternativas de cuidado que poseían las mujeres, haciendo que su bienestar sea vea controlado exclusivamente por ambas corporaciones.

provocara la guerra de las enfermedades inventadas, atribuyendo determinadas patologías según sexo, por el ejemplo el caso de la homosexualidad.

El tratamiento social que recibían los problemas bio-psico-sociales, fue delimitado al servicio de la ciencia y las tecnologías. La omnipresencia médica y farmacéutica se hizo latente en el Estado, y la influencia de la Iglesia basada en el respeto a los ritos y creencias católicas propició una sublevación de movimientos feministas, también la de muchas mujeres creyentes.

Fue entonces cuando en los años cincuenta⁴⁸ la teología feminista nace siendo una de las precursoras de los movimientos feministas de aquella época, las feministas norteamericanas de liberación, expresando que aun siendo devotas a Dios defendían la igualdad y dignidad del hombre y la mujer desde la práctica y para una transformación social, en este caso, de base católica.

Fueron ellas las que criticaron la sociedad y propusieron nuevas formas de luchar contra la opresión a las que estaban siendo sometidas a través del respeto de las normas y las leyes clericales, analizando los discursos de la religión y reformulando la teología para poner en tela de juicio conceptos como género y patriarcado.

La Iglesia Católica ha formado parte de la perpetración de estas desigualdades sociales y de derechos, y por esa misma razón es necesario recordar el movimiento de mujeres que emergieron para visibilizar algunas de las violaciones que estaban sufriendo, y que aquí nos centraremos en lo que afectaba al área de la salud.

⁴⁸ Información extraída del Informe de posicionamiento del Lobby Europeo de mujeres. “La religión y los derechos humanos”: <http://www.redfeminista.org/noticia.asp?id=5753>

4.2 MOVIMIENTO DE MUJERES POR LA SALUD⁴⁹

Entendiendo que este capítulo trata de pincelar algunos puntos clave para acercar al lector/a al origen y el resurgir del estado en cuestión, es necesario centrar la mirada en uno de los principios teórico-históricos de la investigación.

Podríamos hablar de infinitos movimientos feministas (y/o de mujeres) que fueron clave en la evolución y transformación social en la medicina. Fueron las norteamericanas las precursoras de grandes cambios, sacando a la luz desajustes jurídicos.

Fue en los años setenta con el movimiento *Feminist Women's Health Clinics*⁵⁰, cuando se puso en marcha las denuncias a toda práctica médica que supusiera un peligro para la salud de las mujeres, mostrando las irregularidades y los vacíos jurídicos.

Cinco años más tarde nació las *National Women's Health Network*⁵¹ con el objetivo de presionar a la agencia americana del control de medicamentos, a las grandes farmacéuticas y a las clínicas médicas que, basándose en innovación científica y tecnológica, controlan y someten los cuerpos a prácticas insospechadas, además de influir en la política americana como mecanismo de regulación.

En esa misma época nació un movimiento de mujeres llamado *Our Bodies Ourselves*, y que aún hoy mantiene su importancia en Estados Unidos, haciendo un pregón para exponer la influencia negativa de la medicalización en el bienestar, y sus influencias en la maternidad, menstruación, menopausia y vejez, reivindicando una estructura que representara la realidad de las mujeres en las instituciones y la política.

Si bien es cierto que esta trayectoria supuso un salto importante en la defensa de los derechos de las mujeres, el paso más contundente surgió en la creación de la Organización Mundial de la Salud dentro de Naciones Unidas, donde a través de

⁴⁹ El acercamiento histórico se ha centrado en los dos países donde se ha desarrollado esta tesis: el Estado Español y Estados Unidos. Si bien es cierto, es una aproximación histórica, sirve para contextualizar a quien se sirva esta investigación.

⁵⁰ Más información: <http://www.feministcenter.org/>

⁵¹ Actualmente es una de las mejores organizaciones que trabaja en esta línea. Más información: <https://www.myphilanthropedia.org/top-nonprofits/national/reproductive-health-rights-justice/2013/national-womens-health-network>

conferencias y asambleas mundiales y tras la insistencia de mujeres por tratar con urgencia la cuestión de los derechos y la salud, se creó un grupo de trabajo con el posterior departamento denominado de *Género, Equidad y Derechos Humanos*.

Esta breve aproximación histórica ayudará a trazar una panorámica con los siguientes capítulos, que analizarán las estructuras y funciones que influyen en las desigualdades de la salud, mostrando un marco conceptual compatible con los intereses derivados de la globalización para y con una nueva práctica sanitaria que respete los derechos humanos.

CAPÍTULO 5: LA SALUD Y LA ANTROPOLOGÍA EN LA ERA DE LAS TECNOLOGÍAS CIENTÍFICAS.

5.1 REINVENTANDO UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD

“En consecuencia, la medicina, que tiene por función no sólo curar sino llevar lo más lejos posible su preocupación por la conservación del yo, no sólo es un segmento muy importante de nuestra cultura sino el dominante, y no está lejos de ser únicamente él toda la cultura”
(Laplantine, 1999: 380)

El lenguaje y su retórica es una de las vías de expresión más fuertes en la dialéctica, en la interpretación y construcción social, capaz de convertir las palabras en acciones que preceden al pensamiento, generando una práctica que no atiende sólo a la realidad sino que se construye por los poderes de los símbolos y la lingüística.

Por ese motivo y aunque no centremos este punto en cómo la retórica como disciplina puede generar cambios en las acciones y comportamientos del ser humano, si lo haremos para analizar conceptos como medicina, salud y enfermedad, y de qué manera las formas de entender los términos generarán factores que afectan al bienestar.

“La salud es el lugar de expresión del desarrollo social y económico, un marcador clave de la riqueza y el desarrollo de las naciones. Se convierte en un lugar privilegiado de la lucha contra las desigualdades y la redistribución de la riqueza, una palanca de desarrollo colectivo así como personal” (Massé, 2001:12)⁵²

Si cambiamos el sentido de la medicina científicista y normativa, y se deja espacio a la persona, a sus palabras, pensamientos y sentimientos sobre sus estados y problemas, la intervención será no solo más eficaz sino más coherente, sin distinción ético-moral.

Por eso la antropología de la salud permite ver cuánto de sano hay en la enfermedad y cuanto de enfermo en la salud, ayudando a analizar la interacción del bienestar biopsicosocial, atendiendo a conceptos como cultura, identidad, género, malestares y mostrando la visión esencialista en la que se esconde la medicina ortodoxa.

“Ya no se trata de conducir a la gente hacia la salvación en el más allá, sino más bien de asegurarlo en este mundo. Y en este contexto, la palabra salvación adquiere un significado diferente, salud, bienestar, seguridad, protección contra los accidentes” (Foucault, 2001:247)

Si entendemos la antropología como un proceso de desarrollo social y político, entendemos también que en sus respuestas de análisis la población-objeto se verá beneficiada y en su puesta en marcha el estudio va a requerir de redefinición.

Por ello cabe argüir, dentro del concepto de salud, acerca de las políticas y los sistemas sanitarios, de los juicios moralistas y la percepción conceptual que de ella se tiene atendiendo a la definición que marca la Organización Mundial de la Salud, entendiéndola como *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵³*

El sentido de la responsabilidad y el rol de culpabilidad es una de las cuestiones fundamentales que encierra el concepto de salud y enfermedad, así como el tipo de

⁵² TP

⁵³ Definición procedente del Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. La definición no ha sido modificada desde 1948, año que entró en vigor.

estilo de vida adoptado. En esta esfera vital de las sociedades posmodernas donde las conductas, comportamientos y actos que interfieren en el desarrollo de un estilo de vida sano, son recubiertas de una *responsabilidad social* ineludible y necesariamente recaerá dichas responsabilidades sobre la propia persona, a veces sin saberlo ni ser conscientes.

Este mecanismo de irresponsabilidad del Estado y de responsabilidad del individuo viene dada por una acción política de interés económico, puesto que este mecanismo de causa-efecto, a lo que he llamado *riesgo moralista*, viene a decir que todo acto que suponga daño o peligro en el desarrollo del bienestar tiene que ser asumido de manera individual.

Si bien es cierto que ante la toma de decisiones que no necesariamente entrañen un peligro vital, sí lo son de cara al incumplimiento moralista de los valores y prácticas por las que se rige la sociedad, muchas de ellas exigidas por comités de bioética y/o regidos por las leyes del gobierno.

A modo de ejemplo encontramos los casos de mujeres que frente a la presión social y al acceso a una cantidad ilimitada de alimentos con altos índices calóricos, grasos, preparados y ante un sistema que oprime los cuerpos que no entran en los cánones establecidos, legitimados social y culturalmente, hace que la responsabilidad última recaiga exclusivamente en ellas, sin que se repare sobre el control de los medios de comunicación e industrias que defienden y fabrican estas fórmulas de opulencia.

Asistimos a una función social cuyo objetivo es regular las normas de (no) convivencia entre mujeres y hombres en una sociedad destinada a cargar con los propios problemas, y hablamos de un derecho que no cumple con su finalidad, permitiendo normas sociales que esclavizan, en el silencio y en la invisibilidad, a las mujeres, y que de manera directa repercute en los hombres dotándoles de una posición de valor y superioridad. La sanidad no atiende de la misma manera a hombres que a mujeres.

La salud no entiende de decisiones propias ni de comportamientos basados en el *desorden moral* que suponen las biografías, insistiendo en imposiciones de carácter sanitario que siendo lícitas vulneran la salud de las personas, bajo el estandarte de la innovación científica.

Si bien es cierto que nuestro modelo de salud viene avalado por una ley universal cuyo propósito es velar por la seguridad sanitaria, muchas de sus iniciativas y programas están alentadas por controles sanitarios derivados de las corporaciones.

Estos mecanismos de internalización del control y cumplimiento de las normas, desde los sistemas macro, reproducen y afectan en las estructuras locales y personales, desde los sistemas micro, creando la estructura del estado del malestar.

“La pérdida de interés por el movimiento posmoderno, el análisis macro-social de los sistemas y políticas de salud, la antropología de la salud, especialmente en Norte-América, ha centrado recientemente su atención en el micro-análisis de alternativas de tratamiento, construcciones individuales del significado de la enfermedad, la indeterminación de comportamientos y creencias, bajo la incertidumbre de los itinerarios y las relaciones con la atención, o en los factores locales” (Massé, 2001:24)⁵⁴

Estos dos sistemas, macro y micro, son en realidad la paradoja sanitaria en tanto que las inversiones en innovación y desarrollo en indicadores de salud, con el beneplácito de estar utilizando ciencia y técnica hacia el desarrollo del bienestar, en realidad están aplicando instrumentos de control hacia el desarrollo del capital humano basado en las insatisfacciones y las malas praxis.

Dicha contradicción, evidentemente peliaguda en lo que respecta a los resultados en salud pública, pone en entredicho que cuando hablamos de microsistemas en realidad estamos hablando de macrosistemas; eso es lo que anteriormente he denominado como *riesgo moralista*, o cómo lo macro afecta de manera directa a lo micro. Pero las respuestas y responsabilidades de las consecuencias no las soluciona el propio sistema, y es por eso que nos aferramos a la idea del *capital humano* (Bourdieu, 1983).

“En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive.” (Foucault, 1966:61)

⁵⁴ TP

Idea que sirve para discurrir entre las dos fronteras de la salud, la del bienestar consumado y la del bienestar tiránico, y que insalvablemente adquiere el tinte del consumismo y de la inversión del capital cerrando el espacio al sufrimiento y el malestar, capital regido por valores, difundido por doctrinas y sometido a comportamientos y conductas humanas.

Hablamos entonces de un desplazamiento de conceptos y valoraciones sociales donde el consumo del bienestar tiránico es lo que está postergando y enterrando al bienestar no basado en el consumo y el capital. Lo que se valora ahora es el sujeto que se trata desde la riqueza y lo material resolviéndose en forma individualista un modelo corporativo, o lo que es lo mismo, un modelo de bienestar corporativo.

La definición de salud debería ostentar un modelo de persona, y es a partir de esa definición donde las herramientas científicas entran en acción. El problema surge entonces cuando la ley está por encima de las experiencias y la dialéctica humana y emergen las dos caras de la salud, explicadas a continuación.

5.2 LA OTRA SALUD. ENFRENTAMIENTO PARA UN ORDEN CULTURAL EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN

Analizar los límites entre lo biológico y lo social es indispensable en el diálogo con la medicina, para dar paso a las dimensiones socioculturales que contribuyen en la construcción social de la salud y de la enfermedad, así como sus determinantes.

En la sociedad tenemos un uso unívoco de la medicina convencional y en ella encontramos dicotomías como bien/mal, biológico-social o natural-cultural, que cuestionan la realidad e influyen en una práctica determinada como acto terapéutico. La segmentación de lo social y lo biológico ha devenido de la creciente especialización de las disciplinas del sistema médico, generando compartimentos estancos.

“Es de constatar que, en el origen, la distinción entre lo social y lo biológico deriva del proceso de segmentación de la realidad social por la ciencia y a creciente especialización de sus diferentes disciplinas”(Devillard, 1990:81)

El sistema de salud atiende a las enfermedades desde unos parámetros objetivos y medibles, éstos son los signos, pero se desvincula de la realidad orgánica y de las percepciones, los síntomas, lo que hace ver que la medicina en tanto práctica sanitaria y técnica es una construcción de *operaciones tecnificadas* sin el encuentro de la dimensión social y cultural. En esta simbiosis encontramos dos caras de la misma moneda: construcción de salud por una parte y generación de enfermedad por otra.

Fue el Antropólogo Paolo Bartoli (1989) quien constató que la medicina, a través de la higiene⁵⁵, conquista el terreno de la salud. Justamente aquí es donde se consolida su propia vocación de reglamentar todos los aspectos de la vida cotidiana para darnos la importancia que cobran los hábitos en la construcción social de la salud.

Siguiendo los pasos de Catarina de Albuquerque⁵⁶, relatora de Naciones Unidas sobre el derecho humano al agua potable y al saneamiento se inició todo un trabajo en el que mostró las complejidades y dificultades por la que pasaban niñas con el período menstrual por las consecuencias de la falta de higiene y el casi nulo acceso al agua.

Si bien es cierto que en el Estado español no existen graves problemas de acceso al agua, es conveniente señalar cómo esta falta de acceso a servicios públicos mínimos afecta directamente a cómo está siendo tratada la atención de la menstruación vulnerando incluso, la garantía del derecho a la salud.

Aunque la conexión directa de los malestares con el enfoque de derechos se desarrollará en otros capítulos, es necesario señalar la polémica que existe en España sobre los impuestos en los productos básicos de higiene íntima, y que actualmente se encuentra en el 10%. Coste que, con la crisis económica, ha hecho que muchas mujeres no puedan pagárselos.

En esta misma línea Bartoli (1989) habla de la importancia de la vivencia de la menstruación, menopausia y problemas alimentarios, en tanto que deben ser tratados

⁵⁵ Enlace al programa de Carles Francino en la “Ventana” de la cadena ser en la que intervino hablando de este tema: http://cadenaser.com/programa/2015/07/01/la_ventana/1435758765_931587.html

⁵⁶ Información del trabajo como relatora especial: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/WaterAndSanitation/SRWater/Pages/CatarinaDeAlbuquerque.aspx>

como parte indisociable del derecho a una vida digna, del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, motivo por lo que se defiende la necesidad de verlo desde un enfoque de derechos en tanto que permitiría concebir la salud, y sus variantes, desde la óptica de las subjetividades.

Tal es la importancia de esta subjetivación de la salud que empieza a emerger en el Estado español la emisión de noticias y la existencia de un movimiento de activistas en redes sociales criticando que los productos de higiene íntima deben ser catalogados como productos de primera necesidad, y no convertirlos en lujo social debido al alto impuesto.

La capacidad de menstruar se debe a una condición fisiológica de las mujeres, es decir, una no decide (a priori) menstruar o no. A lo que vendría la siguiente pregunta: ¿por qué el gobierno no apoya la implantación de un IVA superreducido en los productos de higiene íntima como el caso de Canadá, o incluso plantear la aplicación de políticas que lo regulen?

Mientras que la cuestión de la salud no se desvincule de los intereses económicos y del abuso y uso que se hace del capital humano, el derecho a la salud seguirá siendo un elemento de control que afectará sobremedida a la salud física y mental, especialmente la de las mujeres.

El carácter cultural, social y el punto de vista de la ciencia, confluyen en cómo se presentan y se representan las enfermedades soslayando los principios éticos y perpetuando una racionalidad deficiente, por lo que si no existe una visión de la medicina de base sociocultural, difícil será entender de qué hablamos cuando hablamos de estares y por tanto, de derechos fundamentales.

“En los Estados Unidos, la salud y el tratamiento son considerados en términos biomédicos, por lo que el ciclo de vida y los estilos de vida, a menudo se consideran sólo en términos de biología, en términos estrictos” (Womack, 2010:93)

No se trata de desvincular la práctica sanitaria sino desmitificar argumentos que legitiman la incompatibilidad del discurso monosémico y monotemático de la biomedicina frente al discurso antropológico, y desvelar los procesos que generan la posibilidad de articular ambas ciencias.

Desde la afirmación de que lo personal es político concluimos este apartado para dar paso a cómo el análisis del poder y el control social de las grandes corporaciones han interferido en las esferas privadas, la menstruación, la menopausia y los problemas alimentarios, haciendo que las imposiciones que provienen de fuera, lo político, produzca efecto en el ámbito privado, lo personal, revirtiendo exclusivamente en las esferas de la economía y del saber.

En el siguiente capítulo hablaremos del malestar local e identitario; la otredad de los cuidados; las enfermedades pre-post y una sugerente reflexión acerca de la despolitización de la patología o de cómo el sufrimiento y las experiencias-vivencias deben ser el núcleo principal de cualquier actuación de la práctica sanitaria. También como las funciones de la medicina como son la técnica, lo normativo y el control social, encuentran un espacio de juego en los M.E.M.

CAPÍTULO 6: LA (LO) CURA DE CURAR (LO)

6.1 LA (DES) POLITIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA

Un ejemplo práctico antes de teorizar:

- a) Proceso de Despatologización de la Homosexualidad:

1968 DSM II: Desviación Sexual-Parafilia

1980: DSM III: Trastorno de Homosexualidad Egodistónica

2000 DSM IV: Trastorno de Identidad Sexual

2013: DSM V: Disforia de género

- b) ¿Cómo deciden en la APA⁵⁷ lo que es normal?

Votos a favor de despatologizar la homosexualidad: 5854

Votos en contra de despatologizar la homosexualidad: 3810

- c) Y mientras tanto, sentencian...

Siete meses antes de morir, el famoso psiquiatra estadounidense Leon Eisenberg, que descubrió el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), afirmó que se trata de "un ejemplo de enfermedad ficticia"⁵⁸

El propio concepto que encierra el título alberga la explicación de una de las razones del aumento de las enfermedades en la sociedad descritas en el DSM V. También el hecho de despolitizar o de evitar que las enfermedades tengan orientación en sus acciones y pensamientos políticos, las sumerge en un estado de inacción perenne.

Patologizar procesos, que hace años eran considerados como normales, hace del

⁵⁷ Asociación Americana de Psicología.

⁵⁸ Si bien no es la sentencia que corresponde a la despatologización de la homosexualidad, se ha puesto como ejemplo para dar información sobre las enfermedades ficticias. Enlace a la noticia: <https://actualidad.rt.com/ciencias/view/95483-psiquiatra-descubrio-tdah-enfermedad-ficticia>

estado de salud un ámbito dependiente de la profesión médica y de las industrias farmacológicas. Diríamos por tanto que patologizar es despolitizar la salud, y en cierta manera, una vía de usurpar derechos.

“Muchos sociólogos médicos han argumentado que la medicina moderna se utiliza cada vez más como un agente de control social (especialmente sobre la vida de las mujeres), haciéndolos dependientes de la profesión médica y de sus vínculos con la farmacéutica y otras industrias” (Helman, 2000:114)

La forma en que han sido educadas y socializadas las mujeres ha servido para despolitizar el capital humano y mantener las estructuras de poder haciendo que el malestar se manifieste en un grito silenciado a través de un diagnóstico que se sella con psicofármacos recetados, o directamente comprados, como los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos o relajantes musculares, haciendo que esta panacea, aparentemente indolora y rápida, las interna de forma continua en un cuerpo ajeno.

“Se ha valorado muy poco el dolor y el malestar que se encarga en lo más profundo del ser humano cuando la respuesta a las agresiones externas se ve mediatizada por un “ideal femenino” en el que callar, ser sumisa y no expresar los propios deseos es el modelo normativo a imitar” (Valls-Llobet, 2006: 204)

El silenciamiento de lo cultural y lo personal que Valls-Llobet (2006), denomina como *morbilidad femenina diferencial* viene a explicar que el sufrimiento que experimentan muchas mujeres, tanto físico como mental, es definido como agravante por el alto riesgo y prevalencia en la que se encuentran.

Para afirmar la veracidad de estas enfermedades, la política farmacéutica ha sometido a las mujeres a un estado de alteración emocional haciendo que las idas y venidas en las consultas, se centren en el discurso biomédico técnico y reduccionista, quedando la escucha de sus malestares enterrada en recetas.

Las mujeres, en un intento de *sálvense quien pueda*, quedan agrietadas por los discursos despolitizados y clasistas creando lo que he llamado la *supervivencia de la indiferencia*.

“Una serie de estares sociales que son motivos de consulta o de factores de

riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, porque son problemas que atañen exclusivamente a la salud femenina o también porque son más frecuentes en la mujer.” (Valls-Llobet, 2006:178)

La *supervivencia de la indiferencia* hace referencia a cómo la dialéctica médica mantiene en *stand by* la capacidad de las mujeres para empoderarse y reafirmarse para un cambio hacia su bienestar. En tanto que la razón médica prevalece sobre la razón subjetiva y pragmática, las mujeres se ven sometidas al despotismo médico ejerciendo las acciones que les son impuestas y sumergiéndolas en un estado de indiferencia⁵⁹ que además las convierte en supervivientes de su salud y víctimas⁶⁰ de la sociedad.

Todo esto se reduce al tecnicismo y la medicalización viendo a la persona no como su totalidad (individuo—contexto) sino desde la parcialización, es decir, la hiperespecialización médica. La salud y el significado del bienestar: tanto el consumado como el tiránico, generan un estado patógeno del que hablaremos a continuación.

6.2 LA SALUD PATÓGENA

Desde el resurgir de la medicina y los avances científicos, la política corporativa médica ha buscado el monopolio en sus quehaceres, gestionando la salud en base a una administración jurídica propia bajo la falacia del autocuidado, entendiéndolo como una forma de infravalorar el papel del individuo y su capacidad de cuidado en tanto que lo hace dependiente del sistema al encargarse de cuidados que por otra parte no responden al modelo de curar sino de perpetrar la salud patógena.

“Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de

⁵⁹ Cuando las acciones vienen controladas y dadas desde fuera, genera indiferencia o abulia por parte de quien las recibe, puesto que ya le viene dado. Ese desinterés es fruto del control social.

⁶⁰ Entendemos este victimismo como la situación que sufren las mujeres en tanto que no son controladoras de sus cuerpos sino que sus cuerpos son controlados por agentes externos. Este manejo desde fuera, hace que ante una situación de malestar quien tiene la responsabilidad última de evitarlo es el sujeto. El matiz de víctima en la esfera de la salud es necesario para responsabilizar al estado de sus actuaciones.

formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención” (Menéndez, 2003:186)

Desde la antropología, el concepto de autoatención refiere a las acciones que se realizan desde la cotidianeidad para cuidar la salud, prevenir enfermedades y evitar riesgos o agravantes; conductas todas ellas intencionadas para el sostén y la promoción.

La diferencia que aquí se plantea es que hablamos de atenciones que no dependen del sistema médico y que se instauran a través de experiencias y necesidades del propio organismo, sin recurrir, por ejemplo, a la medicalización.

Por autoatención nos referimos en este trabajo a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2003:198)

En esta concepción se ponen en valor factores determinantes como la clase, el trabajo, la edad y el género, en tanto que la construcción teórica de la misma va a depender de ellos, y especialmente porque la salud en las mujeres ostenta connotaciones derivadas de las funciones y responsabilidades del cuidado propio y ajeno.

El modelo universal basado en patrones científico-técnicos, aculturando estares vitales, diagnosticando y clasificando enfermedades, recae principalmente en las mujeres como *soportadoras* de la falacia de los cuidados y/o como *dadoras* de los cuidados para mantener a la estructura familiar.

“Pensar, en los albores del siglo XXI, en un modelo de atención integral de salud basado en el modelo de institucionalización puesto en pie en el siglo XIX y desarrollado en el XX es un contrasentido, máxime cuando ha basado su hegemonía en el rechazo y la ignorancia de la universalidad y la lógica estructural del autocuidado” (Comelles, 1993:188)

La justificación de esta categorización y prácticas se fundamentó en base al *welfare state*, un modelo del bienestar del siglo XX que aún hoy se encuentra envuelto en discusiones políticas y teóricas. Este modelo estabilizador hacia los beneficios económicos hizo que el propio Estado fuera el que interviniera en la autonomía de los mercados. En aras del modelo capitalista, donde confluían sistema médico y farmacéuticas, se puso en duda la sostenibilidad haciendo que en la actualidad el Estado del Bienestar esté pasando por una crisis económico-política y social.

El crecimiento económico fundamentado en el capitalismo hizo que el Estado controlara el mercado y la sociedad y actuara bajo la concepción individualista, racional y económica. Esto propició que los derechos sociales y sanitarios fueran controlados por el mercado, limitando la autonomía de la ciudadanía a la gestión y cuidado de la salud.

El asistencialismo que entiende la clase política bajo el estandarte filantrópico, ha creado un embalse de dependencia absoluta en la ciudadanía en cuanto a sus cuidados, desvirtuando dicho concepto de su significación y haciéndolo dependiente del otro, *la otredad del cuidado* es decir, cuando todos los cuidados se gestionan desde la mirada del otro que en este caso se trata de la óptica médica por antonomasia.

De esta forma asocian el autocuidado con asistencialismo y dependencia, articulándose las profesiones más corporativas al mundo de la producción y la comercialización. Enfocado hacia una ideología de salud sustentada en el “te aconsejo - te vendo”. Es decir, la *otredad del cuidado* supone desarrollar una serie de modelos que permitan alcanzar los estados saludables, desde la óptica de los corporativismos para dar argumentaciones y respaldo a la fabricación de nuevos síndromes.

"En el contexto de la desviación médica, Conrad (1979) distingue tres tipos de control social médico: la ideología médica, la colaboración y la tecnología. En pocas palabras, la ideología médica impone un modelo médico principalmente debido a los beneficios sociales e ideológicos acumulados; en colaboración médica, médicos ayudan (por lo general en un contexto organizacional) como proveedores de información, porteros, agentes institucionales y técnicos; tecnología médica sugiere el uso para el control social de los medios tecnológicos médicos, especialmente fármacos, cirugía y otros tipos de cribado (...)" (Conrad, 1992:216)

Tal y como señala Conrad (1992), estos tres tipos de control médico social son los encargados de regular el modelo médico basándose en el hecho de que la medicina juega un papel relevante en su acción hacia la curación de enfermedades; y eso sería verdad sino fuera porque hablamos de malestares sociales que han sido catalogados como patológicos creando una alarma social en tanto que ponen en el punto de mira la visión patógena de las manifestaciones clínicas consideradas fuera de la normalidad.

Según Conrad (1992), en los años ochenta empezó la supremacía médica a tratar y medicalizar los procesos naturales considerándolos como desviaciones clínicas, siendo las mujeres las mayoritariamente las afectadas.

"Los estudios realizados en la última década han examinado la amplitud de la medicalización de la vida de las mujeres: los defectos, el género, la desviación, obesidad, anorexia y bulimia y las cuestiones reproductivas, incluyendo parto, control de la natalidad, infertilidad, aborto, la menopausia y el síndrome premenstrual" (Conrad, 1992:222)

Esta medicalización es una de las tantas razones que manifiesta cómo el género es un factor influyente en la vulneración de las mujeres y las desigualdades en materia de derechos sanitarios.

6.3 EL PREPOST COMO COMPLEMENTO DE LOS MALESTARES

Hacer un llamamiento a este fenómeno denominado de los PrePost, es visibilizar los test psicométricos, los parámetros biológicos y los análisis clínicos como herramientas de definición de patologías, haciendo que lo que antes era un síntoma normal ahora esté dentro del umbral de la *anormalidad*, y por tanto de riesgo.

No solo la creación de nuevas enfermedades ha supuesto una iatrogenia invisibilizada, también la llegada de las nuevas *Enfermedades PrePost*. El objetivo de la ciencia en ascender el número de diagnósticos, donde el punto que marca los límites tanto por arriba como por debajo de los estándares, ha favorecido que miles de personas no enfermas se las categorizara como tal. Entender que es estar sano, casi sano, o

enfermo o gozar de buena salud está complicando los procesos vitales, no así de quienes con el PrePost aumentan sus ganancias.

Haciendo una breve explicación de lo que se entiende por pre y post, son aquellos síntomas vinculados a supuestas enfermedades como por ejemplo en la menopausia los conocidos sofocos, o en la menstruación los calambres, el aumento de la sensibilidad mamaria, dolores de cabeza como la migraña entre otros que además tienen relación con sentimientos emocionales como cansancio, ansiedad, tristeza nerviosismo, irritabilidad o pérdida de impulso sexual.

A pesar de los estudios fehacientes que muestran que tales vivencias y sensaciones no son razones suficientes como para diagnosticar patologías como las descritas, siguen tratándolas desde la falsa argumentación de velar por la seguridad del paciente. Miguel Jara⁶¹ en su repulsa a los negocios farmacéuticos, apunta en varias de sus entrevistas al incremento de los efectos secundarios procedentes de los fármacos, muchos de ellos retirados posteriormente⁶².

En la actualidad para estar bien, previamente hay que estar mal, para posteriormente volver a recaer, construyendo el fenómeno síndrome Pre-Post, es decir, epidemias que preocupan y ocupan a la población.

Siguiendo las ideas de Butler (1993), no hablamos de construcciones cuyas causas se inician desde el propio sujeto sino que son los procesos de carácter temporal quienes se manifiestan y se moldean a raíz de unas normas sociales.

Como ejemplo me remito a los estudios de la antropóloga Margaret Mead (1961), (1981) quien hizo un aporte fundamental para la disciplina antropológica en el saber de las relaciones entre hombres y mujeres, así como la explicación categórica de sexo y género, quien por entonces dio pistas de las diferencias entre hombres y mujeres en lo que afecta al ciclo de la vida, argumentando que las mujeres pasaban por etapas muy definidas que las categorizaba en mujeres o adolescentes, hablando de temas como

⁶¹ Escritor y periodista free lance. Es especialista en investigaciones relacionadas con salud y ecología.

⁶² Información de su web: <http://www.migueljara.com/>

menstruación, maternidad o menopausia.

Pero fue Margaret Lock (1986), quien hiló más fino en el trabajo de campo que hizo sobre las mujeres de Japón. Argumentó que el desarrollo de la medicina y el saber científico de occidente ha compartimentado y mantenido el ciclo vital de las mujeres bajo control médico a través de las diferentes etapas por las que pasaban.

Lock (1986), expone cómo la menopausia es entendida como enfermedad u oportunidad según el contexto cultural. En su investigación compara las mujeres estadounidenses con las mujeres del Japón, mostrando como éstas últimas sienten la menopausia como un alivio, en tanto que supone el fin de la crianza, y una vía para dedicarse a sus cuidados.

Un estudio que invitó a la reflexión de cómo la menopausia era concebida como parte de un proceso vital y experiencia en lugar de ser tratada como producto proveniente del núcleo euroamericano visto como carga y devaluación social.

Además muestra cómo los síntomas de las japonesas no tienen relación alguna con problemas médicos o patologías, sino más bien, ausencia de ellas, siendo las únicas afecciones registradas dolores de cabeza y de hombros.

Por tanto Lock (1986), puso sobre la mesa cómo la menopausia, de igual forma que la menstruación, y sus pre-post son invenciones de la biomedicina, procedentes de Europa y el Norte de América, donde cada vez más el fenómeno M.E.M, está siendo tratado desde el reduccionismo médico, es decir, la patologización de los ciclos vitales.

6.4 LA PERTURBACIÓN DE LAS ENFERMEDADES: PARADIGMA MÉDICO POR EXCELENCIA.

Este reduccionismo del que hablábamos anteriormente ha llevado a entender la salud como perturbación, molestia y desarraigo promoviendo que estas afecciones se cataloguen como problemas médicos e incluso mentales, entrando a formar parte del

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V*⁶³ un manual donde registran un número importante de patologías definidas por un comité.

“Medicalización posiblemente, es más probable si el cuerpo se conceptualiza como una máquina, y que sólo se ve despojado de su contexto social y cultural”

(Helman, 2000:114)

La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es útil para identificar los trastornos mentales, no obstante existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores culturales e ideológicos⁶⁴, sin olvidar que las categorías diagnósticas incluidas en el manual son la mayoría construcciones socio-culturales y no certezas científicas.

En estas afecciones que no provienen de una enfermedad propia del organismo sino que son causados por el contexto cultural, la ciencia muestra una consecuencia de síntomas que son generalmente recurrentes en los sujetos sociales y los reconoce como propios de una enfermedad creando un listado de afecciones que se relacionan no con patologías sino con entramados culturales, por lo que aquí se ha denominado *enfermedades de síndrome cultural*.

La pretensión es poner en evidencia cómo la cultura afecta a la forma de manifestar el síntoma, pero no que la cultura sea la causante del malestar, puesto que al modificar cultura y percepciones, ocurre lo que Lock (1986) mostró con las mujeres de Japón: desaparecen como patologías y se conciben como afecciones propias y naturales de procesos vitales.

Hablamos por tanto de ¿malestares como desorden universal o como desorden

⁶³ El comité científico ha sido acusado en varias ocasiones de ampliar el número de enfermedades mentales de forma innecesarias, denominándose “inflación de diagnóstico”. El propio Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), ha expresado su negatividad en el enfoque que ostenta el DSM, argumentando que sólo las pruebas de laboratorio son el camino racional en el diagnóstico de las enfermedades mentales.

⁶⁴ El APA (American Psychological Association) en 1952, con la 1ª publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales inserta en la citada asociación, incluyó la Homosexualidad como una categoría de enfermedad mental, basándose en teorías sin evidencia científica, conectando la homosexualidad con un estado de desequilibrio psicológico.

cultural? Cabe preguntarse sobre la implicación que la ciencia y la medicina tienen en el lenguaje local y en la interpretación cultural.

La forma en que la cultura se instaura en función de unos parámetros sociales, delimita la forma de mirar a las personas que viven en ella, reproduciendo los roles y doctrinas que la sociedad les impone. Podemos entonces descartar una terminología abstracta que se pretende universal por acepciones contextuales y enraizadas en las vivencias.

No hablamos por tanto de *enfermedades universales*, sino de *malestares locales*, cuando afecta a un grupo de población centrada en un territorio o comunidad, en este caso, son malestares que afectan a las mujeres euroamericanas, y *malestares identitarios*, cuando afectan a un grupo poblacional concreto y por designación identitaria, en este caso, repercute en las mujeres por su condición femenina.

Pero no sólo la cultura es parte de esta perturbación también la retórica y lo simbólico, y por ello hay que hablar de conceptos como sufrimiento o experiencias, puesto que si seguimos con las teorías de Mead (1961) (1981), las mujeres no sufren alteraciones sino que las experimentan.

En este uso simbólico de lenguaje, es importante matizar que no es lo mismo hablar de *sufrimiento* que de *experiencia*, ya que los procesos que suponen cambios fisiológicos pueden ocasionar dolores (procedentes de las afecciones) pero no necesariamente sufrimientos.

Illich (1975), hablaba de que cuando el dolor es asumido como responsabilidad es concebido directamente como experiencia en tanto que este dolor es controlado por el propio sujeto y no tratado de manera mecánica y dependiente.

Un dolor no politizado es un dolor basado en el sufrimiento y se convierte en un malestar social y cultural que afecta además a nuestra identidad, ya que su erradicación no pasa por las acciones que pueda desarrollar el sujeto sino que su tratamiento depende de agentes externos, aún con el tinte de la responsabilidad individual.

Este compendio de usos y desusos de los signos y síntomas, genera que las enfermedades no sustentadas en evidencias científicas se categoricen y se inserten en una política comercial y agresiva de la industria farmacéutica, haciéndolas universales hasta tal forma que en la práctica patologizar sea el bien común.

“También es cierto que estamos en un contexto social muy hedonista. En el sentido de que empieza a considerarse anormal, patológica e indeseable, a cualquier situación de tristeza, frustración y duelo. En definitiva que provoque un malestar o dolor psicológico.” (Fuentes, 2012:244)

El bastión del sistema científico médico es representativo y en parte operativo e interesado para el sistema patriarcal y las industrias, manteniendo así desigualdades y discriminaciones que atentan a la vida. Motivo por lo que es impensable obviar la situación social, económica, política, cultural y emocional de la salud.

“De esta manera, Moynihan afirma que el marketing de fármacos para tratar la disfunción sexual femenina "está emergiendo en la ciencia médica de una forma fascinante y aterradora. En esta línea, el experto se pregunta si es necesario encontrar un nuevo enfoque para definir esa enfermedad” (Moynihan para Público, 2010)⁶⁵

Pero no solo está la invención de las enfermedades, también es problematizar cómo los cuerpos son considerados y tratados en la sociedad, por lo que en el siguiente capítulo se habla acerca de los usos y omisiones de los cuerpos y las prácticas, acciones y hábitos culturalmente instaurados, aunque moralmente sean inaceptables.

Desde este postulado, se pretende promover un diálogo que ilustre cómo las estructuras sociales y la violencia simbólica que de ella emana, son necesarias para mantener el orden y las relaciones sociales, la configuración de la identidad y las subjetividades que, utilizadas desde el prisma de la corporalidad, actúan como instrumentos para el control de los estados de salud. Pasamos a reflexionar sobre esto a través de los retablos corporales, capaces también de potenciar cambio social y transformación política, económica y cultural.

⁶⁵ Enlace a la noticia: <http://www.publico.es/actualidad/farmaceuticas-fomentan-creacion-enfermedades-sexuales.html>

CAPÍTULO 7: RETABLO DE LOS CUERPOS

7.1 CUERPOS ANTROPOLÓGICOS

*“Por enésima vez, se desvincula el cuerpo,
con sus síntomas, mensajes y lenguaje simbólico,
del ser interior, del alma, de la vida.
Se escinden ambos.
Se medicaliza, lo que sencillamente reclama ser vivido.
Se vacía de significado la gran metáfora que es el lenguaje corporal.
Se profesionaliza lo que pertenece al ámbito personal.
Se uniformiza lo que reclama ser contemplado
desde la individualidad y la diferencia”*

(Fuentes, 2012:260)

La antropología del cuerpo en el campo médico tiene un estatus epistémico un tanto difícil de definir, pues la constante reformulación y significación del mismo hacen que sea una de las palabras más polisémicas que existen (Butler, 1993).

Cuando mencionamos los cuerpos hablamos de cuerpos políticos, maduros, cuerpos de juventud, saludables o enfermos, cuerpos tecnificados, bellos y desfragmentados que muestran los estados corporales causantes de los malestares vividos. Esta polisemia y conceptualización dotan a la antropología del cuerpo de un intenso debate teórico necesario para el entendimiento de las representaciones y significados culturales así como de los modelos médicos.

El concepto de *embodiment* ha favorecido una forma de entender el cuerpo más abierto, plural y menos idealizado, refiriéndose al proceso por el que se convierte el cuerpo según su espacio social de interacción y cultural.

“El concepto de embodiment desarrolla la idea de cuerpo como lugar de conocimiento y poder, lugar de resistencia y reinscripción; concede al cuerpo la

capacidad de auto marcarse y autorrepresentarse de múltiples formas” (Ortiz, 2006:65)

Reparando en las teorías de Esteban (2004) dicho concepto permite romper con las estructuras dicotómicas y entender las relaciones gestadas entre la sociedad y los cuerpos. Ambas definiciones dan juego para entender y explicar otra forma de entender de qué manera las mujeres los gestionan, además de comprender la percepción de la imagen corporal así como la construcción de su propia identidad.

“(…) lo biológico y lo social están coproducidos y reproducen, y el sitio principal donde se lleva a cabo este compromiso es la experiencia subjetiva, el cuerpo socializado. El cuerpo material no puede presentarse como una caja negra, que se asume ser universal, con tantas capas flotantes social, cultural y político” (Lock, 2001:70)

Esa socialización de la que habla Lock (2001), manifiesta la necesidad de analizar los cuerpos desde la vivencia, los sentimientos y las emociones para que en la construcción de la identidad cobren sentido las experiencias.

Si el cuerpo es un sistema de sentimientos, la posesión de objeto hará imposible la construcción de una identidad basada en la autonomía, respeto y control hacia el sostén del cuerpo sano cayendo por contra en los que están sometidos a discursos sociales que hacen del sujeto, objeto observado y controlado.

“Todo, en el génesis del hábito femenino y en las condiciones sociales de su actualización, contribuye a hacer de la experiencia femenina del cuerpo el límite de la experiencia universal del cuerpo-para-otro, incesantemente expuesta a la objetividad operada por la mirada y el discurso de los otros” (Bourdieu, 2010:83)

Es por eso que entenderlo como sujeto permitirá comprender la envoltura y los agentes que la determinan: social, político, sanitario y simbólico. En esta conexión de los sistemas micro y macro surge la interpretación de los cuerpos como sujetos latentes de autoconocimiento.

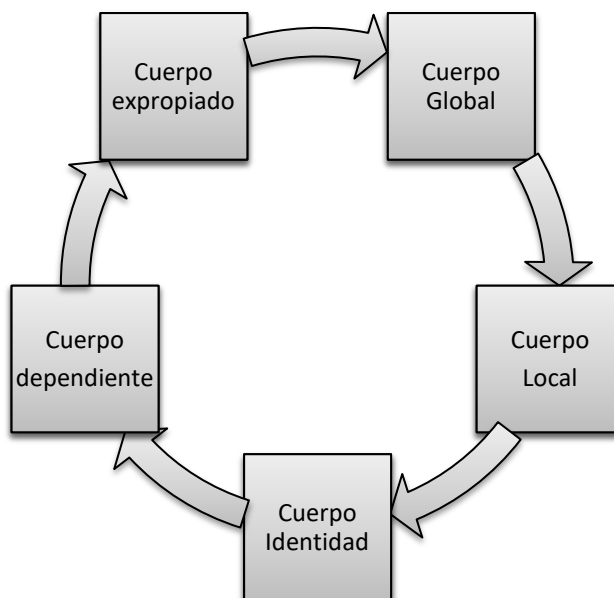
Si a la frase *somos lo que comemos* la completamos con *somos corporalidad*,

permitirá reflexionar sobre quiénes somos en función de nuestra capacidad para reconocerlos y hacerlos valer, entrando en juego los procesos de la identidad.

“La producción y la circulación de las tecnologías no son, por lo tanto, lejos de ser autónomo, sino que, por el contrario, incitar y fomentar la actividad política cultural infundida. El sufrimiento se convierte en grano para el molino de disputa ideológica, y la miseria individual desaparece de la vista, o de lo contrario, se consigna en los intereses de los demás dominantes” (Lock, 1997:212)

La salud se correlaciona con lo corporal en tanto que expropiar la salud es también expropiar lo corporal, puesto que es la medicina quien lo controla y domina, lo que explica cómo la ciencia como norma en unión con el patriarcado han entrado en los cuerpos de las mujeres valiéndose como *Derecho Propio*, cuyo manejo está a la orden de las grandes corporaciones, explicando el expolio y el sentimiento de confusión y desfragmentación corporal.

El círculo de los constructos corporales⁶⁶



⁶⁶ Elaboración propia.

En este círculo de constructos corporales viene a explicar cómo la acción macro, el cuerpo global, es la que se relaciona con el empoderamiento y el sistema de autocuidados, el cuerpo local, estructurándolo para definir su identidad como cuerpo identidad y convertirlo en un dependiente del sistema, el llamado cuerpo dependiente, siendo finalmente expulsado de la sociedad como cuerpo expropiado. Esta acción convierte al sujeto dependiente del sistema para de nuevo expropiarlo de sus facultades y vincularlo a los intereses de la medicina.

Frases como *compórtate como una chica*, o *los hombres no lloran*, ya están posicionado a las mujeres y a los hombres en la sociedad, de hecho en las afirmaciones como *ya eres mujer* cuando aparece la menarquia, y *eres un hombre* cuando ya han consumado su primera relación sexual, da cuenta del grado de responsabilidad que asumen ambos.

Vemos por tanto cuerpos que ostentan no solo posición social, el global, sino acciones y prácticas, que afectan al cuerpo local, que deben ser realizadas desde el cuerpo identidad para el correcto funcionamiento social como cuerpos dependientes, haciendo que, en el caso de las mujeres, sus cuerpos sean expropiados, relegados a lo privado y controlados desde lo ajeno.

La antropología ofrece un lenguaje simbólico de las corporalidades y expone cómo desde el análisis de las interacciones y estructuras sociales, desde lo macro a lo personal, puede justificar las prácticas y normas establecidas por la ciencia y desde la medicina, generando cuerpos enfermos y expropiándolos de su bienestar, para convertirlos en consumados y tratados desde el malestar.

Para entender esta pluridimensionalidad es necesario adentrarse en los mecanismos que provocan y producen el deterioro de los cuerpos, es decir, aquellos que son vehiculizados hacia el éxito social a cambio de ser tratados como enfermedad y para ello la ciencia y la medicina se han basado en lo tecnológico. En el siguiente apartado hablamos de esta vehiculización sustentándose en las teorías bourdianas y foucaultianas, bajo el prisma de las tecnologías del yo para explicar el fenómeno de los tecnocuerpos.

7.2 CUERPOS VEHICULIZADOS

El título hace referencia a las trayectorias corporales como métodos para codificar y modificar los cuerpos en base a las demandas de lo médico; en tales itinerarios se encuentra inserta la violencia simbólica, vehiculizando los cuerpos hacia el sostén de una sociedad de malestares que tiende a traspasar fronteras y a no respetar los límites de la nueva ciencia para entrar en la regulación de otros ámbitos sociales.

Una diferencia terminológica a la que apuntar para no confundir, es que las *tecnologías del yo* entendidas como experiencias, son aquellas que inciden en la internalización de las personas, en su estado más emocional constituyéndolos como sujetos éticos. Por otra parte encontramos las *tecnologías del poder* que son una forma de control que influye a través del entorno social, político y económico.

Con las teorías Bourdianas sobre los capitales del poder y el capital humano, se hace un paralelismo para entender cómo los mecanismos por los que se controlan las acciones y pensamientos a través del cuerpo repercuten en las relaciones sociales.

Sendos conceptos, el capital humano y del poder, han permitido mostrar y entender cómo el ser humano adquiere y se construye en base a una ética-moral que lo define como sujeto móvil y plural, si bien es cierto, con tintes normativos en las exigencias de un sistema que pretende ser universal y condicionante.

Una construcción definida desde una sociedad limitante en lo cultural, lo simbólico, lo social y político hace que el yo se convierta en el sujeto-objeto de los actos y pensamientos, en la expresión del ser a través de la corporalidad, un instrumento hacia la reconversión y construcción del yo, en otras palabras, un volver sobre sí mismo en la frugalidad más estricta, la de la estilística de la existencia.

La maleabilidad de los cuerpos y el intento de la ciencia por esconder y mantener hermetismo sobre los conocimientos entorno a la salud, ha hecho que las mujeres no sean conscientes de la esclavitud por la que están siendo sometidas en estos escenarios de manipulación corporal y procesos fisiológicos, influyendo en la forma de ver, expresar e interpretar los *malestares* que se vuelven obedientes.

“(…) En el caso de la imagen de la fusión de lo incompleto de la mujer como sujeto; en el caso de la imagen del embarazo como asalto, la limitación de la mujer como sujeto; y en el caso del embarazo visto como cuerpo dividido, la invisibilización de la mujer detrás del verdadero sujeto” (Imaz, 2005:190)

Las personas están dotadas de cuerpo con formas de poseerlo, percibirlo y manejarlo en función de la cultura. Es obvio que a la cultura tras su influencia en prácticas e interacciones, se la considere como uno de los aspectos más importantes de la realidad, articulándose bajo un entramado de identidades individuales y colectivas. Un conjunto de cuerpos invisibles que sobreviven bajo la represión de la violencia simbólica y la plasticidad, y que influyen en el proceso de socialización y las relaciones corporales.

“Medicalización es, probablemente, cómo el cuerpo se conceptualiza como una ‘máquina’, y que sólo se ve despojado de su contexto social y cultural” (Helman, 2000:115)⁶⁷

La realidad poliédrica que llegan a adquirir las representaciones corporales con las variantes de cuerpo: político, sexual, consumista, medicalizado, enfermo y sano, hace de lo simbólico un elemento potencial en el traslado de las significaciones, llegando a transformar la realidad del sujeto y la del sistema interactuante.

Esta vehiculización de los cuerpos también se ha visto expuesta en el arte y en los medios de comunicación; desde lo más clásico como fueron las representaciones de *La Venus de Milo*, o las *Tres Gracias*, con una imagen de mujeres que dista mucho de las representaciones en boga a la actualidad donde se exponen cuerpos sumidos en la delgadez extrema como sinónimo de éxito social⁶⁸.

Este tipo de imposiciones sociales ha propiciado la negación o el maltrato psicológico especialmente en la población joven, por la no adaptación social o aceptación en el grupo de referencia. El caso del mobbing escolar, que está siendo una

⁶⁷ TP.

⁶⁸ La modelo Isabelle Caro se hizo famosa cuando a través de una campaña para la firma Benetton quiso concienciar con sus fotos sobre el horror de la anorexia en las modelos. http://cultura.elpais.com/cultura/2010/12/29/actualidad/1293577203_850215.html

consecuencia grave de las jóvenes en lo que al cuerpo se refiere, hace que este acoso lleve a un estado de malestar y de sufrimiento social.

Hablamos del poder simbólico y cultural a la hora de manejar el capital humano en contextos de mayor vulnerabilidad, espacios como los institutos, escuelas y universidades cuya competitividad por los cuerpos es cada vez mayor, acompañada de burlas y tratamientos vejatorios que monopolizan el statu quo creando una violencia simbólica cuasi legitimada.

En esta explicación, y desde el soporte que en este apartado están dando las teorías foucaultianas y bourdianas⁶⁹, se añade según mi criterio y como complemento a las mismas, el concepto del *capital educativo* como expresión de tecnologías del yo.

Institutos y universidades en sus formas conexas de interrelación, mantienen un microclima de manipulación de los cuerpos con el estandarte de la sumisión corporal para un estado de dominación, haciendo al cuerpo vulnerable y superviviente.

7.3 CUERPOS EUGENÉSICOS

Ante esta conducción de los cuerpos debe haber un mecanismo que los construya teórica y genéticamente, puesto que para la vehiculización de los cuerpos sometidos a través de diversas formas de discriminación y vulneración de los derechos humanos es necesario un fenómeno que regule y controle las estructuras corporales, aún desde la no moralidad.

Es por eso que hemos titulado a este apartado cuerpos eugenésicos, entendidos como la vía que la ciencia tiene para la selección artificial, biológica y el control y uso de los cuerpos para fines económicos y mercantiles.

“La regulación del cuerpo en las sociedades avanzadas del presente es resultado de su progresiva y radical secularización” (Castillo, 1997:33)

⁶⁹ Los diferentes capitales, son explicados en capítulos posteriores.

Esta ingeniería científica ha hecho que la bioética adquiera tintes de polémica al poseer cierto rango de actuación para tratar la manipulación de los cuerpos, así como las cuestiones morales y éticas que les afectan.

La pregunta que subyace aquí es ¿de qué manera las acciones comportan riesgos para la vida? ¿Quién determina lo que es ético y moral? Para un intento de respuesta, es necesario recurrir a términos como bios y zoé, y para ello, utilizamos nuevamente las teorías de Foucault (2006), en las que el autor apuesta por un sentido de la vida basado en formas de vivir y ligado a la política, donde no distingue una de la otra.

Desde este aserto, Foucault (2006), bajo el término de biopolítica explica de qué manera las personas tienen una doble vía como seres vivientes; por una parte el bios como experiencia orgánica y formas de actuar, y por otra la política (zoé) que construye y transforma la vida del sujeto, reflejando no sólo la imagen del sujeto viviente sino de qué manera las estructuras del poder interactúan con él.

Bajo este prisma se entiende la ciencia como un fenómeno zoé (político) cuyo objetivo no es cuidar al sujeto sino mantener el poder y el andamiaje político para generar productos corporales que produzcan impacto social, por ende, establecer una creencia de lo que significa el bienestar, basado en los intereses del poder político, teniendo que discernir entre tal definición y el bienestar basado en el concepto de autoatención de Menéndez (2003) explicado anteriormente.

A modo de ejemplo, la situación de aquellas personas que deciden poner en riesgo su vida a través de la no-alimentación, las que deciden someter su cuerpo a intervenciones quirúrgicas invasivas, las que se automedican sin control o las que se someten a tratamientos médicos para controlar sus procesos naturales, muestra casos donde la libertad de decidir y el riesgo que estas decisiones tienen en sus vidas, plantean la cuestión de si se habla de sujetos libres o víctimas de la tecnificación.

¿Quién delimita, desde la medicina, lo normal o lo enfermizo? ¿Por qué una acción que somete el cuerpo de las mujeres a un riesgo para su salud, es considerado *aberración* cuando no beneficia a la medicina y *normalidad* cuando hay lucro de por medio? ¿Por qué la anorexia es una locura y los métodos anticonceptivos una opción?

Vemos como el bíos y zoé, están interconectado en tanto que se retroalimenta una de la otra para generar beneficios, evidentemente, económicos.

“Chicas con formación universitaria, que tienen una capacidad y una madurez normales. Pero que están tan desconectadas, ajenas a sus propios procesos que no son conscientes siquiera de que jamás han ovulado. No tienen conciencia de que eso que llaman menstruación es un artificio provocado por medios farmacológicos, y que parte de lo que les está pasando es consecuencia de ese tratamiento, del que por otro lado, sorprendentemente no conocen los efectos secundarios porque según ellas, sus ginecólogos les han dicho que: <<son muy suaves, o apenas lo tienen>>” (Fuentes, 2012:207)

En tanto que el concepto de bioética⁷⁰ se ve teñido por creencias culturales de quienes conforman los comités imponiendo sus decisiones, es necesario hablar, asimismo, de derechos humanos. Entra en interacción con el término de reduccionismo biológico, donde el sistema es el *padre* de la *cultura ciencia*, por así decirlo, formando parte de las estructuras que tecnifican los cuerpos en función de intereses y no de derechos.

La biopolítica en unión con la bioética, tienen una doble función: ética-política, es por ello que se pone en duda la moral, en el sentido práctico, para entender las enfermedades o malestares en sus formas y variantes, desde una concepción polisémica, en tanto que todas sus dimensiones se articulan o se desenvuelven entre lo patológico, lo subjetivo y las repercusiones sociales.

En este complejo sistema de interacción entre salud/enfermedad/ética y moral, cabría redefinir los marcos institucionales que lo legitiman viéndose vulnerado los derechos de las personas en las prácticas médicas y haciendo que el derecho pase a convertirse en deber para poseer buena salud en lugar del derecho a tener buena salud. Este cambio de obligatoriedad ha hecho que el bienestar deba ser la propia razón de ser, siempre en función de los parámetros que construyen la salud y el bienestar en términos científicos, que no son los mismos de las usuarias, aunque lo parezcan.

Esta explicación viene a defender cómo las prácticas llevadas a cabo, si se quiere,

⁷⁰ El capítulo 14 comprende un análisis más detallado del concepto.

los estilos de vida, pueden entenderse como un estado de bienestar sin necesidad de poseer buena salud. El caso de los malestares sociales es un ejemplo en tanto que sus comportamientos vienen sujetos por un discurso socio-racional calculado en base a estadísticas epidemiológicas que legitiman dichos actos según lo que es propio de estar *sano o tener salud* en función de parámetros médicos.

El valor del cuerpo saludable se ha convertido en una necesidad urgente, no tanto en el sentido del cuidado sino en el de la exposición, haciendo que la salud pase a ser una obligación en aras a la medicalización y la tecnificación del cuerpo regulándolo con experimentación científica y cumpliendo con parámetros bioéticos.

Este reduccionismo promueve que el cuidado se catalogue como práctica impropia y amoral ya que difiere de la *norma salud*, y queda en el vacío la posibilidad de entender el porqué de algunos comportamientos. Comer o no comer no debiera ser la norma ni una desautorización del *deber*, sino un *derecho* que comprender.

La biomedicina olvida estas miradas y se centra en la interpretación etnocéntrica, apostando por cuerpos eugenésicos y creando un único paradigma posible, naturalizando patologías y hábitos basados en la medicalización con el objeto fin de *curar*, aunque sea de por vida.

Esto es lo que he llamado *tratamiento moralista*, que viene a representar el complot médico empeñado en definir y construir la realidad desde parámetros exclusivos y excluyentes sancionando y marginando los cuerpos que los quebranten.

Este tratamiento moralista, que se entiende como un tratamiento de carácter médico-psiquiátrico es diferente a un tratamiento basado en la moral propia e individual del sujeto, una moral que sea capaz de velar por la salud no sólo clínica sino también emocional fuera del alcance de la norma bioética.

Es por eso que ante este concepto de cuerpos eugenésicos hace falta revertir el modelo legislativo que bajo conceptos como moral y justicia, termina construyendo cuerpos como vehículos de poder para las corporaciones, haciendo que la salud sea extremadamente institucionalizada y opresora.

Con esta explicación de exponer cómo la salud desde la norma científica desatiende los parámetros del ser viviente determinadas por las estructuras de poder (biopoder/biopolítica), pasamos al siguiente capítulo para hablar de qué manera la cultura es capaz de vulnerar o legitimar derechos, sirviendo como catalizador de los mal/bien estares.

CAPÍTULO 8: LA CULTURA SE HACE CON (IN) SALUD

8.1 DE CÓMO LA CULTURA CREA LA ENFERMEDAD

"La naturaleza inevitablemente debe estar representada haciendo uso de las categorías producidas culturalmente. También está llamada a hacer "trabajo" cultural, es decir, que se utiliza para crear comentarios sobre la vida social de algunos comportamientos y acciones que son "naturales", mientras que otros no lo son. Por otra parte, la naturaleza se impone de forma selectiva en nuestra conciencia, en forma de dolor, angustia, felicidad, y así sucesivamente. Por encima de todo lo que crean productos tecnológicos culturales para transformar el mundo de la naturaleza. Los límites de la naturaleza / cultura son impugnados mediante la puesta en práctica de las nuevas tecnologías que nos permiten jugar con "el cuerpo", "vida" y "muerte"

(Margaret Lock, 2001:68)

Si la enfermedad es entendida como un constructo social también los son los roles y prácticas que de ella emanan como factores que ayudan al proceso de producción de nuevas enfermedades sociales. La visión e interpretación de la cultura de los estares, tienen una función operativa en la vida biológico-social.

"No es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división sexual del trabajo y, progresivamente, de todo el orden natural y social, más bien es una construcción social arbitraria de lo

biológico, y en especial del cuerpo, masculino y femenino, de sus costumbres y de sus funciones, en particular de la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos” (Bourdieu,2010:37)

El concepto de salud no puede ser lineal en una sociedad en la que ya se ha demostrado que las personas no pueden entenderse sino como parte de esta. Es por tanto lógico pensar en la salud desde una interacción sujeto-contexto ya que de la misma manera que los cuerpos van más allá de lo físico y no se entienden desde el aislamiento social, tampoco la salud y la enfermedad pueden normativizarse sin tener en cuenta este condicionante.

De esta manera, entender la enfermedad diferenciada de lo patológico es atender al sistema cultural que hace de los malestares una situación o proceso patológico no funcional, médicamente hablando, en tanto que los signos sociales y simbólicos relacionados con las dimensiones de la vida quedan alejados de la lectura de la realidad; la pluridimensionalidad e interseccionalidad que ostenta la creación de los mal/bien estares en medicina se intenta reducir a un hecho biológico.

“Cuando se hable de la vida de los grupos y de las sociedades, de la vida de la raza, o incluso de la "vida psicológica", no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico” (Foucault, 1966:62)

Para ello es importante matizar y explicar qué se entiende por enfermedad y salud y para ello Fábrega (1975), en el desarrollo de la antropología médica explica las particularidades de la cultura a la hora de encontrarle el significado a dichos conceptos, en tanto que los padecimientos y sufrimientos pueden ser tan variopintos como las personas afectadas. Comprender esta diversidad es entender al paciente en toda su dimensión y por tanto centrarse en la diversidad también de la cultura de los cuidados.

“Otra crítica del enfoque biológico es que la misma enfermedad mental puede desempeñar diferentes roles sociales en las diferentes sociedades. Para una comprensión más completa de un episodio de enfermedad mental en otra cultura,

siempre hay que saber algo del contexto- económico-social, cultural, político en el que ha tenido lugar” (Helman, 2000:174)

La variante cultural y el proceso de transformación son los que determinan y etiquetan las enfermedades, así como los estereotipos, roles y mitos que la respaldan, haciendo que los diagnósticos se formen desde diferentes concepciones, es decir, generen formas diferentes de enfermar que en ocasiones se perciben como atípicas por la falta de eficacia y rapidez frente al diagnóstico.

En el caso de los malestares falta interés a la hora de poner en acción tratamientos preventivos que eviten el abuso de diagnósticos que imposibilitan un tratamiento adecuado. En estos casos los síntomas contrastados vía signos pesan más que los significados, y es por ese motivo que hacemos un llamamiento a hablar de problemas y no de enfermedades.

“La enfermedad que alude a los fundamentos morales del orden social significa que la presencia del enfermo reactiva la reflexión sobre los valores y creencias en los que se basa el adecuado funcionamiento social” (García, 1985:20)

Si entendemos la sociedad como parte fundamental del orden moral, las obligaciones y necesidades para la curación pasan inexorablemente por el individuo; si ampliamos la cosmovisión de qué entendemos por enfermedad se vierten en ella indicadores patológicos, significaciones culturales y simbólicas de relaciones y contextos plurales que lleva a pensar que la forma unívoca de tratar la enfermedad por parte de la ciencia queda obsoleta, aunque esto no sea concebible para la propia medicina.

“(…) estos comportamientos son partes de estilos de vida; lo diferente es que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección” (Menéndez, 1996:50)

Tras el diagnóstico, la persona se inscribe en un *continuum* de añadidos que la cubre de una identidad moral basada en principios morales y sociales del sujeto. Por otra parte la terapia que se exige va más allá de la búsqueda de soluciones para atacar los indicadores patológicos, se pide además la restitución social que permita la reintegración del/la paciente. Pero, ¿cómo hacer esto si no se atiende a la pluridimensionalidad de estos estares?

La idea es mostrar un concepto de enfermedad más complejo y difícil de esbozar del que propone la ciencia y por ende plantear la poca viabilidad que tiene la medicina como estrategia dual, al mismo tiempo que se ilustran formas de ver y entender la enfermedad en todas sus variantes para que se pueda traducir en un correcto proceso humano de enfermedad.

“La «crisis» en las enfermedades nerviosas a finales del siglo XIX produjo un grupo de condiciones —anorexia, agorafobia, histeria anoréxica, enfermedad de vírgenes, o varias enfermedades de desgaste— que se pueden interpretar como una sintomatología de cambios en la relación de sexos, entre los espacios público y privado, entre la familia y la economía en el contexto del dominio creciente de la medicina sobre las cuestiones morales” (Turner, 1994:23)

Frente a la necesidad de una medicina que adquiriera la mirada antropológica y comunitaria, en el siguiente capítulo se habla de que la salud debe ser capaz de adaptarse a la cultura, y establecer o crear un paradigma médico no sólo biológico sino histórico y social, para resignificar el sistema heteronormativo y unísono del que se alimenta la medicina.

8.2 O, DE CÓMO LA SALUD SE HACE EN CULTURA

La cultura es un marcate que debemos considerar para entender cuestiones como los comportamientos, las creencias, las experiencias y las interpretaciones. Factores marcadores decisivos para actuar en consecuencia en la prevención y en la promoción de la salud así como instar a la implementación de la educación para la salud.

Para ello se hace necesario desenterrar la mirada unilateral que se hace de la medicina y desmontar la voz del sistema hegemónico que se apropia del discurso de la enfermedad y la salud y evita de esta manera la incorporación de alternativas y criterios que lleven a un entendimiento y comprensión más amplios.

“(...) que todo sujeto se caracteriza por internalizar profundamente la cultura a la que pertenece a través del proceso de socialización (...) el sujeto se constituye en gran medida a través de su cultura, y lo cultural formaría parte de la estructura profunda e inconsciente de su subjetividad” (Menéndez, 2002:172)

No debemos olvidar que desde la subjetividad las personas viven en un mundo de cambios, por lo que es imprescindible analizar la influencia de la cultura en el campo que estamos investigando.

“Actualmente asumimos que los factores culturales están presentes no sólo en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso de salud/enfermedad/atención, sino que están presentes en las formas de diagnóstico y tratamiento de los curadores, incluidos los biomédicos(...)” (Menéndez, 2002:174)

Ante este paradigma de lo cultural surge a flote confusiones, discrepancias y controversias acerca de si se habla entonces de ciencia o de creencia. Para entender esto es preciso preguntarnos cuánto hay de conocimiento empírico válido acerca de la ciencia, en los saberes y prácticas populares, y cuál es y en qué proporción la creencia está presente en la medicina.

Los discursos que existen detrás de la enfermedad vienen avalados por estructuras sociales, esferas psicológicas y planos culturales que legitiman las enfermedades llevando consigo sentimientos de culpabilidad con frases como *¿Por qué solo me pasa a mí? ¿Qué he hecho yo para merecer esto?*

Hay expertos/as que acuñan la anorexia como una enfermedad *folk*⁷¹, dotándole de sentido al sufrimiento e intentando comprender los porqués en las actuaciones. La crítica que muestra esta investigación es precisamente indicar cómo la ciencia se libra de toda responsabilidad y se la confiere a la población. Esta culpabilidad a la que se ven sometidas las personas afectadas hace que no se hagan propuestas útiles a la hora de intervenir y fomentar acciones para el cambio.

Frente a esto cabe preguntar: ¿Un estilo de vida puede ser el culpable de las malas prácticas salutíferas? ¿Quién determina el estilo de vida? No es posible otorgar la culpabilidad sin antes centrar la mirada en el eje principal en cuestión. Los estilos de vida son prácticas y creencias que las personas adoptan como *idóneas*, sean de agrado o no en la sociedad, siendo en buena parte propiciadas por el contexto cultural.

A lo largo de su trayectoria profesional, Bourdieu (1997), analiza el concepto de *habitus* clave en la construcción de acciones, o si se prefiere, estilos de vida donde el sistema macro y micro descritos en este estudio se inscriben mutuamente en términos de percepción cultural y acción individual.

Con esta teorización también se quiere realizar un acercamiento a los escritos de Durkheim, para explicar la estratificación de las experiencias, haciendo referencia a la experiencia individual del sujeto como condicionada por imposiciones coercitivas nacidas del contexto social y cultural.

Uniendo ambas teorías diríamos que los hábitos o estilos de vida estarían enmarcados en espacios de dualidad. Es decir, lo individual frente a lo colectivo/social, donde las estructuras sociales micro-macro se ven fundamentadas en un sistema de relaciones sociales, determinantes tanto desde el campo subjetivo, cultural y simbólico, como objetivo científico-médico, para conformar un sistema generativo de pensamientos y acciones, lo que Bourdieu (1994), nombró como *Teoría de la acción*⁷².

⁷¹ Llamados como malestares y conflictos que se expresan de maneras que no son reconocidos Laplantine (1999), como *disease* en la sociedad, entendida como enfermedad desde el punto de vista médico y que hace referencia al funcionamiento fisiológico. Por otra parte encontramos el concepto de *Illness* que hace referencia a la experiencia cultural, a lo personal en un sentido más subjetivo. Por último el término *sickness* que refiere a la interpretación que se hace desde el plano simbólico.

⁷² La teoría de la acción fue un compendio de doble sentido, uniendo estructuras objetivas (contextos

“El mundo de los objetos, esta especie de libro donde toda cosa habla metafóricamente de todas las otras y en el que los niños aprenden a leer el mundo, se lee con todo el cuerpo, en y por los movimientos y los desplazamientos que hacen el espacio de los objetos tanto como son hechos por él. Las estructuras que contribuyen a la construcción del mundo de los objetos se construyen en la práctica de un mundo de objetos contruidos según las mismas estructuras” (Bourdieu, 1980:130)

Siguiendo estas explicaciones entendemos que los estilos de vida llevan implícitos estructuras sociales que orientan las relaciones en los diferentes contextos y estructuras subjetivas o individuales, las que adopta el sujeto en su relación social y cultural que hacen que dispongan de la capacidad para controlar y manejar sus vidas.

Cuando los estratos de poder, cultura y capital humano se entremezclan, aparecen las cuestiones deontológicas donde ciencia y experiencia vital discrepan en lo ético y lo moral y la relación del diálogo entre sujeto y estructura se hace difícil. Por ello hay que hablar de lo que sustenta la estructura de la normalidad médica y la normalidad cultural para en ese entendimiento conseguir que el aparato sanitario cuide desde la cultura de los cuidados y no sólo desde la cultura de lo biológico.

8.3 POR TANTO, ¿ES LA NORMALIDAD MÉDICA LA NORMALIDAD CULTURAL?

Cuando algo se sale de la normalidad es debido a que en la definición se contemplan unos parámetros establecidos que dictan las normas a las que se debe someter. En lo que respecta a la salud, hablaríamos de *parámetros de normalidad cultural* al referirnos a los protocolos de seguridad del paciente que luchan contra la violencia médica, que afecta a la salud medioambiental y laboral, y a la promoción y prevención con el fin último de salvaguardar la vida de la ciudadanía.

La sanidad se transforma en un dispositivo, no exclusivamente para evitar la enfermedad en los ciudadanos, sino para producir salud. Lo que sustantiviza tras el término salud son modelos culturales y sociales de salud y, por consiguiente,

sociales) e incorporadas (habitus) necesarias para comprender las acciones, comportamientos y pensamientos de las personas.

una producción desde contextos histórico políticos determinados” (Uribe, 1998:238)

Si bien es cierto que engloba los aspectos culturales y sociales en la propia definición, los parámetros que delimitan la salud en *normal* por la medicina, no vienen avalados por valores numéricos. Si además el concepto de estado de bienestar supone un conjunto de experiencias y sentimientos subjetivos ¿a qué hace referencia la ciencia cuando habla de parámetros normales de la salud?

Evidentemente se ciñe a los valores numéricos, comparando el estado de salud, desde las concepciones psicológicas y emocionales ¿Hablaríamos de extrapolar la normalidad médica a la normalidad cultural?

“Las ciencias sociales y la salud se encuentran convergiendo sin casi darse cuenta. Es irrefutable que cualquier suceso relativo a los procesos salud/enfermedad recubra modelos culturales”. (Uribe 1996:23)

En estos análisis multifactoriales existen vacíos analíticos, un ejemplo concreto, el sesgo de género, que la medicina ortodoxa obvia por razones de poder siendo la naturalización de la patología un mecanismo de defensa valiosa frente a las vicisitudes de la cultura contribuyendo, en el caso que nos ocupa y tal como expone Valls-Llobet (2006), a la invisibilidad de la morbilidad femenina diferencial.

Siguiendo a esta autora, una buena promoción de la salud con perspectiva de género debería tener en cuenta y exigir no medicalizar excesivamente los procesos vitales, sino informar de los propios procesos y ofrecer recursos que traten a las personas desde un tratamiento no mecanicista ni tecnológico.

La necesidad de limitar las normalidades en salud, es caldo de cultivo para ampliar la *brecha médica de género*, aquella que bajo el nombre de patología o enfermedad normalizada se encarga de la salud de las mujeres a través de la medicalización recurrente y continua.

Esta preocupación se convierte en ocupación en tanto que, bajo la responsabilidad de los corporativismos médicos y farmacéuticos de mejorar su estado de salud consigue

que la normalidad médica se materialice en normalidad cultural, haciendo que una cuestión de salud antropológica y de género se convierta sólo en una cuestión propia del aparato médico⁷³.

Por tanto no se contemplan indicadores fuera del alcance biologicista, tampoco se atiende al entorno social, clase, creencias, actuaciones, condiciones de vida, recursos existentes, situaciones personales y familiares, es decir, a un entramado socio-personal que sin duda determinaría, en mayor medida, la adecuación óptima en la promoción, prevención e intervención de aspectos bio-psico-sociales.

“Los límites que la sociedad patriarcal ha impuesto al desarrollo de las mujeres, al considerarlas siempre inferiores o con más dolencias y debilidades que los hombres, hacen que el abordaje de la promoción de la salud pueda estar sesgado” (Valls-Llobet, 2006: 312)

Para entender esto es preciso hablar del discurso médico hegemónico, donde la imposición del tratamiento es limitado en sus potencialidades y cuyas actuaciones quedan relegadas a las decisiones médicas, adquiriendo un carácter totémico en las intervenciones el cuidado de la salud de las personas.

(...) el individuo es enfocado como representante de un grupo de personas que muestran alterado su equilibrio biopsicosocial de acuerdo con criterios médicos y al cual se le fuerza a asumir una actuación para restablecer la homeóstasis deseada” (Uribe, 1998:241)

Este paradigma biomédico ha acaparado las aportaciones de otros campos, así como la homogeneización de criterios y formas de intervención, sin dejar paso a las aportaciones y conocimientos de otras disciplinas que parecen desvanecerse cuando

⁷³ En el artículo publicado en el País

http://politica.elpais.com/politica/2015/01/30/actualidad/1422638596_758467.html y los datos obtenidos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?metodo=detalle&id=3779>

Señalar como aporte a esta investigación que, efectivamente el gobierno cerró el año 2014 con un importe de 9.362 millones de euros, 179 más que el año anterior, lo que supone una subida del 2%. No hay datos de la factura global. Tampoco existe un desglose del porcentaje de quienes son los que consumen más (hombre o mujeres) y el tipo de fármaco. Mientras tanto el informe muestra como el sector farmacéutico duplicará en el 2020 su valor, hasta cifras de 1,3 billones de dólares.

quieren hacerse hueco en la medicina convencional.

Lo que disciplinas como la antropología, el trabajo social, la sociología, entre otras ciencias sociales, entienden por experiencias, no pertenece al dominio de lo médico, sino que se ve inserto en un contexto sociocultural donde se instaura el individuo, como si el individuo y el entorno fueran agentes ajenos a la enfermedad.

“(...) de momento lo único evidente es que, mientras que la anorexia continúa siendo manejada por las profesiones médicas y psiquiátricas, las explicaciones sociales y las prácticas permanecen en la periferia” (Gracia, 2010:97)

A pesar de la falta de argumentos científicos que demuestren causas biológicas en mujeres que padecen estos *malestares*, siguen siendo tratadas como *anormales* y encasilladas en diagnósticos como depresión, histeria, debilidad emocional, baja autoestima o faltas de placer sexual⁷⁴ asociándolo a síntomas depresivos.

Tanto es así que en EEUU aprueban la *viagra Femenina*, un antidepresivo que, a pesar de conocerse sus efectos secundarios, se sigue comercializando como una forma de tratar la disfunción sexual, entendida como enfermedad, medicalizando no solo la vida sino también el sufrimiento social.

8.4 LA CULTURA CREA IDENTIDAD Y LA IDENTIDAD TRANSFORMA LA CULTURA

La cultura es entendida como foco principal hacia la comprensión y explicación de la realidad y aunque su carácter polisémico dificulte su clarificación se da un proceso de construcción dinámica que nunca termina. Es decir, no son elementos cerrados ni estáticos, ni materiales aunque para hablar de cultura hagan falta soportes concretos.

En la interacción del sujeto-contexto se produce una espiral de producción cultural que al mismo tiempo viene alimentada por el carácter identitario.

⁷⁴Enlace a la información: http://www.eldiario.es/sociedad/antidepresivo-excitar-sexualmente-mujeres_0_422057971.html

“El individuo y la cultura están vinculados porque la vida social humana es un proceso en el que los individuos hacen suyos los significados de los mensajes públicos. Por tanto, solas y en grupo, las personas influyen en la cultura mediante la conversión de sus comprensiones privadas en expresiones públicas” (D’Andrade 1984, cit. en De la Cruz, 2002:26).

Siguiendo con esta conceptualización de cultura e identidad, podría explicarse la influencia de los malestares en las mujeres en tanto que son sujetos reproductores de los mensajes sociales y las estructuras de las que depende la ciudadanía.

Hablamos de la importancia del campo relacional, político, económico, cultural y social con el fin de mantener a las mujeres en una simbiosis donde cuerpo y pensamiento estén entrelazados. Los mandatos culturales son elementos que normativizan las estructuras vitales, aún en sus desigualdades.

De hecho la frase del *más vale prevenir que curar*, se hace eco de cómo el objetivo hacia la mejorar del bienestar pasa inexorablemente por pre-tratar la enfermedad que será de forma inmediata diagnosticada, y para ello se adoptan mecanismos de prevención, generalmente bajo el sostén de las farmacéuticas. Un manejo de la identidad para desfragmentar los cuerpos de forma sencilla.

En occidente el mercado de medicamentos se concentra en la creación de nuevas patologías impuestas posteriormente a la ciudadanía, como la menopausia, y que afecta a la construcción identitaria, como la vejez, las arrugas, la calvicie, la gordura, la celulitis; también sentimientos patológicos, como impotencia o baja libido sexual.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de EEUU calcula que uno de cada cuatro norteamericanos adultos padece algún tipo de enfermedad mental diagnosticable y la OMS señala que son 300 millones de personas en todo el mundo y que estas patologías son responsables, en las economías desarrolladas, del 15% del gasto en enfermedades (sólo en EEUU supera los 200.000 millones de dólares anuales), superando la carga económica total de todos los tipos de cáncer.⁷⁵

⁷⁵ Enlace a la web: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>

El riesgo de la hipermedicalización se ha normalizado, y por tanto se da permiso para enfermar los problemas sociales, bajo el escudo de lo que he denominado como una *identidad medicalizada biológicamente*, donde no se atiende a la responsabilidad que emerge del contexto, sino que se focaliza en la concepción científicista, explicada desde el conjunto de pruebas y resultados clínicos.

Los hiperdiagnósticos problematizan la vida de quienes los padecen quedando libre de culpa la sociedad y sus cómplices en lo que se refiere a etiquetar enfermedades sin causa justificada. La desviación sensible a sufrir patología estará sometida al cajón de lo estigmatizado, creando personas enfermas y crisis por doquier, abocando a la sociedad a una cultura obsesiva e imponiendo alarma y fobia social.

8.5 EL MALESTAR CULTURAL: UNA CUESTIÓN DEL ETHOS SOCIAL.

Para hablar de malestar cultural se alude a lo que Bourdieu (1983), acuñó como los diferentes capitales para explicar de qué manera el ethos social interfiere en la creación de los malestares culturales, como poder y como mecanismos de control social.

Dentro del sistema social influyen los cuatro capitales: el económico, el cultural, el simbólico y el social que se alimentan entre sí y se interrelacionan con el objetivo de conseguir un resultado establecido: ponerse al servicio del modelo científico que cataloga situaciones.

El concepto de malestar cultural lleva implícito que la reapropiación de los mismos por parte de la medicina es propicia para el crecimiento del capital económico y la rentabilidad de las grandes corporaciones. Al mismo tiempo la urgencia de introducir enfermedades nuevas hace que la sociedad esté absorta en la producción de un cuerpo sano bajo los parámetros de los *mecanismos insanos de cuidado*, es decir, el acceso a un mercado consumista donde el cuidado se manifiesta en formas de alimentarse y cuidarse basadas en la opulencia y el deseo.

Frente a esta catarsis de manifestaciones, aparecen las violencias corporales, entendidas como aquellos comportamientos que adquieren tintes de violencia no sólo

manifestada desde el plano físico, sino también desde el psicológico, el simbólico, el económico o el social por ejemplo, y que ese maltrato afecta de manera directa o indirecta al cuerpo.

Hablamos de violencias que maltratan a través de, por ejemplo, malas prácticas sanitarias, de autolesiones, de mutilaciones corporales, de prácticas como el acoso escolar o la violación u otras técnicas que atacan al cuerpo desencadenando un grado importante de *discriminación por razón corporal*.

Cuando hablamos de malestares, el paradigma ético y moral también se ve afectado por el poder y el capital económico, ya que se expone a las normas que proceden de los medios publicitarios para el control de los cuerpos en función de una serie de parámetros métricos y estadísticos, desarrollando una relación de fuerzas y situaciones conflictuales que afectan a la práctica concreta de quien la ejerce.

“Los que, en un estado determinado de las relaciones de fuerza, monopolizan (más o menos completamente) el capital específico, fundamento del poder o de la autoridad específica característica de un campo, se inclinan por las estrategias de conservación –las que, en los campos de producción de bienes culturales, tienden a la defensa de la ortodoxia-, mientras que los menos provistos de capital (que son también frecuentemente los recién llegados y, por tanto, generalmente, los más jóvenes) se inclinan por las estrategias de subversión- las de la herejía”.
(Bourdieu 2003:113)

Las relaciones estructurales, micro-macro, están en constante interacción, haciendo que la propia enfermedad sirva como refuerzo para tales comportamientos destructivos, aun sabiendo que son derivadas por la relación de capitales, que mientras sean funcionales, es decir, operativos para el sistema, generarán resistencia a cambios.

Por ello este análisis también debe hablar de identidad en la configuración del malestar cultural, en tanto que los M.E.M se configuran según el sujeto construido, haciendo que el conjunto de aspectos que los construyen sean en parte una cuestión que debe resolverse desde lo político e institucional a través de las políticas y programas.

CAPÍTULO 9: TORMENTAS DE IDENTIDAD: ENTRE LA VACUIDAD Y LA ACEPTACIÓN.

9.1 LA IDENTIDAD ANTROPOLÓGICA

*Por todas partes, cuerpos: cuerpos torturados,
cuerpos enfermos, cuerpos sufrientes, extenuados (...)
Demasiado cuerpo, decían alguno/a/os/as: “odio del cuerpo” decían otros,
y el debate continuó ad libitum
sin que se interrogara verdaderamente el estatuto del cuerpo,
su función, su significación.
(Andrieu, 2007:115)*

Entramos en este capítulo para abordar el tema de la identidad y la relación que ésta tiene con la cultura y las estructuras del poder. La antropología, como disciplina hacia el entendimiento de la persona en su contexto multicausal, atiende a la expresión de las realidades para explicar ámbitos como el de la salud y la enfermedad en un marco capaz de combinar lo biomédico y lo social.

“(…) el proceso de formación y evolución de toda identidad colectiva está sujeto a relaciones de poder y dinámicas de tensión o conflicto” (Piqueras, 2002:39)

Este tema en yuxtaposición a la construcción social del cuerpo y la interpretación que mantiene según los parámetros de feminidad y masculinidad, moldea y crea la escultura de la identidad femenina y la masculina, cuyo objetivo no es otro que ser reconocidas dentro de un marco global, donde sus interacciones reproduzcan los comportamientos del patriarcado.

“La identidad es un proceso relacional, cuyas cambiantes cristalizaciones dependen de los distintos contextos en que se desenvuelven e interaccionan los individuos y grupos” (Piqueras, 2002: 38)

Estas relaciones de poder ancladas al status social determinan la realidad que surge en la construcción propia y en la relación con las demás; es decir, la creación de un proceso individual que viene marcado por otro de carácter grupal, el proceso de asimilación, dotándole de construcciones monógamas cortadas por el mismo patrón y retroalimentadas por una *selección* de identidades endogrupales.

La *bioespecificidad identitaria* viene a poner el acento en la manera en que las personas están insertas en un medidor de identidades, nominándolas por gustos, saberes, comportamientos y actitudes.

Es por eso que la dialéctica antropológica es la que debe trazar espacios con la especificidad bios (la ciencia) para que lo personal y la pertenencia o asimilación a un grupo, refuerce el sentido de la bidireccionalidad, esto es que ciencia y experiencias culturales se retroalimenten para alcanzar un estar bio-socio-cultural.

Basándose de nuevo en la idea de Foucault (1999, 2001) sobre las tecnologías del yo, del sexo y del poder, el autor habla de una identidad configurada por un mecanismo de control social, no determinada por la naturaleza de los cuerpos ni de los genes, sino por cómo la sociedad concibe esos cuerpos en función de lo masculino y lo femenino.

Este proceso de identidad no ocurre de la misma manera en niños que en niñas, precisamente por esa bioespecificidad identitaria asociada, diferenciando normas y valores sociales en función del determinismo biológico.

Ya desde el nacimiento, el proceso de socialización entra en disputa desde las modalidades de vestir y comportarse hasta los estudios elegidos.

Con la afirmación de *no se nace mujer, se llega a serlo* la histórica Simone de Beauvoir mostró cómo la feminidad no deriva de la naturaleza (bios) sino que se adquiere por procesos socioculturales. Lock (1987) hace esta misma afirmación en su ya citada obra, donde explica de qué manera la naturaleza y sus discursos darwinistas, crean productos culturales que generan una realidad basada en el biodeterminismo.

Esta interacción relacional dentro del grupo, y a la vez fuera de él, es donde la

identidad converge en un proceso inacabado de transformación, reinterpretación y redefinición de la persona; un tira y afloja entre la imagen que percibimos de nosotras mismas y la imagen que tienen de nosotras. Ante tal bagaje de factores y mecanismos que confluyen en una identidad (in)estable, fragmentada y (re)compuesta, los procesos de socialización actúan como refuerzo en la (auto) afirmación de identidad.

Una de las tareas importantes en las ciencias sociales es descubrir la realidad inserta en las relaciones entre personas y subjetividades, o de qué forma los condicionantes son generadores de la identidad, así como el efecto potencial que tienen y los mecanismos de interacción-acción.

9.2 ENTRE TRAJE CULTURAL & TRAJE IDENTITARIO.

La representación social de la salud, al margen de la definición de la OMS, condensa una serie de sistemas que dependen en gran medida de la interacción individuo-sociedad. Valores, normas y hábitos acentúan las formas y los roles que acompañan a la aparición de los malestares sociales.

La gestión de la salud no debiera servirse sólo del paradigma médico, sino generar vínculos interdependientes con los bio-estratos sociales en interacción del sistema-grupo; para esto ha de abordarse la cuestión de la identidad así como la construcción de revestirse de elementos culturales y simbólicos. Es por ello que se pretende reflexionar sobre los llamados trajes que llevamos a lo largo de la vida y cómo afectan según el modelo elegido. El traje identitario lleva implícito cuestiones que proceden del sistema, las estructuras y cómo esos mecanismos infieren en la construcción de subjetividades.

"Uno de los criterios para la elección de la estrategia, consiste en evaluar el grado en que el problema de comer en cuestión, implica cuestiones de identidad"
(Kristensen & Koster, 2014:328)⁷⁶

Concebir estas representaciones sociales e identidades, es atender al corpus

⁷⁶ TP

ontológico a sabiendas de las fronteras y limitaciones conceptuales de la ciencia, pero confiando en que suponga un paso trascendental para evaporar su exclusividad al hacer de la coexistencia con los estares sociales cómplice y figura principal. Desde ese momento los estares sociales los entendemos como el análisis de la cultura, la sociedad y las subjetividades en tanto estructuras funcionales.

La aceptación de esta nueva visión paradigmática, hace posible explicar y acceder a la representación individual y privada únicamente entendida desde el marco vital propio y su relación con el contexto. En cambio, si sucumbimos sólo a la norma médica, se cae en el error de externalizar los quehaceres sociales al propio individuo y por tanto la explicación causa-efecto adquiere un tinte racional que no sustancial, donde la interpretación de la realidad y el rito simbólico caen en un vacío sin sentido.

El objetivo es atender tanto a estas construcciones culturales como a las representaciones sociales haciendo que el vínculo dialéctico entre lo médico y lo social, entre estares y racionalidad queden en yuxtaposición desde una simbiosis antropológica que ayude a construir la realidad de quienes la viven.

El *traje cultural* que lleva todo ser humano tiene una función relevante en la condición de ser mujer u hombre. Cabe plantearse entonces hasta qué punto la identidad es determinante y detonante de los ciclos vitales y hasta qué punto el poder decisorio de las mujeres se ve condicionado por el apego a la medicina occidental relegándolas en el tratamiento, tanto el moral como el profesional.

Hace falta que la ciencia se desarrolle y haga visible la comunicación entre ambos trajes, y erradicar el sufrimiento que deviene de una cultura basada en el sufrimiento por la ignorancia de no saber ni entender los diferentes estados de malestar.

Ante la pérdida o el mal uso de los trajes este proceso de creación de un nuevo entendimiento social e individual sobre los malestares sociales, quedará en la teorización pero no en el pragmatismo.

Este punto ha querido poner de manifiesto la necesidad de crear vínculos interdependientes donde identidad y cultura se entiendan con la ciencia y la disciplina

médica, pero para ello y en el siguiente capítulo se explica, hace falta analizar cómo son las decisiones pues toda decisión es causante de un estado, y para que dichos estados, cambien y mejoren, hace falta que las decisiones que se tomen individual y conjuntamente, se hagan desde la praxis ética y no sólo médica.

9.3 APOSTATAR DEL CUERPO O LA ÉTICA DEL MENS SANA IN CORPORE SANO.

Según Menéndez (1996) desde la perspectiva antropológica los estilos de vida que conducen a una serie de comportamientos, no deben ser entendidos o reducidos al riesgo en sí, puesto que de tal forma se desmarcan de aquellas condiciones, pensamientos y pautas que se producen o reproducen en el transcurrir vital. Las decisiones comprometen al sujeto.

“Lo corporal, en tanto realidad iatromecánica aparece como el primer vínculo del sujeto consigo mismo y es en dicho carácter donde se objetivan las nociones de salud y enfermedad” (Robledo, 2014:124)

La sobreabundancia y opulencia hacen de las necesidades productos de satisfacción momentáneos y no imprescindibles para el cuidado. Ante esta *cura sui*, existe una delgada línea que marca la obsesión con la dejadez.

La publicidad y los medios de comunicación, azotan bruscamente a la población con mensajes contrapuestos y a la vez necesarios; toda una gama de productos que exigen cuidado para no enfermar (productos light, adelgazantes, para “corregir” problemas como colesterol, hipertensión; cremas reductoras...) frente a productos que mandan mensajes implícitos de dejadez (bollería, productos grasos...), haciendo que lo propio o lo impropio sea una “responsabilidad” individual, que no social.

La medicina es el sostén al que las personas se acogen para conocer qué le ocurre al cuerpo, y en esa dejadez se olvida la incapacidad para reflexionar sobre sí misma/o. Es decir, escuchar al cuerpo acerca del dolor o la disfunción sobre todo cuando se trata de una situación vivencial, aquí llamada como estar social. Lidar entre uno u otro es aprender a dirigir la propia identidad individual y/o colectiva intentando que las

implicaciones tenaces del marketing queden al margen.

“Cuando se señala que gran parte de los comportamientos de riesgo se han modificado básicamente por la influencia de las condiciones sociales y culturales que operan en la vida cotidiana y no por el consejo médico, se está justamente asumiendo la significación del estilo de vida como un efecto de globalidad y no de comportamiento individual” (Menéndez, 1996:54)

En sus obras Bauman (2009) ya hacía alusión al inacabado proceso de identidad que se construye a lo largo de la vida. Apoyándose en este cuestionamiento complejo si cabe, podemos decir que el proceso de identidad entendido como mecanismo de articulación de ideas y saberes es un arma naturalizado por el devenir de los cuerpos, y con él, también de sus estados vitales.

Pero volviendo a la idea de pensar en una corriente de desidentificación para resignificar nuevos cuerpos y subjetividades hace falta hablar de la identidad también desde el plano fisiológico.

Pongo un ejemplo, una mujer que siempre nace con una supuesta marcada condición femenina, se le atribuye directamente una característica fisiológica que la identifica con los procesos de un cuerpo, y a esa manera de estar se le infiere obligaciones basadas en roles.

Asistimos a una sociedad opresora, que junto con las tecnologías médicas que controlan y tecnifican los cuerpos para sus intereses bajo el estandarte de *decisión propia* o *elección libre*, legitiman los usos y abusos hacia los cuerpos.

9.4 AGENTES TECNOPRESORES DEL SUJETO

Aunque el cuerpo humano dejó hace tiempo de estar regido por severas creencias religiosas, pasó a serlo no menos inflexiblemente por principios científicos. Fue de la mano de Mary Douglas (1966, 1999) pionera en interpretar los significados socio-culturales de los cuerpos, y luego con los trabajos de Margaret Lock (1987, 2001), Judith Butler (1993), o Foucault (1999) cuando se desarrollaron los mecanismos que mantenían las vulneraciones y desigualdades entre hombres y mujeres, y cómo el poder de las tecnologías en el manejo de los cuerpos ejercía control y regulación.

“La mente humana, para manejar y aprehender la realidad compleja e inaprensible, impone sobre ella esquemas mentales, tal como el principio de contradicción. La dicotomía hombre-mujer hay que entenderla, más que como una realidad dada por la biología, como una construcción mental elaborada a partir de datos fisiológicos, anatómicos, ideológicos, culturales, etc., que nos ayuda a clasificar la variada complejidad de los seres humanos.” (Iglesias, 2003:8)

Ante esta complejidad de interferencias hacia la construcción del sujeto propio, son las mujeres la que se encuentran en peor situación en tanto que sus cuerpos son el motor de arranque de la medicina y las corporaciones científicas y farmacéuticas.

Las estrategias de poder y la relación con los aspectos simbólicos, sociales, culturales y económicos son condicionantes para moldear las estructuras de género y con ellas, roles y estereotipos.

Ante lo mencionado anteriormente esta descatalogación de identidades se asiste en una sociedad donde las diferencias por razón sexo y género establecen desigualdades identitarias, generando una urdimbre tejida por la asociación de identidades y productos que están bajo el manejo de lo que aquí se ha denominado *agentes tecnopresores*.

Este concepto se crea a raíz de tres palabras encargadas de la configuración de los malestares sociales. Por una parte el de *agentes*, que refieren a las estructuras de poder de lo macro y micro, cuyas funciones se centran en el control social y el contexto.

Lo *techo* refiere al aparataje tecnológico derivado y vinculado a la ciencia con la finalidad de atender a la salud de las personas, no desde la óptica del tratamiento sino desde la óptica del control.

Y la última hace un gesto manifiesto a la opresión que genera el uso de esas intervenciones técnicas, con las consecuencias que puede contener una (mal) vivencia de la menstruación o la menopausia o el ejemplo de la hipermedicalización (fármacos, píldoras, antidepresivos, ansiolíticos) y tratamientos invasivos relacionados con cuestiones de estética.

La feminista Margie Profet (1993), se opone a la idea de la menstruación como un hecho aislado y enfermizo defendiendo que las mujeres menstrúan por una causa fin, pues desde la perspectiva evolutiva la menstruación ha perdurado desde que se tiene conocimiento sobre la fisiología de las mujeres ¿Por qué el cuerpo permitiría un desgaste energético sin, en teoría, ningún tipo de ganancia? De la misma forma en que el ginecólogo Lawrence M. Nelson (2012)⁷⁷ dijo que el ciclo menstrual no recibía el respeto que se merecía en temas de salud.

La pregunta es ¿por qué este repudio de las mujeres a su menstruación? Es evidente que el peso de la cultura ha limitado las capacidades en cuanto a la producción, creatividad y energía en el trabajo, causa para que las mujeres consideren más importante el trabajo que su cuidado. Por poner un ejemplo, el mundo laboral actuaría como agente tecnopresor en el sentido práctico de imposibilitar a las mujeres que lo necesitasen (o quisieran), el que pudiesen acogerse a los permisos por menstruación⁷⁸.

Ante la asunción de roles donde cultura y género adquieren relevancia se encuentra el proceso de enculturación, que explica de qué manera el sujeto viene definido por estándares culturales y en la línea de Harris (2004), la experiencia de aprendizaje tiene una parte consciente y otra inconsciente, donde la edad, y también el

⁷⁷ La pretensión de citar a ambos autores relacionados con la medicina y la biología, es resaltar que la defensa de esta tesis, no necesariamente tiene que ser aceptada por disciplinas de carácter social. Como he expuesto muchas autoras y autores, de la rama más científica ya hablan de la necesidad de una inclusión de las ramas antropológicas.

⁷⁸ Este punto se ampliará en el capítulo 11 y a lo largo de la tercera parte, donde se aborda el trabajo de campo.

poder, son dos factores determinantes que obligan a la población más joven a tener que adoptar actitudes y comportamientos sustentados en la tradición y en la herencia.

El peso cultural y generacional heredado está cargado de tradiciones y costumbres que determinan como *deben* ser las cosas, así como las actitudes más adecuadas. En lo que refiere a las herencias culturales perjudicando muchas de ellas al sujeto, se encuentra el caso de los problemas alimentarios que desde esta línea argumental cabe la posibilidad de calificarla de *agentes tecnopresores de género*.

Esta teoría de acción toma en consideración las potencialidades de estos agentes en la redefinición cambiante del concepto de identidad, de cómo actúa y su relación con las estructuras. La atención sobre una serie de presupuestos antropológicos unidos a las diversas dimensiones de análisis evita que los estudios queden reducidos a meros epifenómenos del sistema y por el contrario que adquiera el poder de merecer ser tenidos en cuenta.

CAPÍTULO 10: MECANISMOS SOCIALES DEL DESVIVIR

10.1 MEDIOS DE COMUNICACIÓN: SI NO LO VEO NO ME ENFERMO

“Todas las mujeres han experimentado diversos grados de este tipo de agresiones durante su vida y, por lo tanto, desde hace muchas generaciones, la salud mental de las mujeres y su autoestima ha sido agredida, despreciada, desvalorizada y en consecuencia invisibilizada [...] Cuanto más se desprecia a un ser humano y cuando este hace suyo ese desprecio, siente que no es nada, se hace invisible para los demás y para sí mismo”

Valls-Llobet (2006:31)

No podemos hablar de estructuras de poder sin hacer mención a la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo y creación de los malestares sociales, entendidos también como mecanismos generadores de identidad, subjetividades y

formas de actuar y pensar.

Por ese motivo este capítulo pone el énfasis en la capacidad de los medios de comunicación para la desintegración del sujeto, en base a la publicidad y al marketing. Esta sociedad de comunicación de masas sirve para explicar las dinámicas de los individuos y grupos, así como la influencia en la distribución y el reparto de roles desiguales.

Si entendemos la comunicación como parte del sistema, también la entendemos como estructura socializadora, lo que hace que su poder actúe como agente tecnopresor de los comportamientos y modos de vivir.

Los medios de comunicación también son llamados a declarar como parte implícita de la violencia simbólica por el impacto que producen desde una óptica de la desigualdad. Muchos de sus mensajes alientan a reproducir roles en el papel de participante que sustentan la dominación y el egocentrismo.

Se habla de los mensajes que giran en torno a la comida saludable, la comida rápida, los fármacos para adelgazar, para paliar el estrés, la puesta en forma a través de la venta de productos o una buena salud dependiendo de agentes externos.

Mensajes que se disfrazan de felicidad, fuerza y autoestima, sin afirmar un mismo planteamiento coherente a la hora de hacer un paralelismo con la venta de este tipo de productos con el estado de bienestar y el gozo de la salud.

En esta producción científica basada en el capital y en la representatividad mediática, se pueden identificar las diferentes formas de discriminación, opresión y violencia, siendo las mujeres las que más reciben estos mensajes.

“Hay que tener en cuenta que en la sociedad ha habido y hay todavía un proceso abierto en la definición y construcción de este tipo de violencia y que los propios cambios en el contexto sociopolítico han afectado a su delimitación y a las actuaciones emprendidas.” (Comas, 2011:184)

La necesidad de ampliar el campo científico y del mercado pone en peligro de desintegración las experiencias personales, y por tanto tiende a llevarlas hacia la enfermedad. En este punto los medios de comunicación juegan un papel decisivo como posibles creadores de alarma social, distorsionando o ensanchando el contenido de lo patológico bajo el dominio de las empresas.

Que en los media aparezcan fármacos vendidos como la panacea a la hora de conseguir un estado de salud óptimo hace que quieran y se convenzan de la necesidad de obtenerlos para llevar una vida mejor.

“Sin embargo, estudios realizados en varios países occidentales indica que las mujeres se prescriben psicofármacos más o menos el doble de frecuencia que los hombres. Las razones por las que los médicos prescriben más de estos fármacos para las mujeres que para los hombres son complejos, pero incluyen la influencia de los anuncios de la industria farmacéutica, la promoción de estos fármacos como soluciones para tensiones de la vida de las mujeres y los conflictos de roles”
(Helman, 2000:115)

La existencia de una serie de potenciadores socio-culturales como la moda, los valores y su relación con las cuestiones de género inciden de manera cuasi unidireccional en las formas y actitudes de la población, en mayor medida pasiva pero también en formas más activas.

Estilos y formas de vidas propias y características de la cultura están basados en una opulencia, cuya homogeneización precisa de deconstrucción social, dada la socialización y acción que se ejerce de forma impositiva a la población.

Resulta extremadamente caro ser mujer en una sociedad dominada por intereses unidireccionales que hacen que se elimine a la persona y se valore la representación externa, lo corporal; una proliferación incesante de todos los malestares.

Se trata de analizar el trato que reciben los cuerpos y sus significaciones, generando un ideal de imposiciones que lleva a estados de confusión y desestabilidad emocional. El hecho de interiorizar una normativización de algo exento y no elegido lleva sin duda a la esclavitud corporal.

10.2 LAS OTRAS REDES SOCIALES

Pero no solo la publicidad y el marketing forman parte de esta opresión hacia los cuerpos, también las redes sociales son otro ejemplo a tratar. Hablamos de páginas como Facebook, twitter, Instagram o los blogs que hablan de todas estas problemáticas.

En el caso de los blogs *Ana y Mia*⁷⁹, son formas de estar en lo virtual que se manejan por doble vía, la de la apología de los PCA y el generar un espacio para exponer los sentires de quienes sufren estos problemas, a modo de diario.

Este nuevo factor de riesgo ha supuesto el desarrollo de los malestares en todas las variaciones posibles. Si bien es cierto que la polémica está servida en éstas páginas que promueven la anorexia y la bulimia, no es menos importante aquellas que van destinadas a las mujeres que hablan de recetas, de trucos de belleza, de cremas anticelulíticas, dietas adelgazantes, vientres planos o ejercicios rejuvenecedores.

La diferencia es que en este último tipo, el compartir se normaliza bajo el denominador común del *cuidado para la salud*, utilizando dicho concepto como una manera de vender el bienestar.

Una de las cuestiones moralistas de este punto es la denuncia que la propia sociedad hace acerca de las páginas web pro Ana y Mia⁸⁰, que incitan de forma muy explícita a la anorexia y a la bulimia como modelos de vivir. En cambio la reacción no es la misma cuando esa búsqueda de los remedios y recetas que orientan hacia el cuerpo basado en una concepción de éxito y en unas restricciones socialmente generalizadas.

¿Por qué la muerte por no comer está peor vista que la de morir en un quirófano tras someterse a una cirugía estética? ¿Quién marca lo que es más ético cuando en ambos casos se esculpe la abrasión de la vida?

⁷⁹ Enlace a uno de los blogs: <http://amigasanaymia.blogspot.com.es/>

⁸⁰ Salud lleva a la Fiscalía 15 páginas web por incitar a la anorexia.
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/13/catalunya/1436795044_372302.html

Con esto no se pretende exculpar a dichas páginas sino poner en cuestión la regulación o el significado transmitido en ambos casos.

“La gente de Hollywood, así como las modelos, están por lo general, en bajo peso y consideradas atractivas por la cultura estadounidense. En el promedio de la ciudadanía, los comportamientos alimentarios son reforzados cada vez que una celebridad es alabada por su bajo peso o por tener un cuerpo mejorado quirúrgicamente. Muchas veces los individuos normales hacen en dietas extremas, envueltas en la utilización de las purgas que duran dos o tres días, porque creen que así pueden parecerse a las estrellas del cine, y tener también mayor popularidad y ser más queridas” (Riggins, 2008:9)

En el desdoblamiento de un yo como sujeto en contraposición a la vivencia del yo como cuerpo, tiene relevancia la construcción cultural que domina en el imaginario social, de tal manera que todas las personas se ven rodeadas por un bombardeo constante de imágenes y representaciones. Es lo que he denominado la infoxicación de los prototipos.

La renuncia, la alineación y el malestar que genera amoldarse a unos ideales nada sostenibles en la vida cotidiana provoca una serie de neurosis contra sí misma, y por eso la necesidad de hacer un guiño a los medios como creadores de metas imposibles con los que hay que operar, especialmente cuando actúan como agentes opresores. El siguiente apartado pretende abordar cómo estos mecanismos pueden transmitir la diferencia entre el malestar legítimo frente al bienestar consumado.

10.3 ENTRE EL BIENESTAR CONSUMADO Y EL MALESTAR LEGÍTIMO

Las mujeres que llevan la connotación de los M.E.M, pueden estar aparentemente gozando de salud pero sentirse infelices, de la misma manera que puede que sientan un bienestar profundo y en cambio estén llevando a cabo estilos de vida nada saludables. Son dos ejes paralelos pero en constante conexión.

“(…) Nuestra forma de comer refleja el modo en que vivimos y el lugar real que ocupamos en la sociedad” (Gómez, 2003:12)

Una de las justificaciones de la ciencia es hablar de bienestar bajo los parámetros métricos que lo definen alejado, muchas veces, de lo que establece la Organización Mundial de la Salud. Un fondo basado en las concepciones superficiales que no atiende a otras dimensiones e interviene desde los estándares biométricos, como por ejemplo el caso del índice de masa corporal, que define un TCA en función de los datos numéricos para constatar si se cumplen o no las condiciones idóneas de salud.

La percepción desde la realidad social sobre la salud es aparentemente objetiva, dependiente de creencias y actitudes condicionadas por la sociedad, la medicina y la religión, haciendo que de manera tajante se contribuya a desarrollar estas actitudes también en el entorno familiar y cultural, reduciendo el valor humano intrínseco y social y exigiendo modelos de vida y formas de pensamiento del desarrollo personal complementarias y abarcadoras.

“Cualquiera de sus manifestaciones, antes de ser explorada o analizada, se relaciona con la <<histeria>>. Cualquier sintomatología poco precisa, como el cansancio o el malestar, hace treinta años era diagnosticada de <<neuroastenia>>, y actualmente el diagnóstico más frecuente es el de depresión o ansiedad. La administración de ansiolíticos o de antidepresivos a mujeres e hace en la mayoría de los casos sin un diagnóstico riguroso o para paliar problemas de relación, de afectividad, de pobreza o del cansancio producido por su papel de cuidadoras” (Valls Llobet, 2006:28)

Actualmente ya hay investigaciones que manifiestan la férrea relación entre la mala alimentación y la aparición de enfermedades como problemas menstruales, estados de ansiedad, depresión, anorexia y bulimia, y que unido a su condicionante vital desarrollan *enfermedades periódicas*.

En la era de la rapidez y la inmediatez poco cabe hablar de trayectoria, profundidad biográfica y ralentización temporal, por lo que el espacio vital queda reducido al sufrimiento y a la desfragmentación. Por eso hablamos de cuerpos que no sólo importan sus formas de estar, también de ser y hacer.

“Los síntomas son una metáfora de aquello vivido que no puede ser simbolizado. Tanto síntomas anímicos o de la conducta, como síntomas físicos, son

símbolos de los conflictos que no pueden ser pensados y expresados con palabras”

(Velasco, 2006:121)

Otro de los temas es el simbolismo del rol nutricional, que repercute en la madre, en la mujer, ya que la acción culinaria siempre ha llevado tras de sí la imagen de la figura maternal y cuidadora, una imagen proyectada por mujeres. El rechazo a esta “responsabilidad impuesta” es una de las explicaciones al origen de la anorexia y la bulimia y su vinculación con el linaje materno-filial, la de la madre y la hija.

“La madre como preparadora y servidora de las comidas familiares, se halla inmersa en una doble relación de manipulación y explotación, ya que en muchos casos se aferra a esta pequeña y mísera parcela de poder doméstico y se muestra remisa a permitir que su hija adolescente empiece a querer comer a su modo, “despreciando” las comidas que ella elabora” (Gómez, 2003:12)

Estos conflictos que se originan entre el sujeto y el sistema alimentario que adopta, surgen por la escasa interacción y bienestar entre los vínculos madre, padre, hija y resto de la familia, por lo que el conflicto se consolida como sistema interactuante dentro del núcleo familiar.

En los capítulos anteriores se ha querido reflejar los mecanismos que influyen en el desarrollo del fenómeno M.E.M desde el plano más mediático como otro punto de todo el sistema interactuante para en el siguiente capítulo exponer de qué manera todos esos mecanismos y estrategias influyen en cada uno de los estares.

Se ha hablado de salud, enfermedad, procesos y estados, cuerpos, cultura e identidad y teorías que caracteriza el marco teórico; profundizando en cada uno de esos malestares como procesos vitales que parecen se encuentran flotando a la deriva.

CAPÍTULO 11: PROCESOS VITALES A LA DERIVA: EL CASO DE LOS M.E.M

11.1 POR QUÉ HABLAR DEL FENÓMENO M.E.M

“El descubrimiento de los procesos vitales como contenido de la enfermedad, permite darle un fundamento que no es ni lejano, ni abstracto: un fundamento tan próximo, como es posible, de lo que es manifiesto; la enfermedad no será ya sino la forma patológica de la vida. Las grandes esencias nosológicas, que planeaban por encima del orden de la vida y lo amenazaban, son ahora deformadas por él: la vida es lo inmediato, lo presente y lo perceptible más allá de la enfermedad; y ésta a su vez, reúne sus fenómenos en la forma mórbida de la vida.”

(Foucault, 1966:217)

Hablar de los M.E.M es hablar de una realidad, de una invisibilidad, de una insatisfacción y es hablar de violencias corporales. Para mostrar el corte social que encierra la significación de este fenómeno rescatamos la teoría del suicidio de Durkheim (1992) entendiéndolo como una patología contagiosa que venía dada por el efecto que el contexto social tenía sobre las personas e hizo ver que el suicidio era un problema social cuya solución debía pasar por el contexto y no por el entramado médico.

Una teoría que explica las causas y efectos derivados de las influencias coyunturales defendiendo que la medicina debe quedar reducida a una parte del proceso de recuperación pero no a su globalidad.

En este marco de formas de concebir las enfermedades y patologías entran en juego las demandas de la ciudadanía de ser escuchada como titular de derechos poniendo de manifiesto que la realidad en la que vive uno no es coherente con las exigencias de lo ajeno.

Este concepto ha permitido definir tres mundos muy vinculados con lo médico, la menstruación, la menopausia y los problemas alimentarios, y paralelamente visibilizar las violencias que actúan contra las mujeres en cada uno de ellos.

El fenómeno M.E.M pretende mostrar la necesidad de una panorámica más social y respetuosa con los derechos humanos, reconociendo a las mujeres como titulares de derechos y como parte de esta transformación social y médica donde la lógica del progreso moral y ético respete las vivencias y experiencias.

11.2 EL ECLIPSE DE LA MENSTRUACIÓN

La nueva fobia menstrual

El malestar menstrual no se genera por una cuestión biológica sino por herencia cultural, pues a lo largo de la historia ha sido presentada como tabú, como problema, molestia e incluso como un tema que debe estar ausente y excluido de la sociedad.

Este capítulo aborda el trato y rechazo que aún hoy persisten en sociedades occidentales al respecto de la menstruación, identificando un tratamiento basado en la medicalización y la normalización del pudor desde lo negativo.

En España existe una escasa bibliografía sobre la menstruación desde un punto de vista antropológico y cultural, de la misma manera que tampoco se recogen datos sobre los pensamientos y actuaciones de los hombres en relación a dichos temas.

“Si algunos hombres todavía ven a las mujeres y su fisiología, como representante de la naturaleza, es decir, incontroladas, impredecibles y peligrosas, los rituales médicos y la tecnología médica se convierten en una forma de domar al incontrolado (especialmente en la era del feminismo) y lo que es más del proceso cultural” (Helman, 2000:114)

Hablar de menstruación, es verla como un proceso que afecta a lo fisiológico y a la función reproductora de las mujeres, cuyo mensaje es el de que las mujeres menstrúan para parir y para ser madres, vinculando la menstruación con la maternidad.

El interés de la ciencia sobre este fenómeno surgió en el siglo XX cuando se empezó a estudiar la relación de las hormonas hipofisarias del ciclo y se conoció la posibilidad de controlar los estados hormonales a través de los métodos anticonceptivos.

Ante este nuevo paradigma empiezan a emerger estudios que apuntan hacia la erradicación de la menstruación como solución a problemas como la endometriosis, la dismenorrea o la menorragia. La ampliación de esta anulación hormonal en la actualidad ya se está dando como recurso o alternativa, independientemente de si se tiene algunas de las enfermedades nombradas anteriormente o no.

Esta fácil salida apoyada por científicos impide en gran medida implementar en la sociedad nuevas formas de tratar algunos de los problemas menstruales, a través de medidas de prevención, información o sensibilización para el autocuidado y autoconocimiento del cuerpo.

“Muchas de ellas, en su confusión, alentadas por siglos de sumisión femenina, han llegado a creer que realmente son culpables, y si no lo son, como no pueden evitar sentir su malestar, aceptan las píldoras de dos en dos, y todas las que fueran necesarias para no experimentar algunos dolores o angustias que constantemente las atormentan” (Valls-Llobel,2006:40)

Desde la primera aparición menstrual, la escenificación que ha creado la cultura y la interpretación familiar han normalizado un tabú menstrual que invisibiliza todos los estares por los que pasan las mujeres, añadiéndoles además responsabilidades, especialmente a las jóvenes con el ejercicio de la maternidad. Una *carga* no buscada, entendiendo la menstruación como una enfermedad de la que tener que (pre)ocuparse.

“En realidad, ni en el pasado ni en la actualidad el rol nutricional proporciona a las mujeres, a pesar de la dedicación que exige, ni riqueza, ni poder ni prestigio social; así por ejemplo, los grandes cocineros han sido y siguen siendo siempre hombres, e incluso algunos se permiten salir por la televisión para decir a las mujeres cómo deben cocinar; lo peor de todo es que aún hay quien les hace caso” (Gómez, 2003:43)

Frente a esta manera de concebirla, aparece el sufrimiento social. Un sufrimiento que la medicina no trata solo palía a través fármacos. Crear enfermedades genera nuevas sub-enfermedades relacionadas con la principal, pues la menstruación pocas veces viene sola, ya que suele acompañarse de problemas de carácter emocional como la depresión o la ansiedad. Razón, esta última, por la que se habla de sufrimiento o malestar social en tanto que desencadena responsabilidades que vulneran la vida de las mujeres.

En el caso de la menstruación, la medicina y la ciencia han construido técnicas para la *manipulación del sangrado* con la finalidad de controlar los periodos o en algunos casos la erradicación del curso menstrual.

Este capítulo no pretende estigmatizar una forma de vivir la menstruación, como puede ser no vivirla, sino mostrar que la receta de la desaparición de la menstruación no es siempre la más acertada, al igual que tampoco lo es la medicalización continúa.

Hacen falta más investigaciones que aporten el porqué de estos problemas, más allá de lo biológico, como pueda ser las consecuencias que se derivan de factores externos como la alimentación, el no manejo de las emociones, la polución y otros factores medioambientales.

“No es casual la creciente prevalencia de síndromes como la endometriosis (...) O síndromes premenstruales cíclicamente invalidantes; o quistes anexiales cuya aparición encuentra su sentido en hechos biográficos localizables; o los ovarios poliquísticos, grandes, duros y perezosos para producir hormonas femeninas. Son metáforas del cuerpo cuando la feminidad está en conflicto y es aquí donde está surgiendo toda una patología ginecológica con un fuerte componente psicosomático que compromete, no casualmente, la fertilidad de las mujeres, ya que es la identidad femenina la que se ve en conflicto.” (Velasco, 2006: 70)

Tal y como afirma Velasco (2006), nos encontramos con que los malestares vienen condicionados por un problema de identidad, de rechazo hacia las imposiciones que ostenta el ser mujer y también de las obligaciones respecto a la maternidad. Rechazar la menstruación no solo es sinónimo de disolver la feminidad, también anular la maternidad.

De hecho más adelante en el apartado etnográfico aparecerán casos de mujeres que, al no sentirse identificadas con el cuerpo y las funciones de ser mujer, prefieren erradicar su menstruación y sentirse liberadas en la identificación de ser madre.

La cuestión no es plantear o cuestionar el desarraigo menstrual con el factor identidad, sino cómo la ciencia ha definido los pensamientos y acciones de las mujeres en función de su condición biológica. Ser mujer y menstruante no debiera ser sinónimo de ser mujer y madre, como tampoco la asociación de menstruar con la feminidad.

Eclipsar la menstruación hace reflexionar hasta qué punto el malestar está implícito en el devenir menstruante y de qué manera la identidad construida por la intención de la ciencia junto con las tecnologías pueden ser agentes opresores de los cuerpos. La cuestión no es preguntarse si es lícito o no dicha erradicación, sino reflexionar acerca de la influencia de la complicidad del sistema sexo-género con los intereses y avances científicos.

El devenir menstruante para un sangrado obsoleto

En este punto, al profundizar sobre la elección, libre o impuesta, de erradicar la menstruación y la influencia de lo que es entendido y aceptado como moral y ético, cabe hablar de la unidireccionalidad que adopta la ciencia en las investigaciones, olvidando el contenido cultural y la perspectiva de género.

La identificación de lo femenino con lo emocional y lo masculino con lo racional, ha desestabilizado el sistema y jugado en pro de una identificación basada en estos dos modelos, haciendo que la menstruación no pueda ser entendida como un ciclo vital más del cuerpo que lo registra, sino que ha estado asociada a una identidad y por tanto un rol.

“(...) estamos asistiendo a la comercialización, en USA, de la píldora que –nos libera- de la menstruación. Dando así un primer paso para el –plan global sobre la reproducción femenina controlada- : supresión de la menstruación por hormonación permanente desde el inicio de la adolescencia, estimulación hormonal ovárica masiva en el inicio de la veintena, congelación de óvulos, en espera de que las jóvenes –hagan sus carreras y aseguren su lugar en la sociedad-,

y fecundación in vitro a mitad de la treintena, cuando ya –decida- que es el momento para reproducirse” (Fuentes, 2012: 41)

Si centramos el debate fisiológico en unión con la construcción de la identidad, se entiende que sangrar o no sangrar refiere a la posibilidad de una fecundación, reproducción y por tanto maternidad; se convierte en un refuerzo de la identidad femenina.

La primera apuesta no daría pie a entender la función menstrual como algo más que sangrado, ya que como afirma Profet (1993) entenderíamos la menstruación como una función fisiológica que hace que la sangre proteja el útero y los oviductos contra los patógenos, es decir, entender el sangrado como regulador en la limpieza de contaminantes ajenos en los órganos reproductivos de las mujeres.

Pero aún con esta explicación, sigue apareciendo la polémica de mujeres que deciden erradicarla, y aquí la teoría de Butler (1993), es interesante en tanto que pone en cuestión el sistema sexo-género. Por tanto, el problema surge cuando al cuestionar la identidad y la función social de la menstruación importa más la capacidad reproductora que su significancia fisiológica como biorritmo natural. Parece necesario buscar intencionalidad donde lo que se produce es funcionamiento del organismo.

“Desde el punto de vista social, la mente se separó del cuerpo, pero para las mujeres esto era imposible, ya que su propia anatomía no permitía escisiones, y sus cuerpos continuaron expresando con las contorsiones de la histeria o con la expresión de síntomas somáticos, como mareos, dolor de cabeza, náuseas o vómitos el asco que les producía esta relación de poder, que las desnaturalizaba y que no les permitía crecer ni encontrarse así mismas” (Valls-Llobet, 2006:38)

Pero no solo la erradicación forma parte del control médico, también la regulación cíclica, haciendo que los procesos fisiológicos sean vehiculizados a través de sustancias químicas hormonales (métodos anticonceptivos reguladores), propiciando la normalidad y la asunción de técnicas controladoras de la menstruación de forma artificial.

Esta forma de tratamiento ha generado que la menstruación se vea inserta en unos parámetros que designan si el proceso es normal o fuera de lo común. Los *desvíos* se

patologizan delimitando el orden social que ha interpuesto la medicina, generando incluso demandas innecesarias. La receta del tratamiento empieza a designarse por una cuestión de edad y de *por si acaso*.

Ante esta manera de entender la menstruación, son las mujeres jóvenes quienes acarrear con el mayor peso cultural, ya que como se ha explicado, el significado cultural y social del rito de paso (de niña a adulta/mujer) adquiere un compromiso de responsabilidad provocando que niñas de entre 13 y 14 años (edad en la que suele empezar la menarquia) soporten el *sufrimiento del género*.

“Las apariencias biológicas y los efectos indudablemente reales que ha producido, en los cuerpos y en las mentes, un prolongado trabajo colectivo de socialización de lo biológico y de biologización de lo social se conjugan para invertir la relación entre las causas y los efectos y hacer aparecer una construcción social naturalizada” (Bourdieu, 2010:14)

Apuntar a la reafirmación de la OMS (1981), quien encontró que, en doce de las catorce culturas estudiadas, las mujeres consideraban la menstruación como una característica propia de su feminidad. Cabe plantear si la influencia de los roles de género afectan no sólo a la supresión de la menstruación sino también al trato que reciben, y especialmente en el mundo laboral cuya importancia requiere de un análisis social diferenciado.

La pretensión es apostar por una menstruación libre de condicionantes de género, entendiéndola como símbolo de expresión sin identificaciones que dañen y vulneren la salud. Una construcción social de la que hoy día sigue estando en disputa en una guerra de sexos y géneros menstruantes e identitarios.

El sistema laboral en este caso, tiene un importante reto al que asistir, pero para ello hace falta un cambio en el sentido de las responsabilidades y los saberes.

Permisos menstruales y otras cuestiones en polémica

Otra de las razones por la que esta tesis se centra en la menstruación como fenómeno social de género es por la polémica que actualmente gira entorno a la posibilidad de hablar sobre los permisos laborales por menstruación o permisos menstruales como derecho dentro de la salud pública.

Llegados a este punto se entiende que la menstruación debiera estar concebida dentro de un enfoque de derechos que permita gozar de buena salud, y es en esta explicación donde el aspecto legal debiera apostar por la creación de permisos opcionales por menstruación a aquellas mujeres que precisaran de descanso y cuidado.

Medicalizar la menstruación es no garantizar el derecho a vivir una menstruación diferente que atiende a las necesidades de las mujeres, especialmente cuando surge algún dolor u estares emocionales que pueden dificultar el trabajo de las mujeres en esos primeros días. Siendo consciente de lo que esta opción puede suponer socialmente, se considera necesario ponerlo sobre la mesa, también por ser una de las demandas de las entrevistadas y atender así a las consecuencias que esto puede acarrear en el mundo laboral, como argumento para la discriminación.

La apuesta por un sistema que vele por este enfoque de derechos como vía para conseguir el derecho a una salud óptima no es baladí si atendemos a los datos que ya anunciamos en el marco etnográfico contextual. La cuestión no solo reside en entender la menstruación desde el enfoque de derecho, sino además en cómo la tratamos desde el marco jurídico y la invisibilización en la sociedad.

Rusia y Taiwán han sido un ejemplo de ello. En ambos países se ha aplicado una regulación normativa aunque sus argumentos han sido diferentes. Para Rusia la explicación dada a estas bajas ha sido que las mujeres necesitaban esos días ya que padecían una enfermedad y no estaban capacitadas para trabajar.

Un discurso bastante diferente se dio en la aprobación de esta misma norma legal en países como Taiwán, que fue aplaudida por colectivos feministas como una forma de dotar de derechos laborales a las mujeres que necesitaban ausentarse dos días (el

máximo permitido) para atender a su salud de forma más consciente.

El derecho a la salud es uno de los derechos más complejos que pueden existir dada su transversalidad en otras áreas por lo que precisa de un mayor análisis social.

“El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación”. Organización Mundial de la Salud ⁸¹

Alimentación, servicios de salud o condiciones laborales seguras son algunas de las argumentaciones para una calidad en la salud de la ciudadanía. Acogiéndonos a estas necesidades cabe plantear la atención que recibe la salud menstrual desde un enfoque de derecho; en tanto que las mujeres no deciden si menstrúan o no y lo hacen por una cuestión fisiológica es ahí donde debería de haber una regulación sanitaria y la implantación de la educación menstrual.

El objetivo por tanto es velar por una salud que proteja a las mujeres, tal y como se recogió en la Carta de Ottawa con la siguiente argumentación

“Los cambios de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes”

Otra de las cuestiones centrales que se plantea en esta tesis, en tanto que la salud es entendida como derecho, es argüir acerca de si los productos femeninos íntimos deberían estar sufragados por el sistema de salud pública.

⁸¹ Nota descriptiva. Diciembre 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Lejos de entrar en el debate político que se ha generado tras su implantación en Canadá⁸² y que ya ha llegado a los medios de comunicación españoles⁸³, se pretende desde la teoría antropológica y feminista aportar argumentos para que la financiación de estos productos sea entendida como una responsabilidad del sistema sanitario.

En la teoría desarrollada por Emily Martin (1987), se argumenta la transformación de las corporalidades en cuerpos fluidos para cambiar el escenario social. La autora ya apuntaba a la identidad como un proceso capaz de crear y deconstruir el imaginario social del que se alimenta. Una retroalimentación indispensable en la supervivencia de los cuerpos en sociedad sustentada por una diferenciación social, hoy día de doble direccionalidad, la del sometimiento del cuerpo de las mujeres y la de la dominación masculina.

Mientras que en la maleabilidad de los cuerpos no se contemple el sistema sexo-género, el derecho de acceso igualitario será insuficiente, procurándose como una limitación en cuanto a libertad y autonomía y restando a su vez credibilidad al asunto.

En tanto no se consideren los malestares como fuentes del malestar y no se apueste por una política sanitaria que recoja esa visión, las intervenciones se basarán en el razonamiento estrictamente científico. Por el contrario, si se consigue poner en cuestión el derecho a la salud como primer paso en la toma de conciencia de los malestares, se estará visibilizando la presión y vulneración, encaminando hacia una acción herética, emancipadora y empoderadora de las mujeres en la restauración y resignificación del concepto de *salud en el más alto nivel*. como declara Naciones Unidas.

⁸² Información: http://www.eldiario.es/economia/Deben-tampones-compresas-gravados-impuestos_0_402110479.html

⁸³ Defensa hecha por la autora en el programa “La Ventana” de la Cadena Ser. http://cadenaser.com/programa/2015/07/01/la_ventana/1435758765_931587.html

11.3 LAS SUPERVIVENCIAS EN EL PROCESO MENOPÁUSICO

La colonización de la menopausia

“¿Cuáles eran las palabras que las mujeres utilizan a continuación para tratar de expresarlo? A veces una mujer diría "me quedé vacía de alguna manera incompleta." O lo que respondía: "Me siento como si 'no existo." A veces borraban sus sentimientos con un tranquilizante. A veces pensaba que el problema estaba con su marido o sus hijos, o que lo que realmente era que necesitaba redecorar su casa, o trasladarse a un barrio mejor, o tener una aventura, u otro bebé. A veces, iba al médico con síntomas que apenas podía describir: "Una sensación de cansancio, me siento tan enojada con los niños, me da miedo. Tengo ganas de llorar sin ninguna razón”.

*A Cleveland doctor called it “the housewife’s síndrome.
(Friedan, 1963:8)*

Para hablar de la menopausia es necesario explicar terminológicamente algunos errores que se manifiestan en lo conceptual, en tanto que se habla de menopausia o climaterio indistintamente. Diferenciar ambas fases es importante para entender y comprender el momento cíclico por el que pasan las mujeres.

“Las ideas que expresaban esta pérdida eran ideas tales como fin natural como servidora de la especie, muerte parcial y angustia psicológica. Desde el punto de vista científico se denominó, como ya se ha indicado, melancolía involutiva, estableciéndose una relación directa entre la transición menopáusica (involución del útero) y la depresión”. (Sanchez-Cánovas, 1996:44)

Hablar del climaterio es hablar de un periodo premenopáusico donde la función de las gónadas empieza a disminuir, generando que las menstruaciones sean irregulares y se alternen con ciclos oligomenorreicos y polimenorreicos, siendo el tipo de sangrado hipermenorreico o hipomenorreico, es decir, con más o menos cantidad de flujo sanguíneo. Además de estos cambios, aparecen asociados problemas como cefaleas, tensión mamaria, irritabilidad, primera aparición de sofocos y sudoración, y en forma más grave, episodios de depresión y ansiedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), se habla de menopausia cuando se da “*el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas*” siendo la perimenopausia el periodo que precede a la última regla y los doce meses posteriores, y la posmenopausia el resto de años desde la última regla.

El climaterio por otra parte, proviene del latín *climacter*, que significa peldaño, escalón en la vida de una persona e incluso un momento difícil de superar, mostrando ser una etapa complicada que marca la transición de un ciclo de la vida a otro.

Para una exposición detallada sobre la fisiología de la misma recomiendo los trabajos de Valls (2006) o Northrup (2002), no obstante era necesaria esta breve aclaración de conceptos para entender el trabajo ya que se hace referencia a la menopausia como un malestar cuyos patrones culturales asociados generan rechazo y sufrimiento en las mujeres.

“El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el Génesis se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban” (Botell, 2001: 206)

Siguiendo a Botell (2001), es el contexto cultural quien dictamina cómo de saludable puede estar una mujer en función de los roles que adopte, puesto que la subordinación relacionada con las tareas domésticas y la procreación no cesa ni en las etapas estériles.

Ante este cosmos cultural es importante considerar como apuntaba Margaret Lock (1995), que los síntomas asociados con la menopausia tienen su construcción basada en la cultura, pero también en la genética. Las vivencias de los malestares provienen de la propia biología del cuerpo humano y sus cambios, en tanto que seres fisiológicos, pero es la influencia que esta identidad fisiológica tiene en la identidad cultural, la que trata y percibe a las mujeres según su patrón hombre/mujer.

Según apunta Fitte (2009) una de las justificaciones por las que se hace indispensable el estudio de la menopausia, es precisamente por el incremento de la esperanza de vida actual siendo según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística las que más viven, con una diferencia de casi un millón.⁸⁴.

Variación %	Población a 01/01/2016	Población a 01/01/2015	Población residente en España
-0,02	46.438.422	46.449.565	Población total
-0,09	22.805.060	22.826.546	Hombres
0,04	23.633.362	23.623.019	Mujeres
0,06	42.019.525	41.995.211	Españoles
-0,80	4.418.898	4.454.353	Extranjeros

Desde el punto de vista antropológico cabe preguntarse si los recientes y costosos estudios sobre menopausia no son otro ejemplo más de oportunismo y lucro social sobre el capital humano, es decir, aprovechar que son más las mujeres las que viven para etiquetar a la vejez y a la menopausia como enfermedades.

Nuevamente se asiste a una diferencia de visión de salud y enfermedad que trae la invisibilización de un malestar sostenido en el tiempo, basado y tratado desde las corporaciones farmacéuticas y las recetas médicas, unido a lo que anteriormente hemos explicado como el fenómeno pre-post.

La creencia más difundida ¿negociamos?

Ante el oportunismo del que se hablaba anteriormente, es necesario repasar qué tipo de estudios y vías de acción apuestan por acabar con el malestar social que la sociedad misma genera. En este punto es donde la antropología médica ha pasado desde argumentaciones biologicistas hasta las basadas en explicaciones sociales y culturales.

Si bien es cierto que la sola aplicabilidad de una de las visiones no sería suficiente se le ha dado más rigor científico a la cuestión biologicista que a la cultural, cuya dialéctica entre ambas disciplinas ha quedado en manos de un mercado arropado por el

⁸⁴ Información del INE: http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm

paradigma biomédico.

“En el siglo XIX, por ejemplo, se pensaba que era la menopausia la que causaba la enfermedad, pero desde mediados del siglo XX, ha sido redefinida en sí como enfermedad. Así, una característica normal del ciclo de vida de la mujer se ha incrementado, cada vez más, la medicalización, aunque hay diferencias importantes entre modelos médicos de la menopausia” (Helman, 2000:116)

Los estudios de Lock (1987) (2001) son una apuesta en la aproximación cultural a la menopausia en tanto que hoy día es considerada como la enfermedad más valorada en el panorama social. Por otra parte, Esteban (2004), expone una serie de argumentos donde expresa que, a pesar de ser tratada como patología no existen pruebas suficientes para demostrar la existencia del síndrome menopáusico por la variedad de síntomas que los vinculan. De hecho según un informe de la OMS (2006)⁸⁵:

“Se desconocen las tasas de prevalencia reales del cáncer de mama, la osteoporosis postmenopáusica y otros problemas. Algunos autores han determinado que alrededor del 50% de las mujeres de más de 50 años padece osteoporosis (1). Actualmente, la prescripción de TH suele estar limitada a clínicas privadas en contextos urbanos. Existen varias razones para esto: (i) se margina a las mujeres mayores porque dependen económicamente de la familia; (ii) la TH es costosa; (iii) las mujeres tienen un modo de pensar que no les permite interferir con la naturaleza; y (iv) las mujeres están demasiado cohibidas como para buscar alivio de los síntomas de la menopausia”

El trabajo de Martin (1989), ya mostró la importancia del control de los cuerpos de las mujeres por parte del sistema médico y de la escasa rigurosidad adjudicada a estudios científicos basados en una mirada antropológica y feminista, así como el manejo hacia cuerpos vistos como débiles y vulnerables. Es decir, se les imponía un rol social frágil que las volvía objeto maleable en el escrutinio médico.

Fue en este boom de nuevos tratamientos de fobia y miedo social cuando nacieron las asociaciones que trabajaban por la salud de las mujeres menopáusicas, que tal y como se muestran en el apartado etnográfico, todas están regidas por hombres y cuyas

⁸⁵ Enlace al informe completo: http://apps.who.int/rhl/gynaecology/gynaecology_infertility/lscm/es/

financiaciones provienen de clínicas y corporaciones farmacológicas.

En uno de los estudios que aparece en la web de la International Menopause Society, afirman que la TRH (tratamiento hormonal) puede mejorar la calidad de las mujeres a pesar de los riesgos de padecer trombosis y otros trastornos asociados no especificados. Además afirman que pueden aliviar síntomas graves producidos por la menopausia, para luego acabar argumentando que dichos medicamentos han demostrado tener mayor efectividad que las terapias complementarias y alternativas.

Argumento contrario son las explicaciones de la *Women's Health Initiative*⁸⁶, quien afirma bajo las mismas estadísticas del estudio, que la THR ha causado problemas en el desarrollo del cáncer de mama y enfermedades coronarias. Si bien reduce los riesgos de osteoporosis, el balance que hacen de riesgos y beneficios de la THR queda desequilibrado, siendo los efectos secundarios negativos mayores que los beneficios en la salud de las mujeres.

Frente a estas discrepancias basadas incluso en estudios científicos, podría entenderse la menopausia como una enfermedad creada para las corporaciones y una atrocidad en la repercusión de la salud de las mujeres.

De nuevo nos remitimos al estudio de Lock (1987), que hace una comparación de las mujeres de América con las de Japón, y muestra cómo la menopausia podría considerarse un producto cultural en lugar de entenderla como una *experiencia universal femenina*, ya que descubrió que en Japón era tratada como parte de un ciclo vital, que lo llamó *konenki*, carente de interpretación o connotaciones de enfermedad, lo que no ocurría en el estudio contrastado con Estados Unidos.

Es interesante en este punto señalar que, uno de los ejes vertebradores es la vinculación entre identidad y salud biométrica, que no cultural, la que crea enfermedades antropométricas. El panorama de la menopausia también lleva a pensar en un malestar heredado, un producto médico para una acción social, la de someter a control el cuerpo de las mujeres tengan la edad que tengan.

⁸⁶ Más información: <https://www.whi.org/about/SitePages/WHI%20Extension%202010-2015.aspx>

El problema surge en la medida en que los cuerpos de las mujeres se desnaturalizan para patologizarlos con el espacio legítimo del sistema médico, y desde el discurso del miedo y el malestar consumado amansan a las mujeres con prácticas basadas en la hipermedicalización y en la responsabilidad individual, en tanto que portadoras de *enfermedades periódicas*.

Dicho esto es impensable acabar el apartado sin hacer una mención al papel de los hombres, no solo desde el prisma del género y el rol que asumen, sino en términos fisiológicos y genéticos, pues el cambio hormonal también les afecta a ellos.

ANDROpausia y MENopausia: una similitud indiferenciada

Si hacemos uso de la etimología, la menopausia proviene de la palabra francesa “*ménopause*”, acuñada por el médico Charles de Gardanne quien a partir de los términos griegos *men* (mes) y *pausis* (cese) definió la menopausia como el cese de la menstruación. Con el término andropausia, que yendo a la raíz etimológica griega significa *andros* (varón) y *pausis* (cese), cuya definición quedaría como el cese o la suspensión de la masculinidad.

Ambos hablan de *parón hormonal* pero la diferencia radica en que la definición de menopausia está perfectamente establecida y estudiada desde el complejo sintomático que la representa, no siendo de la misma manera en lo que acontece a la andropausia.

La disposición de intereses propiciados por estudios científicos sobre los síndromes y tratamientos de la menopausia, viene condicionado por la influencia cultural y biológica que difieren una de otra.

Fue Robert Wilson⁸⁷ un ginecólogo influyente en la historia por su trabajo sobre la menopausia y quien más profundizó en el concepto de feminidad. Sus estudios fueron financiados por la compañía farmacéutica Wyeth, líder en la producción de estrógenos

⁸⁷ Más información sobre el tema: http://www.nbcnews.com/id/16397237/ns/health-second_opinion/t/cruel-irony-trying-be-feminine-forever/#.WNo-bvnyjIU

para la terapia de reemplazo quien afirmó que las mujeres en proceso menopáusico eran seres incompletos.

En esta invención de enfermedades creadas y somatizadas, ha influido mucho el lenguaje, y aquí es donde queremos poner de manifiesto el uso de la palabra como forma de control social. Como apunta el título y saliendo de lo etimológico, podrían cuestionarse ambas palabras en tanto que pretenden referirse en términos biológicos a lo mismo.

Si el término andropausia significa el cese de la capacidad hormonal en el varón (*andros*) y por tanto su pérdida de la masculinidad, biológicamente hablando, de la misma manera debiera considerarse con las mujeres, por lo que el término correcto debiera ser *gyne* (de mujer) siendo la *ginopausia* el término que designaría el cese o pérdida de la capacidad hormonal en las mujeres, por tanto su capacidad reproductora, de nuevo, insistió, biológicamente hablando.

Esta explicación conceptual es puesta en el punto de mira en tanto que *menopausia*, viene a definir la pérdida de uno de los ciclos vitales por el que pasan las mujeres, en cuya definición esa pérdida apunta a dos problemáticas.

Por una parte hablar de la menstruación como proceso que desaparece y carente de funcionalidad reproductora, en tanto que ya no entraña peligro de embarazo pero por otra, la entrada a otro ciclo por las connotaciones y síntomas negativos que ostenta.

Si a este juego de palabras le añadimos otra arista, bien podría asociarse el término *Menopausia* a una palabra relacionada con los hombres con las siglas en inglés *MEN* (hombre) cuya traducción pudiera ser que la palabra estuviera supeditada bajo el control del hombre.⁸⁸

Este punto de lenguaje y retórica puede quedar a priori desvirtuado del tema a tratar, pero lo cierto es que no lo es cuando hablamos en términos antropológicos, por

⁸⁸ Si bien es cierto que la tesis no aporta una investigación férrea en oratoria y retórica, sí que pretende poner de manifiesto lo que desde el lenguaje de la cotidianidad puede afectar cuando se usan ciertos términos.

el lenguaje y la carga simbólica que puede llegar a ejercer, pues el uso propio de estas terminologías permitirá apuntar a los problemas que también sufren los hombres, y que pasan desapercibidos ante el silenciamiento social.

No es casual que las páginas que hablan de andropausia lo hacen bajo el concepto del cuidado de la salud desde un plano diferente a la que reciben las mujeres. En estas páginas los hombres tienen el objetivo de mantener la virilidad o esculpir un cuerpo fuerte, pero en ningún momento se nombra la andropausia como patología, sino como un estar propio del hombre desde el prisma del cuidado.

Una investigación del *College of Nursing del Liceo de Cagayan* (2012), hablaba de que aproximadamente cinco millones de hombres tenían o padecían síntomas bajos de testosterona y solo entre un 5-10% estaban recibiendo un tratamiento adecuado, además afirmaban que a pesar de que en los años cuarenta ya se mostró la existencia de la andropausia sigue habiendo un gran desconocimiento en la literatura médica y por tanto tratamiento.

Como apunta Esteban (2002), esto ocurre también en las mujeres, con la diferencia desgarradora que a ellas sí les toca sufrir un cúmulo de tratamientos invasivos para mantener a flote sus estados vitales.

11.4 LA HERIDA NARCISISTA QUE ALIMENTA LOS PROBLEMAS ALIMENTARIOS

Significando lo incomprensible: Porqué hablar de Trastorno cuando se puede hablar de Problema o Variante Alimentaria.

“(...) La principal conducta que podemos considerar realmente congénita es la sociabilidad; a partir de ella, a partir de ser fundamentalmente gregarios, los seres humanos nos adecuamos a las demandas de nuestra cultura, con gran esfuerzo en unos casos y con relativa facilidad en otros, pero siempre amoldamos nuestra realidad biológica y la interpretación que hacemos de ella a las expectativas sociales. Actuamos en diálogo, en discusión, a veces en oposición con un medio, pero siempre en interrelación con él”
(Juliano, 2010:152)

De nuevo remitimos al lenguaje como el primer paso para explicar qué se entiende por problema alimentario y por qué en esta investigación no se habla de trastorno o enfermedad tal y como se cataloga en el código médico y psiquiátrico.

Categorizar bajo la palabra *enfermas mentales* alude a dos cuestiones fundamentales: la medicalización como mecanismo de control por una parte y la connotación negativa que se suscribe cuando se habla de enfermedad mental por otra.

Esto no significa que las personas que pasan por este tipo de episodios no presenten alteraciones psicológicas, pero en el estrecho límite entre lo patológico y el problema, se obvian las bases fundamentales del tratamiento como es entender que este problema no surge por cuestiones genéticas sino por influencia de la sociedad.

El *comportamiento* hace referencia a la actitud y las maneras en que se dirige la vida, una forma de decisión, con premeditación y alevosía. La conducta, según algunas de la acepciones de la Real Academia Española habla en la primera acepción de “Manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones”⁸⁹, y en la octava deja entrever posibles influencias externas o internas “*Psicol.* Conjunto de las acciones con

⁸⁹ Esta referencia a los hombres, muestra del lenguaje sexista que aún hoy permanece en una sede de intelectualidad como es la propia RAE.

que un ser vivo responde a una situación”.

Mantener la definición de comportamiento en lugar de trastorno o enfermedad permite poner en valor las causalidades del problema, motivo por el no hablaremos de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), sino de un Problema del Comportamiento Alimentario (PCA) o Variante Alimentaria (VA) condicionado por factores sociales.

“La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos” (Toro, 1996:7)

No cabe alejarse de las consecuencias peligrosas como afectaciones fisiológicas cuando se sufre de anorexia o bulimia, como periodos de amenorrea, hipotermia, palidez, bradicardia, anemia, osteoporosis temprana, pérdida del cabello o trastornos intestinales, que sin duda afectan gravemente a la integridad física y el bienestar⁹⁰.

El problema surge cuando en el tratamiento la máxima expresión, y por tanto fiabilidad hacia la cura, se sustenta desde la fisiología sin que los componentes de carácter psicológico y emocional se tengan en cuenta como ocurre con episodios de ansiedad, depresión, comportamientos obsesivos-compulsivos, irritabilidad, aislamiento social, sentimientos de culpa e incluso, ideas de suicidio.

En este mismo sentido la bulimia también está definida de la misma manera. Las consecuencias de carácter emocional o psicológico, al igual que ocurre con la anorexia, se encuentran en un segundo plano.

⁹⁰ Este estudio contempla la anorexia y la bulimia como PCA. No se habla de otros problemas como la ortorexia, o los TCANE (trastornos comportamiento alimentario no específicos) por el hecho de que estadísticamente hay más personas que padecen anorexia y/o bulimia que del resto, también por su historicidad, el tratamiento tan drástico que se lleva a cabo, así como la relación entre ambas. Aunque si bien es cierto que toda argumentación dada en este trabajo, puede ser extrapolable a otros problemas relacionados o vinculados con la alimentación.

La bulimia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares” (Toro, 1996:11)

Hablar de problema o variante alimentario es hablar de identidad y de género. Si ambos conceptos se entendieran desde la pluralidad de significados, el único recurso a la medicina tendría cabida solo desde un reduccionismo biologicista. Apuntar a esta apreciación de términos permite mantener viva la situación de *malestar femenino* que, en tanto que lo que concierne a problemas alimentarios, afecta más a mujeres que a hombres.

Tanto la anorexia como la bulimia suelen presentarse como un mal social surgido en el siglo XIX, cuyo recrudecimiento se debe al disparatado ideal de belleza que poco a poco va imperando en la sociedad actual; un estado de *lipofobia* que empieza hacer estragos en la población femenina, no así o al menos en menor medida, en la población masculina.

Para ello, seguimos los pasos históricos de la antropóloga Mabel Gracia en sus diferentes estudios (1997, 2007, 2010), donde empieza a explicar el origen de la relación entre comida y desórdenes alimentarios en las épocas antiguas, concretamente en los banquetes organizados por la alta burguesía cuyo carácter de status social marcaba que beber y comer exageradamente era obligatorio y necesario.

De ahí nacieron los espacios de *vomitoria*, con el fin de recurrir al vómito autoinducido, y poder reiniciar con las comilonas.

También es interesante conocer de qué manera el cristianismo, junto con la imagen de la mujer como símbolo de pecado carnal, sujeto inferior y tentadora con la figura de Eva y La Virgen María, santa, devota y venerable dignificando la virginidad y la pureza, empieza a emerger una nueva interpretación del cuerpo de la mujer como lo tentativo, así como la rivalidad para la aceptación y el éxito social.

Esta doble lectura del poder del hombre sobre la tierra, y la imagen de sumisión o

penitencia que protagonizaron las dos mujeres hizo que muchas renunciaran a la vida misma, desarrollando el ideal ascético y eligiendo una vida monacal como refugio y para poder huir de una sociedad marcada por el poder patriarcal, reafirmado por el catolicismo. Una especie de crucifixión y muerte de lo femenino.

“(...) muchas mujeres jóvenes pertenecientes a las familias nobles y acomodadas seguirán eligiendo la vida monacal; el convento les ofrecía la posibilidad de recibir una educación y de alcanzar, fuera ya de los angostos horizontes domésticos, un sentido de la responsabilidad y de la independencia sobre sus propias vidas de otro modo impensable” (Gómez, 2003:18)

Siguiendo con Gracia (1997) (2007) (2010), en la época de reyes, guerras y sangre real, aparecieron las mujeres, que aún bajo la invisibilización, siempre fueron importantes en el transcurso histórico. Dos de los ejemplos más destacados fueron Catalina de Siena, doctora de la Iglesia (1347-1380), la más famosa anoréxica de la historia, hija de artesanos acomodados recibe una esmerada educación cristiana y a los siete años de edad tiene su primera visión de Jesús, fue entonces cuando comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo y en la adolescencia ya solo se alimentaba de hierbas y algo de pan.

Cabe destacar que este rígido ayuno la “libró” de la menstruación. Murió de hambre por no lograr unir el papado de aquel entonces. Sus relatos y pensamientos inspiraron a otras mujeres como Santa Teresa⁹¹, doctora de la Iglesia que practica y recomienda a sus monjas ayunos y penitencias con un objetivo diferente al de morir, el de seguir el “Camino de la Perfección”.

También Juana de Arco (1412-1431), empezó un estricto ayuno a los doce años de edad cuando sintió una llamada de Dios para que salvara Francia desarrollando así una dura vida militar de ayunos y penitencias. Su imagen suscitó dudas acerca de su sexo, debido a la extrema delgadez, la ausencia de menstruación y carencia de pechos, llevándola a sus diecinueve años a ser acusada de herejía, y fue quemada viva⁹².

⁹¹ Interesante como actualmente ocurre lo mismo. Mujeres que no quieren la menstruación como forma de rechazar lo femenino y a través de la no alimentación lo consiguen. Además de como los Blogs pro anorexia y bulimia son un mecanismo para exponer sentimientos y vivencias. Se explicará más adelante.

⁹² Para más profundización acerca de la historia leer a Mabel Gracia. Citas en la bibliografía.

Desde el plano científico fue Freud cuando en 1901 y 1914, con las influencias del psicoanálisis, asoció la neurosis alimentaria y anorexia nerviosa de las jóvenes, asociándose únicamente a mujeres, con la presencia de una sexualidad no desarrollada. La anorexia por tanto, suponía la pérdida del apetito, de la libido y la melancolía.

No fue hasta los años cincuenta cuando las hipótesis endocrinológicas persistieron como forma única para explicar el origen de la anorexia, siendo actualmente el primer recurso de las que padecen anorexia, prefiriendo que su causa sea por una cuestión orgánica, material, antes que psico-social.

Más tarde, entre 1970 y 1977 Rusell⁹³ acotó más, incluyendo las características que hoy integran el concepto de la determinación de los TCA, marcando lo que actualmente conocemos de la anorexia como por ejemplo que el trastorno psíquico origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso y originaría actitudes anómalas hacia la comida, la imagen corporal y la sexualidad.

La historia clínica de la bulimia ha sido la menos mencionada, con alguna alusión a las purgas, consideradas antaño como tratamiento médico junto a otros eméticos y fármacos purgantes. De hecho, fueron los antiguos egipcios quienes se purgaban con regularidad para prevenir enfermedades. Tratamiento que aún hoy, la medicina ayurvédica y china utilizan como método preventivo y curativo.

Pero no fue hasta muy reciente cuando Boskind-Lodahl en 1976, describe el cuadro mixto “anorexia-bulimia” caracterizado por ayunos, vómitos provocados y uso de laxantes, y donde Rusell (1979), terminó de definirla considerándola como una variante ominosa de la anorexia. En la actualidad un gran porcentaje de personas que padecen anorexia, desencadenan episodios bulímicos.

Todas estas interpretaciones de autoayuno, junto a la interpretación médica de la locura femenina, hicieron que el concepto de histeria se insertara más aún en la sociedad, pasando a convertirse en la causa principal de las enfermedades nerviosas de las mujeres. Fue entonces cuando los médicos en su nosología acuñaron la bulimia y la

⁹³ Síntesis histórica resumida tras la lectura de los trabajos de Gracia (1997) (2007) (2010).

locura como enfermedad mental, naciendo así manicomios, clínicas y prisiones.

Las mujeres que en su momento practicaron el auto-ayuno fueron excluidas de los espacios públicos y sometidas a objetos de discursos y experimentaciones psiquiátricas, con prácticas como el aislamiento social, la inmersión en baños fríos, la administración de tónicos y otras soluciones farmacológicas, concluyendo en una definición clínica poco precisa y confusa.

Esta aproximación sirve por tanto para concluir este apartado reafirmando que el recorrido sirve para explicar la influencia de los valores, creencias y la ciencia en el manejo y control del cuerpo y las prácticas de las mujeres y entender la herencia de estas problemáticas que va desde el patriarcado más arcaico hasta el más actual.

Por ello que en esta investigación una de las defensas más importantes es dejar de lado el trastorno mental y entender la anorexia, la bulimia y otros problemas asociados con la alimentación como Problemas del Comportamiento Alimentario (PCA) o Variantes Alimentarios (VA) para hablar de malestares y sufrimiento social.

Rito y símbolo alimentario

A lo largo de la historia, la sociedad refleja una cultura estética a la que seguir, bajo modelos impositivos y normativos cuyas actitudes y aptitudes para conseguirlo, recaen en la responsabilidad única de la persona.

Es en este problema de encajar en un estereotipo de mujer donde adquiere importancia el índice de masa corporal (IMC), utilizado por la medicina para determinar si se está en el parámetro del bienestar, actuando como factor de medida de los cuerpos y generando un malestar por la presión de encajar en el modelo de *feminidad perfecta*.

“Las pacientes con trastornos de la alimentación puntúan en las escalas de feminidad con los ítems más altos. Pocas patologías tienen de manera más evidente la marca de la presión cultural sobre el ideal de mujer” (Valls-Llobet, 2006:48)

Es importante que en este período con riesgo a padecer problemas alimentarios se tenga presente y se analice la construcción socio-cultural desde un doble dilema moral del *yo soy* frente al *tengo que/debo ser*.

“Lo que es importante, sin embargo, es dar atención a la naturaleza compleja de los problemas alimenticios, y cómo debe reflejarse en las estrategias con las que afrontar estos complejos retos” (Kristensen and Koster, 2014:328)

Asimismo surge la necesidad de comprobar el interés de llevar a cabo el modelo asimilacionista del tener/deber, como vía para ser aceptada en la sociedad, frente al desarrollo independiente y exento de normas que estereotipan a la mujer ideal, el ser, para generar cambios desde el punto de vista simbólico y ritual, y comprender de manera más amplia el desarrollo de los PCA como malestares sociales.

La búsqueda del sentido en el desorden social

El cuerpo ocupa un lugar destacado en la sociedad y en los procesos de interacción del sujeto con el contexto por lo que el hecho de obligar al cuerpo a ocupar una determinada posición genera la adopción de determinados comportamientos.

“(...) Pero la característica más importante de los seres humanos es su extrema plasticidad, los seres humanos tenemos una base orgánica sobre la cual desarrollamos una gran cantidad de complejas conductas aprendidas en nuestra interrelación con los otros seres humanos” (Juliano 2010:152)

Pero no solo el cuerpo como sujeto, también las relaciones ocupan un espacio, donde sus vínculos confluyen en la construcción social de identidad generando que la dialéctica entre emoción, cuerpo y relaciones propicien un estatus vital óptimo según los parámetros médicos o antropológicos a medir.

Frente a este sentimiento y conflicto interno de identidades heteroadscritas y normativas hacia la realización del propio yo, surgen introspectivamente luchas, rebeldías e impotencias que deben ser enfrentadas para la realización de un *quiero ser* en lugar de un *debes ser* y desmarcar el *habitus* creador de los malestares.

Para entender los mecanismos que acompañan a las prácticas desordenadas hace falta sembrar la lógica de los actos y las acciones. Dentro de este proceso de desarrollo hacia la obesidad o el miedo a engordar, se tiene una imagen del cuerpo distorsionada cuyos mecanismos pasan por anular la comida o expulsarla a través del vómito. La angustia y el malestar impiden ver la realidad exterior, centrándose en una perfección que no llega nunca, llegando en ocasiones a perder el control y la vida.

Ante la rigurosidad médica de seguir pautas y estándares establecidos, las mujeres se ven sometidas al enfoque culturalista de rigidez social, cuyo objetivo es homogeneizar y normalizar un *status vital*, y desterrar las cuestiones que afectan a la lógica cultural y moral, es decir a la identidad, a la relación familiar e interrelacional por la que las mujeres desarrollan dichas prácticas.

Este estudio prefiere no poner el acento en lo patológico sino en la influencia de lo socio-cultural para dar *sentido* al *desorden social*, y contribuir a entender dentro de los M.E.M, los problemas del comportamiento alimentario como el otro anclaje que confieren los malestares en las mujeres.

Tras esta explicación inserta en el marco teórico y con el objetivo de entender los estares en todas sus facetas y dimensiones, y recuperar la lógica antropológica, se presenta a continuación un marco de gestión que explica cómo el género, la bioética, las políticas públicas y los derechos humanos influyen directamente en su gestión.

III. MARCO DE GESTIÓN

**SOBRE GÉNERO,
BIOÉTICA,
POLÍTICAS PÚBLICAS
Y
DERECHOS HUMANOS
EN LOS M.E.M.**

Reseña al Marco de Gestión

A lo largo de este marco se pretende hacer una revisión sobre el género, la bioética, las políticas públicas y los derechos humanos para incorporar líneas estratégicas que integren los M.E.M en los escenarios políticos, sociales y culturales.

Se analizarán cuestiones que impregnan el panorama de los malestares como el sistema sexo-género como perpetrador de las desigualdades sociales, de la dimensión ética y del papel que los derechos humanos deben asumir de cara a redactar un marco político capaz de articular las deficiencias y malestares en las mujeres.

Se hará especial mención al papel que juega el feminismo en esta investigación; no solo como movimiento sino como estrategia que permita visibilizar una realidad sustentada por el patriarcado y las violencias estructurales. Así como también se apuntará a la teoría feminista como productora de debate y generadora de cambio, y estableciendo políticas que transformen la situación social en lo que afecta a la salud.

Lo que se pretende es poner sobre la mesa la influencia de las estructuras androcéntricas y cuestionar el trato que reciben los derechos de las mujeres, a través de discriminaciones por razón de sexo, edad, etnia, clase u orientación sexual. Temas fundamentales para entender de qué manera lo moral y la bioética tienen su impacto en la sociedad e intentar redefinir un sistema de salud basado en el *postsanitarismo*.

Estos cuestionamientos ayudarán a exponer las razones para cambiar el modelo político, social, económico y sanitario hacia uno donde las mujeres, y los hombres, tengan voz y voto. Las experiencias deben ser líneas prioritarias para el desarrollo de una teoría política fundamentada en el saber de la ciudadanía.

Finalmente se abordará la cuestión de las políticas públicas bajo el paraguas de los derechos humanos, haciendo un repaso a los mecanismos y organismos internacionales que buscará un modelo sanitario, feminista y común que manifieste la necesidad de vincular la ciencia y la medicina con la visión antropológica y el enfoque de derechos humanos siendo éstos últimos punto de partida y acción para la transformación social.

CAPÍTULO 12: EL GÉNERO, A VECES EXISTE

12.1 HACIA UN INTENTO DE DEFINIR EL GÉNERO CULTUROLÓGICO.

“El género es un determinante crítico de la salud, incluida la salud mental. Influye en el poder y control que hombres y mujeres tienen sobre los determinantes de su salud mental, incluyendo la posición de su socio-economía, roles y rango y estatus social, el acceso a los recursos y el tratamiento en la sociedad. Como tal, el género es importante en la definición de la susceptibilidad y la exposición a una serie de riesgos de salud mental” Departamento de salud mental y sustancias dependientes. Disparidades de género en la salud mental. Organización Mundial de la Salud ⁹⁴

Para hablar del género, de las teorías y de los sistemas tenemos que analizar también el sistema sexo-género. El sexo, a priori, no implica desigualdad legal cuando se remite a argumentaciones biologicistas⁹⁵, pero es precisamente en esa diferencia donde se inscribe la discriminación.

La introducción del género en las ciencias sociales y el análisis de la teoría feminista ha creado una herramienta de trabajo en la detección de discriminaciones que han sido naturalizadas, evitando argumentos dicotómicos que perpetúan las desigualdades. Ser hombre o ser mujer no es causa justificada para permitir inequidades.

Para ello nos centramos en la teoría de Gayle Rubin (1975) quien afirmó que el sexo era una construcción cultural condicionada por la naturaleza, exponiendo las razones por las que las mujeres eran subordinadas socialmente.

La necesidad de ir más allá de pautas biológicas es una apuesta que mantiene esta tesis para exponer las razones de los malestares, y desterrar los binomios que estructuran el sistema y que reproducen las relaciones en dominantes y subordinadas.

⁹⁴ Información al texto: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

⁹⁵ La ciencia rehúye las personas que nacen con dos sexos. Por motivos de espacio no abordaremos esta cuestión pero sí al menos poner de manifiesto que no existe una dicotomía biológica y por tanto social.

El género es entendido como una de las más importantes categorías analíticas de la teoría y el análisis feminista, en tanto que analiza el sistema de relaciones culturales, simbólicas, sociales y psicológicas, donde mujeres y hombres aparecen en situación de desigualdad social.

“(...) la categoría género no hace referencia a entidades ni grupos de personas, sino atributos asociados con dos formas de ser humano, atributos que conforman una constelación de símbolos y metáforas que se aplican tanto a personas como a cosas o conceptos abstractos” (Ortiz, 2006:40)

Esta herramienta de análisis constituye en su máxima expresión, un hecho pancultural, un estatus universal que engloba uno de los problemas más desafiantes de todas las culturas: la discriminación y la subordinación de las mujeres. Las tradiciones culturales, las idiosincrasias y los periodos históricos han constituido la organización de la sociedad entorno a un abanico de vulnerabilidades que merecen ser explicadas desde la lógica del pensamiento cultural, para señalar y localizar los orígenes.

En este punto me acojo al concepto de culturología de White (1982) quien veía en la antropología una ciencia donde los sujetos eran responsables de las transformaciones sociales de la época, y fue Morin (1962) quien más tarde bajo la teoría culturoológica, argumentó que el centro de estudio era la cultura de masas y puso de manifiesto los elementos antropológicos importantes relacionados con la estructura de consumo.

El autor habla de realidades policulturales en tanto que las relaciones se conforman en un sistema cultural bajo una compilación de símbolos, creencias e imágenes que referencian tanto la vida práctica individual como el imaginario social y colectivo en el que se asienta.

Esta aproximación a la definición de culturología se inserta en los estudios del género en tanto que concebidos como un enfoque que también estudia e interpreta. Los fenómenos que delimitan las esferas culturales, la simbología de las representaciones, la ilustración en los media, la capacidad de influencia y la manera de comportarse de los seres humanos son ejemplos de cómo el género se concibe como un mecanismo de acción y de análisis incidiendo en el sistema y en los procesos de socialización.

Por ello hablar de *género culturológico* refiere a una disciplina que estudia las relaciones de género en conexión con las estructuras sociales y sus variantes, con el objetivo de entender los procesos de socialización y los capitales movilizados. Esta nueva concepción de análisis permite distinguir los niveles de la estructura macro y micro y explicar los malestares desde un paradigma universal y no sólo social.

“La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla” (Bourdieu, 2010:22)

Frente a la desvalorización y desigualdad en la que se encuentran muchas mujeres este concepto actuaría como desconfigurador de la cultura, es decir, conseguir que el poder de la cultura silenciada tuviera peso suficiente como para desatar los nudos de la subordinación.

El título de esta investigación no habla de las feminidades ni las enfermedades de las mujeres, sino que parte de una cuestión de fondo, entender en qué medida estas categorizaciones han creado esferas de desigualdad social, influenciadas por las estructuras y procesos de aculturación. Identidad y género en constante conexión.

Estas relaciones jerárquicas engloban también a las instituciones, el feminismo ha encontrado su sitio en los espacios políticos, científicos y de toma de decisión en tanto que su capacidad de acción ha propiciado cambios en el sistema y las estructura. Un movimiento con personalidad política, con autoridad y reivindicación que junto con la interacción del sujeto-contexto ha permitido trabajar por un modelo igualitario e incluirlo en los espacios académicos, políticos y científicos.

“Las consecuencias para el cambio social son igualmente circulares: una concepción cultural distinta sólo puede surgir de una realidad social distinta; una realidad social distinta sólo puede surgir de una concepción cultural distinta” (Ortner, 1979:130)

Si bien es cierto que la ciencia nunca ha sido neutral, el género tampoco lo es, entre otras razones porque los problemas sociales tampoco lo son y es por ese motivo por el que se postula esta tesis al entender el género como una herramienta de análisis, capaz de promover que las aportaciones de investigaciones con dicha perspectiva puedan ser incluidos para la transformación social. La salud por tanto es un reto del género culturalógico para la puesta en marcha de la promoción de la igualdad de oportunidades en las políticas públicas sanitarias.

12.2 LA DEMANDA ESCÓPICA DE LA CULTURA EN LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

De nuevo hablamos de dicotomías, esta vez entre hombres y mujeres, cuyas diferencias basadas en argumentos biológicos, muestran también sendas diferencias desde los atributos en el plano cultural y social.

“(...) la definición social de los órganos sexuales, lejos de ser una simple verificación de las propiedades naturales, directamente ofrecidas a la percepción, es el producto de una construcción operada a cambio de una serie de opciones orientadas o, mejor dicho, a través de la acentuación de algunas diferencias o de la escotomización de algunas similitudes. (Bourdieu, 2010:27)

La explicación social d las diferencias sexuales de base determinista acoge las desigualdades y clasifica a las personas en función de su sexo, justificando los comportamientos como entes aislados y no como un *continuum* donde convergen hombres y mujeres. La teoría de la deconstrucción del género acuñada por Butler (1993) permite discutir sobre el impacto social de la funcionalidad de los sexos como creadores de las construcciones mentales, definidas por los propósitos de la cultura, la sociedad y la biología.

“Las apariencias biológicas y los efectos indudablemente reales que ha producido, en los cuerpos y en las mentes, un prolongado trabajo colectivo de socialización de lo biológico y de biologización de lo social se conjugan para invertir la relación entre las causas y los efectos y hacer aparecer una construcción social naturalizada (Bourdieu, 2010:14)

La cuestión se centra en que esta nueva apuesta consiga diluirlo en tanto que es vinculante a una construcción cultural de lo dicotómico, y focalizar este nuevo intento de entender el género culturoológico desde las estructuras sociales y sus significados.

Las disciplinas de ámbito médico son un ejemplo de la falta de perspectiva o de sesgo de género que existe en las investigaciones y tratamientos, contribuyendo a la invisibilización de los malestares sin una causa biológica que lo determine. Patologizar, y diagnosticar lo que es *normal*, o lo que sobre pasa la *normalidad*, ha supuesto una acción negativa al estado de salud de las mujeres.

“Las diferencias de género se producen particularmente en las tasas de trastornos mentales comunes, la depresión, la ansiedad y quejas somáticas. Estos trastornos, en los que predominan las mujeres, afecta a aproximadamente 1 de cada 3 personas en la comunidad y constituyen un grave problema de salud pública”⁹⁶

La perspectiva de género tiene una tarea en la construcción subjetiva y social hacia una nueva forma de mirar a las mujeres y todo su entramado histórico, social, cultural, político y de salud, visibilizando los roles culturales como factores primarios en la explicación y tratamiento de los *estares*.

Parafraseando a Valls-Llobet (2006), *la ciencia médica ha nacido sesgada porque es androcéntrica, y será necesario investigar en qué apartado y cómo ha conseguido invisibilizar a las mujeres y sesgar su aproximación diagnóstica y terapéutica*, de lo contrario se estará asistiendo a un incremento del desorden social y manteniendo un estado de violencia estructural recalcitrante.

Dicha estrategia de análisis alcanza importancia en tanto que su dimensión es capaz de diseñar, implementar, monitorear y evaluar políticas desde todos los prismas por la que se ve rodeado el sujeto, para que la acción suponga un programa que promueva la igualdad, sea quien sea y desde el lugar que fuera.

⁹⁶Enlace a la información: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

Hoy día la invisibilidad de las mujeres en la atención sanitaria, el diagnóstico y el tratamiento en las enfermedades, confundida la mayoría con etiología psicológica o psicosomática debido a las ansiedades y depresiones que sufren, hace replantear el modelo médico actual, incorporando la perspectiva de género como mantenedora y productora de una ciencia médica basada en la igualdad, que demuestre los sesgos de la supuesta naturalidad del sistema biomédico.

Estos estereotipos que marcan el estado emocional y salutífero de las mujeres, afectan directamente a la socialización de género que se viene imponiendo de antaño. En esta pérdida de visibilidad social los estereotipos y roles tienen un papel importante, por lo que el esfuerzo metodológico y conceptual de intentar definir y explicitar el significado del género y la cultura como ciencia, así como el impacto en los malestares, corre el peligro de ser enjuiciado y criticado.

12.3 LA HIPERTROFIA DE GÉNERO, VÍA HACIA LA DESVALORIZACIÓN UNIVERSAL.

La identidad no puede entenderse sin la determinación de género, y es por eso que los procesos de socialización y los modelos corporales y culturales suponen, pensando en términos de binarismos, el ordenamiento dismórfico del sistema occidental, es decir, lo dicotómico está presente y es justificable desde las concepciones de la naturalización.

“Diferencias de sexo no menos que diferencias de raza son construidas ideológicamente como <hechos> biológicos de las diferencias de raza y sexo. El rasgo decisivo de la sociedad de clases a este respecto es la tendencia general a naturalizar la desigualdad social.” (Stolcke, 1999:100)

La cosificación que sufren las mujeres custodia la escala jerárquica de la dominación-sumisión, vinculando a la mujer a un objeto de consumo pasivo, dada a la maternidad, el cuidado y la belleza. En la actualidad las posturas disidentes ante los modelos que determinan los comportamientos de ser mujer u hombre tienen la tarea de reconstruir las identidades y deconstruir el sistema sexo-género, escapando de los binomios y de las alteridades ególatras del sistema patriarcal.

En cualquiera de los casos, tanto desde la teoría de los binarismos o desde el modelo no binario, el género culturalógico intenta des-hipertrofiar el sistema desde la construcción cultural para vehicular cualquier práctica o pensamiento hacia un ideal donde se respeten los derechos y se instaure la igualdad.

La ausencia de autonomía y el mantenimiento de las mujeres en el silencio errante a base de ansiolíticos, antidepresivos y sedantes, hace de la medicina cómplice directa de este malestar invisible, privándolas y recluyéndolas a un cuerpo carente de derechos.

“(...) el género es lo que la sociedad y la cultura opina sobre las características biológicas diferentes. El género tendrá una profunda influencia en las experiencias vitales, y esto no es reducible socialmente a las diferencias cromosómicas” (Valls, 2006: 154)

El problema reside cuando el concepto de universalidad viene atado a creencias religiosas o a intereses mercantiles. La igualdad categorizada como derecho universal, no está concebida como tal en la sociedad y es por ello por lo que el género se descataloga cuando responde a las demandas de los derechos.

“Pero antes sólo un uso peculiar de la etnología puede permitir realizar el proyecto, sugerido por Virginia Woolf, de objetivar científicamente la operación propiamente simbólica cuyo producto es la división entre los sexos tal como la conocemos, o, en otras palabras tratar el análisis objetivo de una sociedad de cabo a rabo organizada según el principio androcéntrico (La tradición de Cabilia) como una arqueología objetiva de nuestro subconsciente, o sea como el instrumento de un verdadero socioanálisis” (Bourdieu, 2010:13)

Desde los inicios, fueron los movimientos feministas quienes resistieron con el género como categoría para designar una realidad cultural y política desigualitaria pero avalada desde la naturaleza y el sexo. Afirmación suficiente que muestra el porqué de la escasa implicación de los hombres en las cuestiones de derechos de las mujeres.

“En la esfera de tales universales de la condición humana es donde debemos buscar una explicación al hecho universal de la desvalorización de la mujer” (Ortner, 1979:114)

El sistema cultural atribuye a las mujeres cualidades vinculadas a lo emocional, bajo los argumentos de la naturaleza, una explicación determinista que incluye en esta construcción una diferencia de género que las sitúa en una posición de inferioridad.

La universalidad⁹⁷ se ve truncada por los poderes fácticos de la propia cultura que actúa como un proceso que influye y legitima la explicación de comportamientos desde una concepción del sexo desde la naturaleza propiamente dicha.

“El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al cuerpo en sí, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres (...)” (Bourdieu, 2010:24)

Beauvoir (1949), argumenta que las hembras están más esclavizadas que los machos en lo que a condiciones sociales y funciones se refiere, atribuyéndoles a las hembras la función de reproductora, productora y cuidadora. La fisiología del cuerpo de las mujeres es determinante para la sociedad en el sostén y procreación de la especie.

Ante esta significación y explicación teórica que legitima la superioridad de los hombres frente a las mujeres cabe afirmar que las desigualdades no sólo deben sustentarse o argumentarse desde los conceptos biológicos, sino desde las diferencias y estructuras que lo legitiman y que hacen que la biología sea a la cultura, lo que el sexo al género.

Actualmente son las mujeres como movimiento⁹⁸ las que ante las imposiciones de una cultura machista, se acogen a estos conceptos para reivindicar los derechos,

⁹⁷Históricamente la antropología ha planteado cuestiones desde la esencia universal, desde que en contextos de colonialismo europeo se forzara a dirigir los problemas universales humanos, dígase la propia ontología según los variantes y diferencias relacionales.

⁹⁸Según la Real Academia Española, un colectivo es una agrupación de personas cuya finalidad es la de reunirse para debatir. Considerar a las mujeres como grupo o colectivo vulnerable, supone no visibilizar a todas las mujeres del mundo, que ocupan, además, el 52% de la población mundial, ¿porque hablar de colectivos? el afán por reducirlas a un núcleo social deviene por el miedo a que se desestructuren las sociedades tal cual están concebidas, es decir, desde la óptica jerárquica, la lucha de clases y el poder.

sentenciados por Wollstonecraft (1792) en su obra vindicación⁹⁹ de los derechos de la mujer.

“La dominación masculina, que convierte a las mujeres en objetos simbólicos, cuyos ser (esse) es un ser percibido (percipi), tiene el efecto de colocarlas en un estado permanente de inseguridad corporal o, mejor dicho, de dependencia simbólica. Existen fundamentalmente por y para la mirada de los demás, es decir, en cuanto que objetos acogedores, atractivos, disponibles” (Bourdieu, 2010:86)

Al entender estas argumentaciones destacando el intento de implementar el género como parte de una ciencia social analizada desde el plano cultural, se estará atendiendo al género no solo en su delimitación como construcción social, sino desde el concepto culturológico, siendo la razón de ser de las ciencias sociales y las epistemologías feministas.

Convertir el género en algo más que un instrumento de análisis conseguiría romper con las barreras entre el mundo real y el conceptual; un acercamiento donde se examine críticamente el naturalismo que legitima el sexismo, las relaciones de poder y mantiene las estructuras de la medicina vulnerando los derechos sanitarios.

Cabe recordar que el concepto de malestar que defiende esta tesis trata de usurpar el poder de lo científico como estructura monopolizadora, y generar un acercamiento de las disciplinas sociales y culturales al paradigma médico para ampliar la comprensión de los M.E.M, más allá de lo patológico.

“Si se acepta que las mujeres y los hombres tienen el derecho fundamental a la salud mental, se hace imposible examinar el impacto de género en la salud mental, sin tener en cuenta la discriminación basada en el género y la violencia basada en el género” Departamento de salud mental y sustancias dependientes. Disparidades de género en la salud mental. Organización Mundial de la Salud.¹⁰⁰

⁹⁹ Es la deslegitimación del sistema de dominio de los hombres sobre las mujeres en sus variables y múltiples dimensiones.

¹⁰⁰ Información al texto: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

En consecuencia, se necesita un marco de derechos regulados bajo el prisma del género en los comités de bioética, así como en derechos sanitarios, en el que desde ambos ejes se consiga interpretar las diferencias y erradicar la *brecha médica de género* con el fin de identificar y corregir las injusticias que perpetúan, aun hoy y en crecimiento, los M.E.M.

La ideología patriarcal no sólo explica y construye las diferencias entre mujeres y hombres como biológicamente inherentes y naturales, sino que mantiene y agudiza otras formas de dominación. De hecho, es con la distinción entre sexo y género que se devela la falsedad de las ideologías patriarcales.

Las teorías y perspectivas de género y la elaboración posterior sobre el sistema de sexo-género son parte del legado teórico del feminismo. Es más, estas teorías han logrado un nivel de aceptación política e intelectual que no permite obviarlas en el mundo de la producción de saberes.

CAPÍTULO 13: FUNDAMENTOS (BIO) ÉTICOS DEL CUIDADO

13.1 ¿POR QUÉ LA BIO (ÉTICA) NO CUIDA?

“Si no pensamos las instituciones y las prácticas culturales en términos morales o éticos, entonces la antropología se me antoja una empresa débil y sin utilidad. Por supuesto el problema reside en cómo articular un estándar, o estándares divergentes para iniciar una reflexión moral y ética sobre las prácticas culturales que tenga en cuenta pero no privilegie nuestras propios presupuestos culturales”.

(Scheper-Hughes, 1997:32)

La palabra bioética es una forma de hacer y de pensar que engloba nuestro día a día, con decisiones que ostentan una carga importante de responsabilidad moral ante formas de actuar de los/as profesionales. Una disciplina que ayuda a pensar en los aspectos morales y éticos que pudieran afectar a la salud con el objetivo de buscar una solución lo más adecuada posible al conflicto en sí, tal y como expone Iraburu (2005):

La bioética es una disciplina filosófica que nos ayuda a pensar qué es lo correcto, cómo deberíamos actuar en situaciones relacionadas con la salud. Además, nos enseña a analizar cada caso concreto, a realizar juicios morales sobre las distintas opciones y a dar argumentos para poder buscar, entre todos, una solución adecuada en caso de conflicto (Iraburu 2005: 21)

Desde una visión antropológica, la bioética supone mucho más que la búsqueda de una solución hacia la salud y la enfermedad como parte de la dignidad humana. Preguntas como ¿Hasta dónde llega la capacidad de decisión, o el grado decisorio de la persona? ¿Hasta dónde llega la libertad de decisión, cuando en ocasiones, priman las decisiones médicas? ¿Hablamos de justicia o de imposiciones morales? ¿Paternalismo o cuidado?

Los derechos se han desdibujado y los dilemas éticos se encuadran en los *deberes* legitimados por la sociedad, haciendo que se cuestionen los códigos deontológicos, la veracidad de los derechos humanos y discernir qué se concibe como derecho y qué no.

“Uno de los lugares de la crisis de los sistemas de salud pública será la tensión que se crea entre, por un lado, la moralización de la salud pública y la agresividad que se verá en el negocio de la aculturación de las poblaciones y los valores relacionados con la prevención, y por otro lado, la sed de libertad de acción y la búsqueda del bienestar personal que caracteriza al ciudadano moderno” (Massé, 2001:11)¹⁰¹

Estos dilemas entre instituciones formales e informales, entre tratamientos individuales y grupales, entre modelos y usos del cuerpo, dejan entrever como estas instituciones son retadas por el modelo de las mujeres, siendo fuentes de debate y confrontaciones hacia los sistemas sanitarios y los servicios sociales.

La bioética merece ser atendida en tanto que la línea entre lo necesario y lo imprescindible flaquea en una sociedad donde el patriarcado y el paternalismo son vistos como limitantes.

¹⁰¹TP.

“Cuanto más pierde el cuerpo su valor moral, más aumenta su valor técnico y mercantil. Sus componentes se transforman en una materia prima preciosa y rara, porque sumisa todavía a una cláusula de conciencia y a un debate en el campo social” (Le Breton, 1994:9)

De la misma manera que se defiende la categoría de género como análisis, también debe serlo la bioética, en tanto que la falta de parámetros feministas hace que la toma de decisiones basadas en condicionantes éticos y morales, genere diferencias y un trato desigual en la salud de las personas, y especialmente, la de las mujeres.

El respeto hacia las diferencias culturales complica aún más la búsqueda de una verdad moral. ¿Podemos defender los valores de la libertad individual y de culto sin traicionar nuestro compromiso con los derechos humanos? En estos debates, la situación de las mujeres ocupa una y otra vez un primer plano. ¿Puede una sociedad democrática sancionar o hacer la vista gorda a la subordinación de las mujeres en el patriarcado? ¿Ofrece la ética del cuidado un camino a través de este embrollo? ¿Nos puede servir de guía para impedir la traición a lo que está bien? (Gilligan, 2013:30)

Por eso se quiere entender la bioética como parte de la ética del cuidado, asumiendo los roles tradicionales que el propio sistema ha cultivado en el significado y la función de la responsabilidad de cuidar de las mujeres. Este concepto ha venido desarrollándose en el área de la salud como un asunto de beneficencia y paternalismo, silenciando la voz de las mujeres en sus procesos de malestar.

Por tanto, el cuidado puede caer en la trampa de hacer referencia a un elemento de la identidad, la del *cuidado maternal*, bajo la certidumbre de que la responsabilidad última de cuidar recae en la figura materna, una asimetría de cuidados que ha hecho que las mujeres se vean sometidas a situaciones de vulnerabilidad y de debilidad en materia de derechos humanos: una contraposición a los principios de la bioética.

Según Gilligan (2013), en tanto que el panorama social no cambie de patriarcal a democrático, seguirá siendo una ética del cuidado femenina que no feminista. Lo que se pretende por tanto es poner el acento en la perspectiva de género como herramienta

hacia un cambio de valores, creencias y prácticas que tomen en cuenta a las mujeres no como entes separadas sino integradas en el concepto de humanidad.

Para ello y siguiendo a Gilligan (2013), hace falta *desprenderse del modelo binario y jerárquico del género, el feminismo no es un asunto de mujeres, ni una batalla entre mujeres y hombres, sino el movimiento que liberará a la democracia del patriarcado*. Es decir, sustituir la ética de la beneficencia y del paternalismo por una ética del cuidado donde las responsabilidades recaigan en lo colectivo como personas de sociedad. Mientras esto no ocurra, las mujeres seguirán estando sometidas bajo el escrutinio de la moralidad y la ética propias del patriarcado.

“En un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina. Cuidar es lo que hacen las mujeres buenas, y las personas que cuidan realizan una labor femenina; están consagradas al prójimo, pendientes de sus deseos y necesidades, atentas a sus preocupaciones; son abnegadas. En un contexto democrático, el cuidado es una ética humana. Cuidar es lo que hacen los seres humanos; cuidar de uno mismo y de los demás es una capacidad humana natural.” (Gilligan, 2013:50)

El problema se asienta en el momento en que un juez tiene la potestad de encarcelar a una adolescente en un centro clínico cuando tiene un problema de la conducta alimentaria grave aún en contra de su voluntad. Las mujeres patologizadas en sus procesos naturales están sometidas a lo *moralmente justo* en tanto que rige como norma la hipermedicalización o los tratamientos quirúrgicos invasivos para conseguir lo que la sociedad dicta como *norma social*.

¿Qué diferencia existe entre una adolescente que se ve obligada a internar en una clínica y la adolescente que se ve sometida a los cánones de belleza y se somete a una operación estética? Si ambas están en riesgo de perder su salud ¿Quién dicta que una acción es más ética que otra? ¿Por qué una se acepta y la otra se discrimina?

Las respuestas dadas a estos dilemas recaen en convencionalismos, basados en la norma, lo que una persona debe de hacer está regido por unos dictámenes sociales aunque dichas decisiones vayan en su contra. El derecho a decidir, el principio de justicia, de autonomía solo es viable según el contexto social que lo presente. Los

M.E.M, no podrán ser vistos como enfoque de derechos mientras que sus estructuras no estén desprovistas de patriarcado.

13.2 UN JUEGO DE DOBLE MORAL.

Según García (1997), la deliberación moral es en sí un método, un procedimiento donde se deben valorar los factores más influyentes en el dilema a tratar, actuando en consecuencia y buscando la opción más adecuada. Puede haber situaciones en que la solución no es perfecta, pero al menos en estos casos, se debe siempre atender al mal menor en la búsqueda de la mejora del bienestar.

Los profesionales del sistema sanitario olvidan en muchas ocasiones el significado de deliberación moral, pues la escucha atenta y activa, la comprensión de la situación del sujeto y el análisis de sus valores que todo esto comporta, es una tarea ardua que a muchos les parece vaga y abstracta.

Los escasos recursos que hoy afloran en el sistema sanitario y la excesiva demanda hace que las relaciones y el trato sean de carácter más material que humano, es entonces cuando el factor *respeto* y el *compromiso de confidencialidad* pierde su lugar.

Ante estas complejidades, ¿se tienen en cuenta los principios éticos, la responsabilidad y el respeto?, ¿se da paso al principio de autonomía y/o de beneficencia? ¿existen estos principios?

Siguiendo a Iraburu (2005), la enfermedad pone en peligro dos pilares fundamentales de la dignidad humana: la intimidad y la autonomía, responsables de lo que se es, de lo que se cree, y de la construcción de identidad. Por ello, es necesario conocer cuáles son los principios de la bioética que forman parte de la dignidad humana, esenciales en el trato con las personas, para luego ver de qué manera no se cumplen.

Principio de autonomía:

“Persona autónoma es aquella que tiene la capacidad de aceptar racionalmente, identificarse con o rechazar los deseos y preferencias pertenecientes a un orden inferior independiente de la manipulación a la que le sometan los deseos. La autonomía consiste, por tanto, en aceptar o rechazar los deseos de primer orden de esta forma, es decir, tener la capacidad de modificar la estructura de las preferencias” (Beauchamp & Childress, 1999)

Principio de justicia:

“El principio de justicia obliga moralmente a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos y la accesibilidad a los mismos de forma equitativa, protegiendo a los más necesitados” (Moya, 2006: 16).

Este principio es actualmente una pieza u objeto de debate político y económico, pues este ámbito de la justicia llevado al ámbito social y de enfoque de derechos, abre una serie de preguntas sobre las que reflexionar: ¿quién determina qué aspectos sanitarios deben ser financiados por la seguridad social y otros por los propios ciudadanos? ¿Cómo sabemos que de ese modo no estamos ya excluyendo y/o discriminando? ¿Estamos haciendo verdadera justicia social?

De hecho la justicia no se puede ver aislada del cuidado, ya que ambas permiten atribuir el enfoque de derechos a la ética del cuidado desde el plano universal; es decir, que la ética del cuidado contribuya a una humanización, y a una apuesta del principio de justicia en el sentido público del sistema sanitario, vaya en contra de los excesos del tecnicismo, de la despersonalización y de la contribución hacia una sociedad donde la autonomía se ve sometida a una dependencia del sistema.

Ambos procesos explicarían la imposibilidad de hablar hoy día del principio de autonomía en tanto que las personas están siendo dependientes de las decisiones tomadas desde lo moralmente aceptable en la sociedad patriarcal.

Principio de beneficencia:

“El principio de beneficencia nos obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos. Este principio ha sido, y sigue siendo, la razón de ser de las profesiones sociosanitarias. Lo que ha cambiado es que hoy no se entiende la beneficencia si no va unida al escrupuloso respeto de la autonomía de aquél a quien pretendemos hacer el bien” (Moya, 2006: 18).

Querer dar al otro lo que considero *oportuno* para el bienestar de la persona, desatiende el principio de autonomía en tanto que antepone los principios éticos del paternalismo a las decisiones de la persona; es decir, invisibiliza las voces y hace que el cuerpo, bajo principios moralistas, tome el valor de objeto a la espera de las demandas y exigencias ajenas, incluso en contra de las propias decisiones.

Como afirma Douglas (1999), el cuerpo es un símbolo de la sociedad, por lo que toda amenaza a él afecta al entramado social. Sus límites se verán sometidos a una escala moral. Si pensamos en el cuerpo como forma de expresión, y la manera de interactuar con él y las formas y los cuidados serán una manera de controlar y ordenarlos en el desorden moral.

La ética del cuidado será vista como propia por y para las mujeres y, por contra, la bioética dominante actuará en consonancia con la cultura y las particularidades de la moral bajo unos principios que colisionan con el sujeto en lugar de ser entendidos como principios relacionales, entre persona y sociedad.

“Desde la moral a la esfera política, desde lo personal hasta las relaciones públicas, de lo local a lo global, de los virtudes y valores femeninos a los feministas y de las cuestiones de género a las cuestiones del poder y la opresión en genera” (Koggel & Orme, 2010:109)

Arias (2007) amplía más esta visión en tanto que pone de manifiesto la complejidad del cuidado como una función propia de la sociedad y del Estado, en tanto que asume el control y los derechos vinculados al cuidado y a la ética.

Se van acumulando indicios que apuntan a la posibilidad de incorporar éstas cuestiones en las políticas públicas donde el enfoque de cuidados en conexión con los derechos humanos redefiniría el bienestar, y por tanto constituirían una nueva apuesta hacia el desmantelamiento de los M.E.M para el agenciamiento de una política participativa en materia de derechos sanitarios.

Una ética del cuidado que contemple la ética de la justicia en la política, sería una oportunidad a la hora de que las leyes sean concebidas desde un paradigma más justo y social y donde el género sea un elemento per se.

Reconocer en los derechos humanos la fuerza jurídica para el cambio es importante, pues supone reconocer a las personas como titulares de derechos, pero este reconocimiento es insuficiente cuando la perspectiva del cuidado y las leyes basadas en la bioética no reconocen a las personas en su singularidad y pluridimensionalidad, y dejan fuera ciertas definiciones de derechos a tratar.

“La ética social cuestiona, por lo tanto, no sólo la asignación de recursos de atención médica, sino también el social, ambiental, político, económico, que generan la enfermedad o, al menos, expone a los ciudadanos” (Massé, 2001:10)

Las mujeres siguen siendo definidas por su ausencia; es decir, no son autónomas, no están en la esfera pública, no deciden. Las mujeres son lo que los hombres no son; no es viable hablar de responsabilidades morales, de justicia y de dignidad, menos aún de universalidad, que es a lo que dice ser la bioética y los derechos humanos que la amparan, cuando una cuestión que atañe al conjunto de la sociedad recae solo en ellas.

“El problema del cuidado es de todos y cada uno, como lo es el de la producción de bienes. Todos somos objeto de cuidados y cuidamos, todos somos productivos y consumimos o usamos nuestras producciones. Se trata de un problema con una pluralidad de dimensiones, el compromiso ético de cada uno, la substitución del mecanismo de mercado para la toma de decisiones sobre la vida económica por la participación democrática de las trabajadoras y los trabajadores en la dirección de las empresas, el cambio de estilos de vida, la transformación de la subjetividad de un modo que sea incompatible con soluciones autoritarias como

las actualmente vigentes. Socializar el cuidado es hacer de las cuestiones relativas a la dependencia materia de interés público. ¿Pero cómo afrontar el debate cuando hay diferencias tan marcadas de poder?” (Izquierdo, 2003:22)

Los M.E.M, son una realidad de salud y política sanitaria, y por ello los discursos morales y éticos deben someterse a un proceso exhaustivo de análisis crítico, y esto, tal y como defienden todos los puntos de esta investigación, no podrá ser justo si no se concibe la visión de la ética del cuidado desde el paradigma feminista. Sólo a partir de entonces se apuntará a una bioética de los cuidados fuera de las tradiciones, limitantes y limitadas para las mujeres.

Ante posibles riesgos entre éticos y morales, el feminismo debe adquirir un papel humanista en tanto que entiende que los problemas asociados a las mujeres no tiene un origen biológico justificado sino que deviene de temas como la cultura, la etnia, la clase o la edad. Si no lo hace las diferencias quedarán legitimadas, incluso jurídicamente, por factores coyunturales. Nacer diferenciada ya te convierte en diferente.

El derecho debe abordar el cruce de argumentos basados en la ética y moral, y apartar los intereses de la ciencia y el patriarcado en pro de una sociedad que deje los particularismos y los oportunismos fuera de la cadena global de cuidados. El sistema jurídico debe cuidar las políticas públicas y tratar a la ciudadanía desde la visión del género humano, sin puntos de excepción.

Se precisa una dimensión de los derechos humanos que viren por un sistema de bienestar integral y no sólo para los intereses económico-sociales. Llamar a la inacción o inercia social es incumplir la Declaración Universal de los Derechos Humanos y aquí las instituciones tienen una responsabilidad importante a asumir.

Al hilo de lo expuesto, en el siguiente capítulo se profundiza sobre un posible cauce al enfrentamiento entre ética y legalidad jurídica, bajo la incorporación de un nuevo paradigma, el postsanitarismo, como modelo hacia la transformación social dentro de una estrategia reformadora de las políticas públicas.

CAPÍTULO 14: LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

14.1 LA SALUD PÚBLICA COMO VOCABLO DE BUENA SALUD

¿Entonces, cómo se debe relatar correctamente el trabajo de formulación de políticas? La respuesta es que no hay una única manera de describir o analizar la política pública. Al igual que nuestras preferencias en cuanto a los métodos, como científicos sociales, dependen de las preguntas que deseamos responder, de igual manera nuestras narrativas de cómo funciona la política pública deben ser adaptadas a los aspectos particulares de la misma que deseamos poner de relieve o analizar. Debemos reconocer que la entidad que llamamos “política pública” muy pocas veces es objeto de estudio fijo, constante y no problemático. Comprender lo que son las políticas en toda su complejidad y ambigüedad, a quiénes sirven, y cómo se relacionan con otros aspectos del sistema social, son tal vez los primeros pasos a dar hacia una aproximación crítica de las ciencias sociales sobre el análisis de las política pública
(Shore, 2010:46)

Desde un análisis antropológico del estudio sobre lo biológico y lo social, sobre el capital humano y sobre el poder y las interacciones individuo-sociedad, se determinará en mayor medida la experiencia singular y colectiva de lo que se entiende por salud así como las formas y modelos de socialización, las representaciones y las prácticas.

La cultura toma posesión en el espacio para diseñar modelos que respondan a la construcción social, y es por esta razón que la antropología médica adquiere una doble función: como disciplina de investigación y como sistema de gestión.

“Los estados de bienestar asumirán esta responsabilidad y serán uno de los principales ámbitos de la política en salud pública, y el lugar del discurso ético en la justicia redistributiva. La salud se convierte en un bien y un derecho universal que debe ser protegido” (Massé, 2001:10)

La importancia de representar la salud como un espacio capaz de articular lo racional, lo empírico, lo simbólico y lo emocional, en cuanto vía propuesta hacia el

bienestar de las personas, creará una nueva definición del propio concepto para que los Estados puedan ampliar sus ámbitos de gestión en base a las exposiciones y demandas de la ciudadanía, acogiéndose a las nuevas transformaciones sociales.

Es evidente, sin embargo, que la mayoría de las organizaciones de salud pública carecen de una política definida respecto a la utilización de la antropología. Ninguna de ellas se ha comprometido a utilizarla, a no utilizarla, o ni tan siquiera a someterla a una serie de pruebas efectivas. Ninguna ha llegado a decir: "La antropología ha demostrado cierta utilidad; procedamos a ensayarla en ciertos campos limitados y durante determinado período de tiempo con el objeto de determinar esa utilidad con mayor precisión" (Adams, 2012:658)

La antropología ha permitido dar respuestas a cuestiones de gran escala en materia política y en las relaciones con la ciudadanía por lo que necesariamente hace falta una interpretación de quienes orientan y toman decisiones en el entramado público.

"Las políticas públicas nos proveen de lentes para estudiar y explorar profundamente los mundos de los mismos formuladores de políticas, y no simplemente estudiar a las personas a quienes las políticas están dirigidas. Esto tiene importantes implicaciones metodológicas tanto para los Estudios de Políticas Públicas como para la Antropología" (Shore, 2010: 33)

Mientras existan disciplinas que centren sus trabajos en escribir sólo desde el enfoque del capital económico y no tenga en cuenta las disciplinas sociales y el enfoque de género, la interpretación de la realidad y la acción ejercida en las políticas públicas quedarán curioseando en los engranajes teóricos sin atender a las necesidades y a las diferencias.

En un intento de entender esta función de las políticas públicas en el sistema de salud, en las siguientes líneas se abordará el *Postsanitarismo* como modelo que contribuya a unir disciplinas como la antropología, las sanitarias y el feminismo. Un modelo que permita desarrollarlos para convertirlos en praxis social.

14.2 EL POSTSANITARISMO COMO MODELO ANTROPOLÓGICO PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL.

La funcionalidad que adquiere hoy el sistema de salud precisa de revisión y cambio, y es en estos escenarios donde las instituciones médicas y la salud pública deben trabajar con la comunidad para comprender una nueva visión en donde cultura, hábitos y estados sean coherentes con la estructura social de lo viviente.

Fueron las antropólogas Lock (1987) (1995), y Scheper-Hughes (1990), quienes propusieron la lectura del triple cuerpo, individual, social y político, argumentando la importancia de atender las experiencias vividas y a las representaciones corporales desde el plano de lo simbólico para comprender al sujeto desde su globalidad.

El planteamiento a esto es apostar por un modelo de salud basado en las obligaciones de los Estados y construir un sistema fuera de las estrictas estructuras que se sustentan en los intereses. Para este cambio se ha abordado un nuevo planteamiento que yo califico como *Postsanitarismo*.

Este fenómeno se ha planteado desde las teorías del posmodernismo de Giddens (1997) y Foucault (1998), junto a la definición de *healthicization* que estableció Conrad (1987). Es decir promocionar la *salutización* como una forma de estar en sociedad, y a la que le añadió el *healthicization proposes lifestyle and behavioral causes and intervention*, que viene a indicar que el núcleo central en la prevención y el tratamiento se sustenten en los estilos de vida como partes del sistema cultural e identitario.

El *Postsanitarismo* pretende introducir la significación de la *salutización* y los cambios que experimenta la era posmoderna hacia un nuevo enfoque contemporáneo donde la salud pública se viera abocada a las demandas de los derechos, y no al revés.

Un enfoque donde principios que aquí se han cuestionado como autonomía, libertad o justicia no serían excluyentes sino inclusivos y categóricos, en el sentido práctico de concebir una salud pública universalista y amparada por el contexto geográfico, local y regional del que nace, estableciendo leyes que pudieran realmente

asumir dichos principios en la mejora de un modelo procomún: responsabilidad, igualdad, solidaridad y compromiso dentro de las políticas públicas sanitarias.

La idea es demostrar la productividad de las leyes en la política sanitaria ontológica en tanto que el *Postsanitarismo* se entiende no como un fin en sí mismo sino como la posibilidad de establecer un modelo que incluya las visiones científicas, sociales y feministas para avanzar hacia un modelo de sociedad de las personas.

Un conglomerado de profesiones e investigaciones que trabajen por la dignidad y protección de los derechos, un denominador común imprescindible para aunar herramientas que ayuden acercar los recursos necesarios en el dirigir de las políticas para un modelo determinista, y no esencialista, de las realidades observadas.

Se apuesta por un sistema de salud que tenga en cuenta en la evolución de la sociedad, el desarrollo cultural, político y económico desde sus parámetros múltiples hacia la explicación causal de la misma. Deconstruir las ciencias para hacerlas partícipes entre sí mismas, tal como se planteaba con el género culturoológico, pero desde la praxis médica y social.

Pensar en el derecho y su función es un desafío que la antropología acarrea en tanto que no se trata de hablar de implementar leyes, sino de qué manera pueden cambiar y adaptarse para resolver los problemas que derivan de las estructuras políticas, económicas y sociales.

CAPÍTULO 15: LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES.

EN PARADERO DESCONOCIDO.

15.1 RAZONES PARA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS

“¿Tienen los antropólogos algo útil o relevante que decir sobre los derechos humanos? ¿Deben los antropólogos intentar saber si los derechos humanos son universales? (...) ¿Tienen los antropólogos una obligación moral de promover los derechos humanos? (...) lo cierto es que el debate se impone ahora con especial urgencia debido a que los discursos sobre los DDHH se han convertido en argumentos omnipresentes, versátiles, y generalizados transnacionalmente, tanto en el ámbito público como privado” (Devillard, 2010:26)

La disciplina de la antropología en unión con los derechos humanos ha tenido una evolución marcada y castigada por las diferencias teóricas y conceptuales desde la larga colaboración entre investigadores/as y grupos minoritarios, que no prácticas. El estudio de las alteridades, el relativismo cultural, las subjetividades y las individualidades han puesto a la antropología en el punto de mira de estudios que beben exclusivamente de los marcos jurídicos.

Pero precisamente por este motivo, y tras el fenómeno de la globalización, la antropología se ha convertido en *“un instrumento idóneo para la implementación de sistemas eficaces de derechos humanos en contextos culturales específicos”* (Brokmann 2007:55), no estando exenta de polémica y exclusivas, en muchas ocasiones, desde los marcos normativos legales y jurídicos.

Una de las razones por las que este estudio contempla el papel esencial de los derechos humanos es la pretensión de que se readapten a las realidades y necesidades de la ciudadanía respetando siempre los principios fundamentales.

La antropóloga Engle (2003), fue una de las que apostó por la vinculación de esta disciplina con los derechos humanos, poniendo el foco en que para que la protección sea

efectiva necesariamente se debía contemplar la interpretación de las culturas desde el enfoque relativista, atendiendo al discurso y práctica para que el enfoque de derechos sirviese como instrumento de protección.

Siendo consciente de la polémica existente entre el relativismo de la antropología y la universalidad de los derechos humanos, Foucault (1999 y 2001) insistió en la necesidad de centrarse teóricamente en el individuo y sus variantes culturales, en lugar de focalizarse sólo en la unicidad que mantiene la universalidad, puesto que “desde la perspectiva jurídica se ha vuelto evidente que no basta un solo marco teórico ético-político para explicar la realidad” (Brokmann, 2007:61)

“Tenemos que imaginar y construir lo que podríamos ser para desembarazarnos de esta especie de doble imposición política consistente en la individualización y la totalización simultáneas de las estructuras del poder moderno” (Foucault, 1999:29)

De hecho, y como el propio Brokmann (2007) señala, el relativismo cultural parte de una serie de premisas o principios, como tolerancia o alteridad, que son imprescindibles en la explicación de los derechos humanos. El problema aparece cuando la cultura, a través de sus creencias y comportamientos, se ve implicada en una vulneración de derechos como el caso de la mutilación genital femenina, motivo por lo que se precisa de una mirada relativista a la implementación y supervisión de los instrumentos internacionales de derechos humanos.

“La crítica a los modelos en los cuales la práctica se reduce a la firma de convenios o acuerdos, y que ha conducido a una legislación inaplicable o al incumplimiento de las obligaciones internacionales en ausencia de sanciones relevantes para las entidades que trasgredan estos órdenes” (Brokmann, 2007: 64)

Por ese motivo y teniendo en cuenta que *“La expansión global del sistema para su protección y defensa no ha podido eliminar el particularismo, pero ha ayudado a establecer una fuente relativamente consensual para juzgar moralmente a través de las diferencias culturales”* (Brokmann, 2007:67), se apuesta por un diálogo entre moral y

antropología; esto es, un relativismo moderado donde los valores atiendan el carácter universal y no se centren solo en las consecuencias que devienen de las coyunturas.

Frente a la titularidad de derecho de todas las personas, sin discriminación, los estándares internacionales establecen la titularidad de obligaciones de los Estados, que es triple. En primer lugar, los países deben abstenerse de ser los responsables directos de una vulneración o abuso, la obligación de respetar; también deben evitar que un tercero produzca esa violación de derechos, la obligación de proteger; y por último, tienen que llevar a cabo medidas de acción positiva para crear las mejores condiciones para que esos derechos puedan ser disfrutados, la obligación de realizar o cumplir.

Desde ese prisma, la actividad de las empresas farmacéuticas que crean esos condicionantes culturales que provocan los MEM, no debería ser un asunto ajeno a la acción de los Estados, si atendemos a su obligación de proteger el derecho a la salud de las mujeres.

Ahora bien, el Estado, como garante de derechos, no comulga con las individualidades que afectan a toda una población dentro de la comunidad. En este punto es donde introducimos el fenómeno M.E.M, planteándonos las siguientes preguntas, si los malestares están ocasionados por hechos que devienen del entramado cultural y los valores ¿hablamos de una vulneración del enfoque de derechos que no garantiza el derecho a la salud como un problema que parte de lo individual y colectivo, o la vulneración es debida a una mala praxis política del Estado?

A lo largo del estudio se han defendido los malestares desde una visión de coyuntura y de dialécticas, es decir, de cómo el sentido del discurso social y su implicación en la creación de sujetos sociales y políticos crea el imaginario social de la realidad. Como afirmaba Foucault (1999) *“Hemos de promover nuevas formas de subjetividad que se enfrenten y se opongan al tipo de individualidad que nos ha sido impuesta durante siglos”*. Es impensable por tanto, que sin este pragmatismo la inclusión de los derechos humano fueran completos.

Para explicar lo expuesto anteriormente, es necesario acudir a la Doctrina del Margen de Apreciación, utilizada por la Corte Europea de derechos humanos como un instrumento en la interpretación de los códigos culturales, y por tanto para la aplicación de normas y marcos jurídicos cuando se violan derechos que afectan al contexto.

La cuestión de los malestares, debe entenderse, si bien no como un derecho propio, si al menos desde un enfoque de derechos, en tanto que se vulnera el derecho a la salud.

“Para establecer cada dimensión en su justa medida se requiere una etnografía para cada caso, en lo cual se reconozcan las fuerzas y variables involucradas, al manera en que se ha desarrollado el conflicto y cómo ha incidido el discurso y la práctica de los derechos humanos en todo el proceso”(Brokmann, 2007:72)

Hay que generar corrientes que unan la etnografía y el marco de su interpretación dentro de un escenario ideal para la investigación antropológica que sirva para que la acción de derechos humanos esté cada vez más cercana a la realidad a tratar.

La apuesta por el término *localmente universal* propuesta por Goodale (2007), expone la imposibilidad de que existan los totalitarismos ni tampoco un sentido de la universalidad excluyente ni una centralidad exclusiva de la individualidad, defendiendo entonces una ampliación relativista en donde activistas y defensoras de derechos, agentes sociales, políticos e investigadoras puedan llevar su acción a escenarios que no sean solo de carácter estatal, procurando incluir una mirada más realista y tangible.

Esto permitiría que la antropología como disciplina que pone de manifiesto la realidad mundana, la expresión de la subjetividades y la interpretación de la culturas, pudiera ser una disciplina necesaria *para “el diseño, implementación y evaluación de los sistemas de protección y defensa de los derechos humanos”* (Brokmann, 2007:75).

Hay que atender aquellas situaciones que estigmatizan y discriminan las diferencias, y a las mujeres desde un plano macro. Por tanto, cabe preguntar ¿cómo conectar las individualidades con los derechos universales?

“La pretensión de objetivar las prácticas sociales mediante la aplicación de un lenguaje legal, selectivo, desapasionado, neutro y de aplicación universal, deshumaniza los hechos y despersonaliza a las personas discriminadas-o simplemente concernidas-, quita a los acontecimientos sus dimensiones subjetivas y pone entre paréntesis las consecuencias personales” (Devillard, 2010:37)

Para ello es necesario reconocer dichas vulneraciones, desnaturalizar las diferencias y poner en tela de juicio las implicaciones que esto supone si no se establecen políticas que las regulen. Basar el tratamiento desde lo universalista y el pluralismo cultural generalizado es aceptar políticas hegemónicas avaladas por los organismos internacionales. Y evitarlo solo es posible si *“los ‘derechos’ sólo pueden basarse en procesos culturales y decisiones a partir de los cuales se dictaminan o consensúan con mayor o menos éxito y continuidad”* (Devillard, 2010:39), ampliando las fronteras de los derechos humanos más allá del relativismo y el universalismo.

15.2 EL PORQUÉ DE LA INIQUIDAD¹⁰²

A pesar de las injusticias y las desigualdades a lo largo de la historia, la condición jurídica de las mujeres a escala mundial ha estado compuesta por cambios para el reconocimiento de derechos, la creciente losa de los estereotipos, las limitaciones impuestas a la hora de ejercer la libertad y la legitimidad en base a una igualdad de oportunidades, sigue manteniéndose. La neutralidad no existe cuando la iniquidad está presente

Los altos índices de violencia estructural convierten a la ley elemento activo de las desigualdades entre hombres y mujeres, aunque bien es cierto que las disciplinas de ámbito teórico y académico, o la objetividad que alcanza la antropología médica, no refuerza suficientemente la postura de tener que apostar por un cambio global.

Las conquistas sociales en relación a los derechos de las mujeres se corresponden con una mejor comprensión de sus experiencias, aportaciones y realidades que las disciplinas académicas proporcionan. A su vez, el movimiento

¹⁰² Este término refiere a una acción que ostenta maldad, perversidad, abuso o gran injusticia.

feminista ha tenido una clara incidencia en las disciplinas académicas, al impulsar la crítica del androcentrismo presente en el análisis social y al dar visibilidad al papel de las mujeres en la historia y en diferentes ámbitos de la sociedad. (Comas, 2011:176)

Es por eso que ante este cúmulo de acciones que crean iniquidad e inequidad social, el papel de los derechos humanos es fundamental como mecanismos reguladores del sistema que propicia y promueve constantes violaciones y discriminaciones.

Mientras que la violencia simbólica y estructural no sea reconocida como punto sancionable en la ley, seguirá habiendo una perpetración de las leyes bajo puntos de desigualdad e inequidad social, donde las mujeres van a seguir viéndose desfavorecidas.

De hecho, siguen manifestándose desigualdades en todas las áreas y disciplinas del saber y la praxis. Las mujeres son las que reciben esta discriminación en tanto que son escenario de la tecnificación de los cuerpos, y del uso y abuso que la medicina y las grandes corporaciones aplican sobre ellas.

Ya se ha hablado del uso desorbitado de las tecnologías, de la farmacología y el impacto que todo ello ocasiona en los códigos deontológicos, y es por eso que hace falta una resignificación del papel de los derechos humanos en este análisis del incumplimiento de la ley para garantizar la seguridad y la salud de la ciudadanía, muy especialmente la de las mujeres.

Los contextos de lucha por los derechos se ven constantemente interpelados en cuanto la medicina plantea avances científicos y tecnológicos, y toma a los sujetos como objetos de ensayo. Un problema que necesita de un debate filosófico para discurrir acerca del papel de la ética y la moral introduciendo los derechos humanos en la agenda de los organismos reguladores y en las inmediateces de la política. Es insostenible hablar de una legalidad cuando lo que existe es un trasfondo ilegítimo que mantiene a las mujeres encadenadas social y científicamente.

La teoría feminista fue quien criticó el androcentrismo de los derechos humanos, en tanto que se aferran a un derecho racional, patriarcal y desde la inverosimilitud de lo

universal. Hacen falta nuevas vías que polemiquen y atiendan a estas desigualdades deontológicas, como por ejemplo que en la ciencia participen las mujeres como analistas, y que en las prácticas legales y las acciones políticas se recoja no sólo la visión intrínseca a la lógica técnica, también la obligatoria y necesaria cuestión de la perspectiva de género.

15.3 LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES CASI SON LO QUE PARECEN

Para reforzar la necesidad y urgencia de lo expuesto anteriormente hace falta dibujar, a modo de boceto, la situación de los derechos humanos desde el territorio estatal e internacional por lo que es necesario hablar de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la evolución de la defensa de los derechos de las mujeres a lo largo de la historia para visibilizar y declarar la situación de vulnerabilidad y discriminación que sufren a escala mundial.

Fue en 1952 cuando se decide señalar el 8 de Marzo como “Día Internacional de la Mujer”, momento en el que el movimiento feminista se organiza para trabajar dentro de Naciones Unidas en diferentes áreas, naciendo años más tarde, en 1975 la primera Conferencia Mundial sobre la Mujer y declarándose ese mismo año como el Año Internacional de la Mujer.

En la Asamblea General de 1977, en la 105ª sesión plenaria del 16 de diciembre, se aprueba la resolución 32/142 en la que insta a todos los Estados a que proclamen un día del año como día de las Naciones Unidas por los derechos de la mujer y la paz internacional. En esta sucesión histórica se aprobó en 1979 la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer”.

Esta Convención supuso una novedad con respecto al resto de tratados internacionales de derechos humanos existentes, porque introdujo en su articulado la necesidad de eliminar patrones socioculturales que discriminan a las mujeres.

Artículo 5

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

De esa manera, y en lo que se refiere a los MEM, se ofrecía una pauta específica para alcanzar el principio de igualdad entre hombres y mujeres que establecían de manera general tanto la Declaración Universal de 1948 como los dos Pactos Internacionales de 1977, de Derechos Civiles y Políticos, y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este último, por cierto, es el que recoge en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En este estudio de explosión de defensa de los derechos humanos se establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuya función es hacer balance acerca de la situación de la salud a escala mundial.

En la 64^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA 64.28), enmarcada en el punto 13.16 del orden del día 24 de mayo de 2011 sobre jóvenes y riesgos sanitarios, se extraen los siguientes puntos:

2. Insta a los Estados Miembros a que, de conformidad con sus leyes y reglamentaciones nacionales, aceleren las medidas, según proceda, y desarrollen políticas y planes destinados a abordar los principales determinantes de la salud que afectan a los jóvenes, incluidos los comportamientos relacionados con la salud y sus efectos sobre la salud en ulteriores etapas de la vida, por medio de lo siguiente (Punto 2.4).

4. Implantando sistemas de información para la gestión sanitaria y de registro civil que proporcionen datos actualizados desglosados por sexo y edad, en vista de la falta de datos sobre la salud de los jóvenes

En el punto 14.2 del orden del día 27 de mayo de 2013 en apartado Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños se dicta:

-Asegure que las mujeres y niños reciban los tratamientos y las intervenciones que necesitan.

Se entiende en este punto, la necesidad de que los estados faciliten el acceso a productos higiénicos de primera necesidad como enseres básicos en la etapa vital de niñas, jóvenes y mujeres adultas.

Rigiéndonos por esta norma cabe preguntarse ¿Por qué los productos higiénicos femeninos no están considerados como norma y obligación que los estados deben asumir dentro del enfoque de derecho en el derecho a la salud? Como cuestión que merece la polémica, se exponen algunos de los productos básicos propios del derecho a la salud sexual y reproductiva, que son:

11. Preservativos femeninos

12. Implantes anticonceptivos - planificación de la familia y métodos anticonceptivos.

13. Métodos anticonceptivos de urgencia - planificación de la familia y métodos anticonceptivos.

De nuevo las tecnologías están al servicio del y para el control del cuerpo de las mujeres vendidas como *Producto Básico de Supervivencia*. Al mismo tiempo la OMS advierte de que muchas mujeres de países empobrecidos tienen serias dificultades y corren altos riesgos por las condiciones de higiene sanitaria en los procesos menstruales.

Si bien es cierto que la urgencia de los países empobrecidos no es la misma que en países con alto nivel socioeconómico, en el Estado español según el Instituto Nacional de Estadística, son las mujeres jóvenes (de 18 a 24 años) las que ostentan la tasa más alta de riesgo de pobreza (23,3%) en comparación con los hombres (19,6%)¹⁰³.

¹⁰³Información al enlace:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925455948&p=1254735110672&p_agename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

Las mujeres no menstrúan por voluntad propia, sino por una causa orgánica, fisiológica, por tanto atendiendo a esta obviedad ¿qué derecho permite la ley que los productos higiénicos corran a cargo de las niñas y mujeres, donde el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) asciende al 10%?

La explicación recae en que no están considerados como una cuestión de derecho, sino tratados como patología, y entendidos como cuestión de responsabilidad individual en la que el Estado no se hace cargo.

Hablar de lo M.E.M, es hablar de los estándares internacionales y del principio del derecho a una vida digna, reconociendo como derecho de acción; es decir, si se consideran como problemas sociales inmediatamente se verían sometidos al escrutinio del derecho y por tanto a ser incorporados *por obligación* en las agendas políticas, haciendo que los M.E.M, pasasen a construir un punto propio en las políticas sanitarias.

Siguiendo con las consideraciones de la Asamblea Mundial de la Salud, la 57ª (WHA 57.17), la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud se centrará en cuatro objetivos principales. Rescatando el punto 3:

3) Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión

Aportación que sirve para consolidar la relación entre conceptos como mujeres, derechos humanos, salud y violencias que aun teóricamente fundamentadas no consigue una traducción en la mayor parte de las legislaciones, así como tratados, acuerdos y convenios son firmados y ratificados por los Estados-Parte.

Considero más que oportuna la incorporación de este apartado como una vía para dar cuenta de la necesidad jurídica con el propósito de instar a los gobiernos y

organismos a dotar de mayores mecanismos hacia la valorización de las mujeres en todas las esferas que ocupan los derechos humanos, así como contemplar las dimensiones políticas para prevenir y sancionar las malas prácticas en materia de salud, que desde los gobiernos estatales se están ejerciendo.¹⁰⁴

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (C.M.D.H.) realizada en Viena en 1993¹⁰⁵, adoptó uno de los documentos más importantes de ámbito internacional para las mujeres reconociendo sus derechos como parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales.

Además allí también se exigía a los Estados la necesaria implementación de programas de educación así como la necesidad de divulgar información y datos acerca de la aplicabilidad y vigencia de los derechos específicos de las mujeres.

“Sólo una acción política que tome realmente en consideración todos los efectos de dominación que se ejercen a través de la complicidad objetiva entre las estructuras asimilada (tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres) y las estructuras de las grandes instituciones en las que se realiza y se reproduce no sólo el orden masculino, sino también todo el orden social (comenzando por el Estado estructurado alrededor de la oposición entre su <<mano derecha>> , masculina, y su <<mano izquierda>>, femenina, y la Escuela, responsable de la reproducción efectiva de todos los principios de visión y de división fundamentales, y organizada a su vez alrededor de oposiciones homólogas) podrá, sin duda a largo plazo, y aparándose en las contradicciones inherentes a los diferentes mecanismos o instituciones implicados, contribuir a la extinción progresiva de la dominación masculina” (Bourdieu, 2010:86)

Más recientemente se estableció el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. Este Procedimiento Especial del sistema de derechos humanos de la ONU se creó en 2010, y presentó en 2016 un informe centrado en la salud de las mujeres.¹⁰⁶ En este análisis encontramos un

¹⁰⁴ Información al enlace: <http://www.elmundo.es/espana/2015/07/25/55b2b061268e3e437d8b4598.html>

¹⁰⁵ Información de la Conferencia: <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/WCHR.aspx>

¹⁰⁶ A/HRC/32/44. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. 8 de abril de 2016.

desarrollo teórico de este derecho desde la mirada del género que comparte algunos diagnósticos con esta investigación. Se aborda la estigmatización “como fenómeno social y cultural profundamente arraigado que se encuentra en la raíz de muchas violaciones de los derechos humanos” y la conecta con alusiones directas a la menstruación y a la menopausia.

También identifica cómo la creciente cosificación del cuerpo de las mujeres “da lugar a prácticas como los procedimientos cosméticos invasivos”. Considera además que “las dietas de adelgazamiento malsanas, en particular entre las adolescentes, pueden tener desastrosas consecuencias para la salud, entre ellas los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia”. En este informe, el Grupo de Trabajo también observa con preocupación la patologización y sobremedicalización de las mujeres y las graves consecuencias de esta práctica en la salud mental de éstas, así como la responsabilidad de las empresas de la industria farmacéutica.

Aunque valoramos las aportaciones de este análisis temático y el carácter avanzado de muchas de sus conclusiones y recomendaciones finales, dirigidas a los Estados, entendemos que todavía queda mucho trabajo por hacer.

Los M.E.M, debieran estar consignados dentro del derecho a la salud y ser punto en la agenda política de la OMS y del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos para llevar al debate el tipo de reflexiones que esta investigación ha suscitado en materia de legalidad, de compromiso ético y moral y de imposiciones de corporaciones médicas y farmacéuticas hoy día difícilmente solucionables cuando ambos organismos vienen dirigidos por la propia ideología del gobierno, dando pistas de hacia dónde y en qué sentido se mueven las corrientes dominantes en cuanto a formas de entender las leyes de la moralidad y la ética.

No se pueden disfrazar las premisas de universalidad cuando tenemos cifras que desenfocan la realidad de la salud de las mujeres cuando un problema social se cobra bajo la patología, o cuando los procesos vitales naturales de las mujeres son sometidos a las trampas del tabú y justificados con argumentaciones de referencia patriarcal en una sociedad donde no se priorice el capital humano del capital económico. Presencia esas

<http://undocs.org/es/A/HRC/32/44>

de sesgos culturales e ideológicos en donde moral y ética se ven implícitos.

El análisis antropológico desde los derechos humanos y del género permite vislumbrar los *nichos* que mantienen éstas prácticas ilícitas contra una generación enferma por prescripciones médicas, sustentadas por la legalidad de las campañas publicitarias apostando por un modelo hipermedicalizado e invirtiendo en ellas bajo el disfraz de la promoción de la salud como derecho universal.

Es precisamente su pluralidad ideológica y de prácticas la que permite comprender cómo y cuán tan profundamente el androcentrismo permea todas las cosmovisiones, el conocimiento y hasta los sentimientos más íntimos.

TERCERA PARTE

UN RECORRIDO POR LAS DIFERENTES NARRATIVAS

Reseña a las Diferentes Narrativas.

A lo largo de este marco cualitativo estructurado a través de cuatro bloques de narrativas se expondrán las reflexiones suscitadas en las diferentes entrevistas y grupos de discusión.

Temas como salud, enfermedad, cultura, identidad, malestares y de qué manera los nuevos procesos de globalización afectan al campo sociosanitario serán analizados desde la perspectiva antropológica y de género

El uso y abuso de las nuevas tecnologías y la excesiva medicalización serán los artífices de una desestructuración en el concepto de salud y bienestar y del cómo esto afecta a las relaciones personales, a las prácticas tradicionales, y al saber médico.

Se apostará por una antropología culturalista, donde el análisis central recaiga sobre los malestares culturales de las mujeres y no entendidas como patologías, y la situación/visión de los hombres, para romper con las estructuras y significados etnocentristas y biologicistas.

De cara a la organización de este texto, se ha estructurado en 4 apartados que harán un recorrido por las diferentes áreas de las que parte este estudio, yendo desde las cuestiones macro a las micro y teniendo en cuenta las experiencias y el contenido desarrollado en el marco teórico.

En la fase de las narrativas globales, los discursos se centraran en las cuestiones en materia de enfermedad, salud, bienestar, feminización, hábitos culturales y sociales, el corporativismo de la farmacéutica y todo el engranaje, que alimenta un sistema de salud autómatas basado en el control y la tecnología y cómo todo esto estructura la manera en la que las mujeres son concebidas y el trato que recibe el bienestar.

Posteriormente desde el marco de las narrativas locales, se pondrá el acento en cómo la estructura macro afecta a lo local o, dicho de otra forma, cómo el contexto y la coyuntura afecta a las individualidades poniendo énfasis en el fenómeno M.E.M, así como la implicación y acción de los hombres y en qué manera las mujeres están siendo

percibidas en sociedad desde al escrutinio médico.

Tras el análisis de ambos fenómenos se ha incluido un marco que aglutina ambos, el narrativo, estructurado en tres apartados: las narrativas globales, las locales y las glocales. En este punto se analizarán ejes transversales como la cultura y la influencia que ésta tiene en la construcción de las identidades y de qué manera ambas interaccionan con la cuestión de género. Puntos clave que serán necesarios para finalizar con el papel que ostenta la ética y los derechos humanos, aportando ejemplos en el mundo laboral, los usos de los métodos anticonceptivos o la maternidad discutiendo sobre el carácter de libertad propia o condicionada.

Finalmente ante la pretensión de querer dar voz a los pensamientos, creencias y maneras de actuar, solucionar y aportar, de mujeres y hombres frente a las cuestiones que presenta esta tesis, se ha aportado otro nuevo marco que habla de las narrativas para una nueva síntesis, con la finalidad de exponer la crítica y el análisis que parte de los y la informantes así como los deseos y exigencias hacia una nueva manera de concebir los Malestares En Las Mujeres.

En esta fase de querer transmitir la voz de muchas mujeres y hombres que en parte han hecho posible este trabajo, soy consciente del riesgo que envuelve cada una de las palabras inmersas en las transcripciones. Palabras y hechos que dan vida a lo censurado y que hoy quedan plasmadas, latentes y grabadas en el tiempo por lo que las afirmaciones que pudiera realizar emanan del carácter relativo del trabajo de campo.

I. NARRATIVAS GLOBALES

CAPÍTULO 16: LA SALUD COMO CONCEPTO AUTÓMATA

16.1 LOS ESTARES SALUTOGENÉSICOS: ENTRE LA SUMISIÓN Y LA RESISTENCIA.

¿Qué sucede cuando sustituimos el juicio crítico por la curiosidad?

*En vez de ponernos en el lugar del otro,
mejor nos vendría ponernos en nuestro propio lugar
y dirigimos al otro para que nos enseñe el suyo.*

(Gilligan, 2013:34)

Una de las causas de la escasez en este tipo de investigaciones de carácter antropológico se debe a que son categorizaciones de nosología médica, donde la confluencia de factores socio-culturales está delimitada por la tradicional visión biomédica y no consideran como propio las investigaciones antropológicas.

Fue Mead (1981), una de las pioneras en aportar un profundo conocimiento acerca de las diferencias de sexo y género, por tanto de las relaciones entre hombres y mujeres la que abrió este campo con la categoría de género. Entre las personalidades y características de cada uno de ellos diferenció las etapas por las que pasa una mujer dentro de su vida desde la primera aparición de la menarquia hasta la representación de la maternidad y la menopausia.

Es por eso que una de las condiciones esenciales de este trabajo etnográfico es precisamente apostar por un conocimiento útil en los tres mundos que se van a tratar y que al mismo tiempo se verá conformado por una secuencia de micro-mundos, adoptando una serie de visiones poliédricas que darán sentido a los *estares* y sus formas, vivencias y experiencias, para entender las complejas interacciones que sustentan esta tesis, y que pueda ser una aproximación puntual a venideras vías aún por tratar.

El título de este capítulo, refiere a una compilación de términos cuya pretensión es

poner de manifiesto el estado en el que se halla una persona con la finalidad de conservar y preservar la salud, como medio para alcanzar el estado de bienestar. Este concepto refiere a la compilación de los siguientes términos:

Estares: encontrarse, sentirse, hallarse de una determinada manera.

Saluto: de Salud que significa la forma de conservar o restituir la salud.

Genésicos: es el origen, aquello que interviene en la formación de algo (hechos o factores)

Se hablaría por tanto de *estares salutogénicos* como un mecanismo de acción capaz de derivar a una persona a vivir un estado de salud, para el mal/bien estar social. De hecho, si atendemos al concepto en conjunto, en el momento que exista una desestabilidad en alguno de los factores (físico-psíquico-emocional) aparece un estado de sumisión y de resistencia hacia la consecución de un estado de bienestar.

“Cada palabra, cada frase, cada texto que añadimos a este discurso es una subversión, aunque sea minúscula, del orden patriarcal, puesto que el secreto de dicho orden supuestamente no debe ser desvelado para que se prosiga a sí mismo. Pero el volumen de indagación, de reflexión y de análisis ya es irreversible” (Sau, 2004:32)

La gran mayoría de los estudios científicos tienen nombre de hombre y los datos están focalizados en la propia figura varonil no siendo extrapolable a las mujeres, Valls (2006). Este abandono y desatención muestra la poca importancia en atender ambas partes, una desvalorización en cuestión de salud que perpetúa una discriminación inveterada que ha alcanzado la propia antropología médica.

Entendiendo la salud como una máquina regida por las leyes de la mecánica desde el contexto médico, hablaríamos de aquellos procesos tecnológicos que oprimen los cuerpos y los convierten en robots con la intención de manejar y manipular los procesos naturales y fisiológicos de las personas.

“No es que la salud venga determinada por como el hombre lo entiende, son los remedios, o sea es la medicina, es otra cosa, una cosa es la salud y otra cosa es como trates de mantener la buena salud ¿no?” [B]

Si nos centramos en la definición acuñada por la OMS¹⁰⁷ donde salud-enfermedad son entes indisolubles, caeríamos en el simplismo médico de querer reducir y explicar los *mal-bien-estares* desde una causa única.

Hablar de salud en dichos términos es criticar la enfermedad y elogiar la medicina. En cambio nadie contempla la medicina como agente patógeno de la debilidad del ser humano, en cuanto a usos y terapias que se sirven de la medicalización. No podemos hablar de enfermedades sin hablar de salud, y viceversa, de la misma forma que no podemos dejar de lado los síntomas y signos que nos llevan a redefinir un concepto u otro.

Ambos procesos definicionales y explicativos son *efectos interconectados*, que sobreviven y subsisten en conexión debido a un cúmulo de causas y devienen en formas y *estares* vitales incorporadas por las propias personas.

“Yo creo que es una forma de huir de los estereotipos o de los prejuicios ¿no?, al final socialmente o culturalmente estar sano significa, estar físicamente bien y da igual que tengas una depresión de caballo, pues igual eso para ti no es sano, o al contrario ¿no?” [G.D.4.1]

Tanto en las entrevistas como en los grupos de discusión se empezaba hablar de términos como salud y enfermedad, y muchas veces asociaban la salud con la medicina, sin especificar que son sustratos procedentes de diferentes tierras.

El *statu quo* que ha adquirido la medicina alopática, ha suprimido por completo la vigencia de la salud como un estar inherente al ser humano, y la ha diferenciado de las cuestiones que nuclea la medicina, por ejemplo, la expansión e imposición de la medicalización o el tratamiento quirúrgico en el desarrollo y garante de la buena salud.

“Tener buenas relaciones personales sobre todo, yo creo, porque lo

¹⁰⁷ La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entra en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

demás es como que lo tienes metido ¿no? que lo sabes desde siempre, el comer bien, tener una higiene, el todo eso, pero más difícil lo de las relaciones con las otras personas pero contigo misma también, porque si tú, si tienes muchos amigos pero no te sientes bien con esas personas no, o un novio o una novia, lo que sea... (...) es todo como una cadena, es como que una relación mala te influye en tu estado psicológico y ese estado psicológico te afecta a tu cuerpo y se manifiesta de cierta forma (...) [Y]

Cuando en las entrevistas se les han preguntado “¿qué es para ti estar sano o sentirte bien?” La mayoría por omisión hacían mención a la importancia de las relaciones interpersonales, a la educación que se transmitía en el hogar familiar, incluso de qué manera el hecho de no sentirse valorada era suficiente para que se desarrollara en ellas síntomas asociados a su condición de ser mujer, afectando a su nivel de autoestima.

“Yo si he tenido calores, mi madre nada, pero te digo que yo tuve calores no sé si de la vergüenza y sentirme sumisa, he sido muy vergonzosa y por nada me afectaba” [G.D.3.3]

No hablaríamos de las malas prácticas como el empuje a una vida insana sino de qué manera las inseguridades personales y emocionales transmitidas por agentes externos hacen que las mujeres adopten prácticas insalubres, como mecanismos de defensa hacia el mantenimiento de su persona.

Nos encontramos ante un paradigma de cambio conceptual donde los hábitos vienen determinados por la manera en cómo percibir el mundo, y por ende, como se perciben ellas. Entender esto, nos ayudaría a determinar que la importancia de la prevención recaería principalmente en los factores que integran el *microsistema interpersonal* que se da cuando las acciones y las formas de *estar* y vivir en sociedad vienen circunscritas e impuestas por el imaginario social y cultural, que además resulta a la vez son producto del sistema cultural.

“Para mi es sentirte bien sobretodo, ya no el hecho de no estar mal, sino sentirte bien como persona, también de tu imaginario ¿no? de tu idea mental que tienes, de la relación, eso conlleva la relación con la gente, de cómo estás de

ánimo también ¿no?, y por supuesto de salud física.” [S]

Se trata de factores que nacen y/o aterrizan en el sujeto como eje central hacia el desarrollo de una buena o mala salud, en tanto que generador de comportamientos, de su *habitus*, pero bajo las influencias de estructuras sociales que lo legitiman (Bourdieu, 1997). El sujeto es *accionante* de su malestar, pero no el que impone.

Podríamos explicar esta parte desde la filosofía de Kant (1999), con el término *heteronomía de la voluntad*, quien argumenta que el individuo realiza una acción y actúa en sociedad bajo imposiciones ajenas, desde una supuesta voluntariedad social, sin atender al principio de autonomía o libre decisión.

“No nos dejan vivir como somos, pero lo malo no es eso yo creo, es que sabemos que no vivimos felices porque no nos dejan diciéndonos pues lo que es bueno para nosotras,, aunque sepamos que no es verdad, pero seguimos haciéndoles caso, y yo creo que se aprovechan de eso” [G.D.3.5]

La *salud autómeta*, quedaría de alguna manera explicada desde el concepto Kantiano en tanto que es la medicina quien, con paternalismos, maneja y manipula los cuerpos y procesos naturales de las mujeres sin atender a las especificidades femeninas de los procesos fisiológicos.

16.2 EXPROPIANDO LA SALUD BAJO EL CONCEPTO DE NATURALIDAD.

“Bufff, te roban la salud, y hacen que te lo creas y te hacen una salud artificial, de mentiras ¿sabes? Tonta no soy ¿sabes? Pero no tengo otro remedio, o al menos nadie me dice que otra solución hay. Te acostumbras y punto, como todas ¿no?”[B]

Merece la pena reiterar que aludir a la medicina en los contextos de *mal-bien estar* supone que las causas y orígenes de las vivencias entendidas como enfermedades y, por consiguiente, su categorización en el DSM-V, sean intocables, por la manipulación/control y la expropiación que se hace de la salud por intereses

comerciales y farmacéuticos.

Es difícil explicar, o plasmar nuevas formas de vivencias que valoricen los estados vitales de las mujeres, cuando en la actualidad se impone en una desvalorización universal de la salud de las mujeres bajo el estandarte de normalidad construida dese los hombres, Lock (2001).

"(...) Los cuerpos de las mujeres no han sido interpretados de forma negativa y se usan como justificación de todas las formas de denigración y opresión. Lo natural, los procesos normales del cuerpo femenino están simbólicamente marcados como anormales y un tabú, de mal gusto, no siendo de fiar y potencialmente maligno" (Lee & Sasser-Coen, 1996:15)¹⁰⁸

Pero ¿Qué es la normalidad? Hoy en día la normalidad es considerada como uno de los mejores recursos y argumentos para la imposición y manipulación de las personas, haciéndolas sentir culpables cuando sus actos no bailan al son de lo que la medicina dicta. Por poner un ejemplo ¿Es normal sangrar? A veces no. ¿Es normal tener dolores menstruales? Mejor que no. ¿Podría considerarse como normal los cambios fisiológicos que experimenta una mujer en el periodo menopáusico? Depende. ¿Es adecuado estar en un IMC¹⁰⁹ de dieciocho? No deberías.

El concepto de normalidad positivista Canguilhem (1943), se ha apropiado de los procesos naturales y del tiempo, haciendo desaparecer las fórmulas y remedios que las mujeres tenían para hacer frente a sus malestares. Es por eso que dicho concepto merece una crítica, y por tanto una diferenciación de lo que he llamado *normalidad natural*, regida bajo los cambios fisiológicos y naturales por el que pasa un ser humano, y lo actualmente válido, que he denominado como *normalidad artificial*, en tanto que son parámetros numéricos y estandarizados de procesos dictados desde una sociedad centrada en la ortodoxia, patriarcal y heterosexual.

En efecto desde el pensamiento médico es inviable no atender a los binomios de normal y patológico, y aquí Canguilhem (1943) acierta cuando habla de la necesidad de

¹⁰⁸ TP.

¹⁰⁹ Índice de Masa Corporal.

restaurar lo normal desde una visión científica y estadística, de hecho alude a un sistema en que lo normal pasa por lo normativo, es decir que las leyes son las que conseguir cambiar las normas que ellas mismas han constituido, en palabras del autor (Canguilhem, 1943:20) *la identidad de lo normal y de lo patológico es afirmada para beneficio del conocimiento de lo normal*. O dicho de otra forma, nos hemos acostumbrado a que las normalidades que se nos imponen vayan cambiando. Esto es la normatividad: la socialización en aceptar normalidades que el conocimiento experto va definiendo y aplicando.

Una identidad que puede parecer que esté cargada de diferencias pero es indispensable a la hora de determinar si un estado es normal o anormal, y por tanto diríamos que los determinantes fisiológicos son afectados indiscutiblemente por una cuestión cuantitativa determinada desde lo biológico.

Otra de las cuestiones que han expresado las entrevistadas ha sido cómo las situaciones socio-culturales, económicas, políticas, laborales, están presentes en la vida de muchas mujeres afectando algunos de éstos contextos. Uno de los puntos a destacar, es el manejo que se hace de las situaciones vitales convirtiéndolas en patología. Caso que aquí se expone para el ámbito laboral.

“Si ahí te permitirían adaptar un poco los ritmos y adaptar los horarios a lo que en ese momento el cuerpo, pero como si estoy con la gripe (...) entonces yo creo que laboralmente rendiríamos en el trabajo mucho más, pero no patologizar y decir es que esto es una enfermedad y tengo que cogerme una baja, no, pues igual tengo que venir tres horas y ya recuperaré la semana que viene” [S]

La salud ha pasado a ser una herramienta al servicio de lo económico y un mecanismo de rendimiento empresarial y laboral, lo que hace que se encamine la línea de la afirmación que hacía Valls (2006) de que la salud tiene condicionante de género.

Expropiar la salud es un mecanismo indispensable para que el sistema médico, junto con el patriarcal, puedan operar en el control de los cuerpos y el mantenimiento de las desigualdades, dos de los bastiones más representativos e influyentes en la sociedad.

Esta anulación de la gestión de la propia salud hace que especialmente ellas se vean desdibujadas en su identidad como mujeres, al sentirse des-configuradas y perdidas en medio de una duda moral que lidia ente el placer de sentirse bien y el displacer del malestar emocional.

Me parecía importante trasladar para este punto cómo al hablar sobre la menstruación entendida como enfermedad, surgieron dudas sobre si para ellas era percibida como un estado de bienestar o, por el contrario, sentían que estaban enfermas. La cita siguiente es un ejemplo de cómo la medicina las encasilla en una *enfermedad crónica*, ejerciendo control sobre sus cuerpos con la *finalidad* de paliar sus *malestares* con una medicina convencional *invasiva*.

“En ese momento en que te medicas, supongo que lo estás, a ver, no como enfermedad, pero sí que estás tomando remedios como cuando estás enferma ¿no?, y de hecho de esto me acuerdo, que a mi madre a veces lo llamaba estar mala, y para mí era como, no, yo no estoy mala, ¿no? no estoy enferma (...)”[O]

Uno de los peligros que ostenta la medicina en el momento en que las personas asumen estar en condición de variabilidad fisiológica, aun en un corto periodo de tiempo, es asociar dicho estar a un estado enfermizo, que además la mayoría de las veces viene mantenido por un discurso social del propio imaginario colectivo.

Cuando a lo fisiológico se le une lo emocional o psicológico, se crea un discurso médico para entender que dicha *enfermedad periódica* para el caso de la menstruación o menopausia, es decir, problemas que aparecen por la condición fisiológica del cuerpo y sobre los que influyen factores sociales y hábitos, en lugar de concebirlas como problemas propios de un estado de *normalidad natural*¹¹⁰, se convierten en una *enfermedad crónica*, regida por la *normalidad artificial*.

Es decir, cuando todo proceso biológico llega a ser patologizado y naturalizado produce la adquisición de un estado *óptimo* de salud y la restauración del mismo sea a través de agentes externos, denominados ya como *agentes tecnopresores*, generando

¹¹⁰ Importante señalar que estamos siempre hablando de procesos vitales como la menstruación y la menopausia.

una normalidad tratada desde el campo bioquímico y farmacológico; es decir, una normalidad artificial.

“Que sí, que hay mucha presión por parte de la sociedad, pero porque se han dado cuenta que pueden explotar nuestras inseguridades para sacar dinero, si hubiesen encontrado la forma de conseguir sacar la misma cantidad de dinero en los hombres, lo habrían hecho también, si es una cuestión de pasta, nadie tiene interés en que las mujeres sean felices, simplemente quieren su dinero.” [B]

La diferencia con otras patologías, es que aquí lo que se pretende es centrarlo en el análisis de los *estares* de las mujeres, donde su proceso fisiológico pueda entenderse como los anteriormente llamados *estares salutogénicos*, ya que la vivencia patológica de estos ciclos produce un compartimento estanco que limita su capacidad de recurrir a otras formas de cuidado.

“En general pienso que se están patologizando muchas conductas, o sea que, cada vez hay más patología, cada vez le damos más, más, y creo que eso no es positivo, detrás de todo esto estará toda la historia de venga vamos a poner, a esta enfermedad un nombre y vamos a poner un remedio que va a ser medicina convencional” [O]

Otra de las cuestiones que han emergido a lo largo de las entrevistas ha sido el uso de las Terapias Hormonales Sustitutiva¹¹¹ (THS) como mecanismos reguladores de los procesos fisiológicos de las mujeres, alternativa que para muchas es concebida como *necesaria*, a pesar de que hay estudios que han cuestionado su efectividad en tanto que se ha sabido de la existencia de mujeres con efectos secundarios graves. Entonces, ¿por qué recurren a ellas?

“Me hice un tratamiento creo que eran de unos 6 meses, en el cual no te ponen muchas cosas y lo puedes llevar mejor, te lo controlan y me quitaron los dolores de regla, me quitaron el hecho de que tengo una regla abundante a base de hormonas (...) yo me puse como un conejillo de indias para que me quite todo esto, es verdad que yo una de las secuelas fue la sudoración que la tuve como un año, una sudoración horrible (...) pero gracias a eso yo no tengo dolor de regla y se me

¹¹¹ En adelante THS

ha controlado, y hay soluciones como para tener una vida, una calidad como mujer, y hay soluciones. (...) a lo que voy es que como se ha podido poner como enfermedad algo que es natural, y que se puede tratar para que te llegues a curar”

[G.D.2.1]

Es paradójico cómo un mecanismo de regulación y control del cuerpo que pone en riesgo la vida de las mujeres sea considerado como una vía hacia la buena salud. A lo largo de las entrevistas y las versiones recogidas cada vez aparecía de forma más clara la manipulación con la que ejercía la medicina a la hora de dotarles de salud.

Los *agentes tecnopresores* del cuerpo, concepto que nace desde las teorías foucaultianas, con sexo-tecnologías explican cómo ejercen un papel de regulación y control social, y además tienen una funcionalidad de beneficio capitalista en contra posición a lo que manifiesta la ética del cuidado¹¹².

“La persona cuando está bajo el concepto de enferma, está bajo el control del miedo, y para el sistema es fácil controlar a personas que no tengan inteligencias y opinión propia, es decir, las llevo por aquí, las llevo por allá, y porque no hay tiempo para nada porque el sistema devora todo.”[MJ]

El por qué algunas difieren en cómo viven su proceso y las posibilidades que tienen para hacer frente a estos malestares, viene derivado por cómo se concibe dicho síntoma. Desde la visión antropológica llevar a cabo una u otra acción supone no sólo centrarse en cómo, sino en el entramado social que lo envuelve, haciendo que una decisión que parecía simple y en cierta medida unidireccional, se convierta en una posibilidad compleja para entender no sólo el contexto y la toma de decisiones, sino los agentes y mecanismos socializadores causantes del mismo.

Siguiendo a Perdiguero (2009), sería útil que abandonásemos la rigidez de los modelos de uso de servicios sanitarios que no consiguen entender la inextricable naturaleza social, cultural y biológica de la salud y la enfermedad.

¹¹²Este concepto está desarrollado en el marco teórico y en la parte de análisis cualitativo en puntos posteriores.

CAPÍTULO 17: UNA SALUD FEMIPATOLOGIZADA

17.1 CUANDO LA EUGENESIA¹¹³ SIRVE PARA DESMITIFICAR LA SINRAZÓN DE LAS PATOLOGÍAS.

“Yo creo que la mujer es muy exigente con ella misma, todo parece poco, no solamente tienes que ser trabajadora, tienes que ser una madre estupenda, una amante estupenda, una mujer estupenda, tienes que ser artista, creativa, leer libros y por supuesto estar estupenda de la muerte”[MJ]

Es imposible hablar de expropiación de la salud sin posteriormente hablar del por qué, especialmente cuando el desarraigo afecta cuasi exclusivamente a las mujeres. Y es por esta razón que a lo largo de este capítulo hablaremos de la feminización de las patologías como punto de partida para desmitificar que no hablamos de un estado patológico natural sino de enfermedades tratadas desde una *naturalidad artificial*.

No solo es conveniente hablar de las profesiones feminizadas o de la feminización de la pobreza sino también del malestar feminizado, cuyo impacto de salud en las mujeres genera una continua situación de malestar. Hablar de la feminización de las enfermedades es hacer frente y visibilizar una realidad.

El corpus médico atiende a un ideal inacabado de justificar todo en base a una racionalización donde tecnología y medicalización son necesarios y naturalizados para mantener un sistema de bienestar que se sustenta en una idea universal de lo biológico como punto de partida para una vida plena.

Esta apropiación biologicista genera que el argumentario para tratar lo que se ha denominado *enfermedades periódicas*, De nuevo vuelvo al argumento inicial del que parte esta tesis, y es que acuñar determinadas enfermedades como hechos propios de las mismas, es decir, naturalizar los problemas hace que las investigaciones científicas

¹¹³ Eugenesia: 1.f. Aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana. (RAE)

giren en torno a tratar farmacológicamente esos problemas pero no a encontrar razones sociales y culturales del porqué son frecuentes en mujeres.

Hablar de la feminización de las enfermedades supone visibilizar que las mujeres sufren determinadas experiencias que luego son convertidas en patología, no por genética, sino por una gravitación de factores socioculturales que alteran la fisiología y por ende cambios en los procesos naturales, quedando afectada, especialmente, la parte emocional y haciendo que las influencias ajenas queden suspendidas.

“Yo creo que mi hermana en algunos momentos sí que tenía movidas en casa por estos temas, porque además, pues yo que sé, era justo la etapa de la adolescencia, eran etapas en la que yo veía a mi hermana más preocupada pues porque iban al endocrino, iban a médicos o tomaban algún tipo de pastillas o hacía más deporte o así, o sea, yo sí que situaba, recuerdo alguna situación así un poco tensa que puede que tenga que ver con aquello, pero claro al hermano pequeño le ocultaban y a mí nadie me explicó que es lo que estaba pasando ni se me preparó en ese tipo de situaciones para entender en lo que luego iba a ser mi vida”. [G]

Ya se ha explicado la necesidad de no hablar de un problema propio de las mujeres, sino que se produce en las mujeres, lo que permitirá atender a la cuestión del tabú social como mecanismo limitador en la comprensión y expresión libre de las dolencias y estados de ánimos.

En este sentido, etiquetar como enfermedades formas de sentir y actuar, derivadas de un tabú social impuesto e implícito¹¹⁴ ha hecho que las intervenciones o los límites para acuñar estares como patologías estén condicionados al uso de la medicina,; de ahí que los márgenes sobre cómo actuar considerando la realidad del problema se disuelvan y se cree un espacio inquietante para la práctica sanitaria, haciendo que la intervención de los cuerpos quede alejada de la subjetividad y el control de sus protagonistas.

¹¹⁴ Hablamos de las experiencias de la menstruación y la menopausia, por ejemplo, que aún hoy son percibidas como una cuestión de las mujeres, y que a nadie más le interesa. Así como los tratamientos que puedan llevarse a cabo. De la misma manera hablaríamos del tabú que supone tener un problema alimentario como la anorexia y la bulimia, casos que siguen llevándose desde la absoluta discreción.

17.2 UN GUIÑO A LAS RESIDENCIAS UNIVERSITARIAS

En consecuencia con lo anterior ante esta feminización de la salud se considera necesario dar un espacio a la conexión entre colegios femeninos y problemas alimentarios. Y para ello, tal como se ha expuesto, el tabú social y la falta de tratamiento o intervención desde un sistema no basado en lo biológico y lo clínico, es pieza clave para entender y actuar en lo que ocurre en colegios y residencias estudiantiles.

Este punto surgió a lo largo de la investigación realizada en EE.UU. La cantidad de estudios de investigación sobre anorexia y bulimia que apuntaban a un incremento considerable en los colegios y especialmente en época universitaria era relevante. Unido a esto exponían la urgencia de visibilizar lo que ocurría en las residencias universitarias donde detectaron un asentamiento sobre todo de la anorexia pero también de la bulimia.

Al mismo tiempo, en una de las entrevistas realizadas a un chico que vivió toda su etapa universitaria en un colegio mayor, expuso dicha situación afirmando que efectivamente en los colegios se palpaban este tipo de problemas. Bajo este techo de la feminización de las enfermedades, son las adolescentes y jóvenes quienes están sufriendo de forma más acuciante e invisible este malestar.

En el caso de España, nuevamente apuntamos a la escasez de estudios que centren la atención en cómo el paso hacia un cambio de vida más autónomo e independiente, puede ser un buen escenario y desencadenante de estos problemas. El estrés, nuevas relaciones, la reubicación geográfica, el éxito social, la presión por parte del ámbito familiar en sacar buenas notas y las nuevas experiencias en la construcción de la identidad, entre otros factores encadenados, son *catalizadores positivos* en el desarrollo de estos problemas alimentarios.

“(...) Sin embargo en la universidad tuvimos un caso muy cercano que además nos tocó colaborar para intentar solucionarlo, además era un contexto en un colegio mayor que esa chica estaba en, era una chica, que estaba alejada de su familia, que desde el principio nos chocaba a la gente que éramos un poco más mayores que ella, es que la familia siguiera confiando en que su hija viviera en

otra ciudad, el problema, además gordo que tenía y que arrastraba desde la adolescencia, incluso que hubiera permitido llevarla a otra ciudad cuando sabían que su hija tal, entonces también hacíamos, las personas que sabíamos eses proceso y que nos habían pedido que colaboráramos, había amigos y amigas más cercanos a esa chica, que incluso asistieron alguna charla de la psicóloga que estaba con ella, y a los que no éramos tan cercanos que lo conocíamos y demás pues sí que, incluso nos dieron alguna pauta, cuando nos sentábamos a cenar al comedor, pues intenta servirle siempre, intenta servirle una cantidad que esté bien, porque le han dicho que ella no se tiene que servir... bueno no sé, había ¿no? una especie de agenda de cosas por hacer y acompañamiento que nos tocaba hacer, como amigos y amigas de 19 años, o sea, fue duro pero fue un aprendizaje” [G]

Patrones supuestamente marcados por la adolescencia que se instalan de manera sólida en la universidad sobre todo si la transición a la vida universitaria también supone no solo independencia sino responsabilidad.

Estos espacios son definidos por las relaciones, por las estructuras de poder que adoptan unas y otras, por la posición social de sentirse protagonista y tener éxito a través de la dimensión simbólica e interpretación de los cuerpos, por la manera en desarrollar las relaciones interpersonales y la idea del capital como símbolo de posición social. Ahí el rol del género y el uso de las responsabilidades que difieren entre hombres y mujeres no son las mismas y por lo tanto en las demandas del sistema son ellas las que se sacrifican e incluso si es necesario con su vida para ostentar un rol de éxito basado en la estética del cuerpo.

“(...)tirando del hilo nos dimos cuenta que muchas otras chicas del colegio mayor también sufrían o habían sufrido trastornos de la conducta alimentaria, que bueno, por circunstancias pues iban tirando para adelante, pero en todos aquellos debates lo que sí que apareció como muy preocupante era la situación de los colegios femeninos que nos rodeaban, entonces yo no sé si fue en los meses en el que ese era el tema que nos preocupaba y todo el mundo hablaba de eso, pero nos contaban barbaridades, de que en los colegios femeninos había quedadas y había grupos de apoyo un poco para defenderse y ocultarse, entonces yo creo que ahí buscábamos información también, ahí tomé un poco conciencia real de lo que pueden ser los trastornos de la conducta alimentaria, y después sí que es cierto que un amigo que luego resultó ser homosexual, también tenía muchas subidas y

bajadas y lo vinculábamos al tema de autoestima, de no tener pareja, y a partir de ahí, bueno, creo que no lo he sentido tan cerca pero está a la orden del día” [G]

No solo puede suponer un riesgo la transición a la vida universitaria sino los espacios en los que se vive dicha transición en tanto que partícipes de la satisfacción personal, de la gestión y control de los momentos de más estrés, de las nuevas relaciones y parejas que puedan surgir, de las fiestas, y de la manera de conseguir el cuerpo perfecto a través de dietas y deporte.

Con esto no se pretende alarmar sobre que la universidad o las residencias y colegios universitarios sean el caldo de cultivo de malestares femeninos, sino señalar que la mayoría de estos estares y necesidades vienen de antes. Es preciso trabajar en uno de los espacios más importantes y necesarios por su especificidad, y falta de investigaciones en España.

De hecho reparar en este contexto predisponente del fenómeno surgió en mi estancia en la Universidad de Berkeley accediendo a un estudio de la Universidad de Stanford cuyos autores Lesar, Arnow, Stice, & Agras (2000), decían:

“Los años de universidad, sobre todo el primer año, es un período de tiempo infame para ganar peso las mujeres. Como se mencionó anteriormente, con el creciente aumento de peso de la población estadounidense, supone además una mayor conciencia de la imagen corporal para ser más delgada (...) De acuerdo con el estudio, las escuelas privadas mostraron a estudiantes con más presión, por parte de los padres y los compañeros, que la llevada a cabo por las escuelas públicas. Una relación positiva fue descubierta entre la frecuencia de trastornos de la alimentación y la escuela privada”¹¹⁵

Aunque este estudio se centra en el papel que ocupan las escuelas privadas norteamericanas, de igual forma se puede utilizar dicha argumentación cuando un/a adolescente tiene que ir a una Universidad fuera de su Comunidad Autónoma, cuyos gastos, en el 99% de los casos, son financiados por la familia y por tanto vemos una explicación de cómo la clase social en este punto adquiere importancia y en la mayoría

¹¹⁵ TP

de casos el prestigio y éxito social que se exige junto a una carga de responsabilidad hace que muchas veces sea una situación difícil de gestionar, haciendo que la universidad se convierte en un entorno susceptible para padecer problemas alimentarios.

"Aunque varios estudios han demostrado que las mujeres en sus más de veinte años y mitad de treinta, desarrollan trastornos de la alimentación con mayor frecuencia, los múltiples factores de estrés asociados con los cursos de la universidad, en unió con una nueva independencia (sobre todo después de que los padres dejen de controlarlas y orientarlas), proporcionan un entorno susceptible en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Además, la prevalencia de los trastornos de la alimentación parece variar entre las diferentes categorías de las universidades (privadas, públicas, de filiación religiosa" (Riggins, 2008:11)¹¹⁶

Parece que, y de acuerdo con las investigaciones realizadas en Estados Unidos, se confirma una relación consustancial entre la prevalencia e incidencia de anorexia y bulimia en las universidades como mecanismo de control sobre sí mismas, cuando se encuentran en estado de susceptibilidad, por presiones de la cultura y el núcleo familiar que las ahoga a un malestar continuo, el cual es expresado a través de los símbolos y expresiones corporales.

La posibilidad de seguir investigando sobre el asentamiento de los problemas alimentarios en los espacios universitarios recae, sobretodo, en trabajar los tabúes que lo acompañan: comprender el diálogo que se establece entre la juventud y observar los comportamientos y roles que se gestan en espacios como esos.

Cabe argüir además sobre la existencia o no de diferencia en cuanto a prevalencia entre aquellos colegios mayores femeninos y los mixtos, de tal manera que el análisis arroje los puntos comunes y sensibles del problema adoptando mecanismos de intervención que ayuden a solucionarlo.

¹¹⁶ TP

CAPÍTULO 18: EL CORPORATIVISMO FARMACÉUTICO, UN LUGAR INHÓSPITO

18.1 EL FÁRMACO: LA SOLUCIÓN (PASAJERA) DE LOS MALESTARES

“la medicación, por ejemplo, es una forma de estar bien instantáneamente, o sea, tú te tomas dos pastillas antidepresivas y a la tercera estás dando saltos, y te acomodas en ese colchón de bienestar y vas siguiendo con tus pastillas y felicidad, aunque tu sigas teniendo los mismos problemas y lo sigas sin contarle y sigas teniendo el, la misma situación y todo [Y].

El fármaco ha sido el *protector* de los malestares manteniendo a las mujeres calladas, sufriendo y sintiéndose incomprendidas. A lo largo de las entrevistas realizadas se ha visto cómo las mujeres acuden a los psicofármacos como una manera de *curar* sus malestares psicológicos eludiendo causas originarias de la somatización que sufre el cuerpo, e invisibilizándolos a través de los síntomas.

“¿Pero sabes qué pasa? Que empecé con el tratamiento y parecía que en vez de ir a mejor iba a peor, porque empecé a bajar de peso, me quedé...parecía un muerto viviente, claro ya mi tío dijo, ¿aquí que está pasando?, era porque vomitaba más, el estrés del trabajo me estaba afectando muchísimo más, como no dormía nada la medicación para mí me resultaba muy fuerte, el dolor de estómago por las tardes, las noches sudando, lo pasaba pero fatal, fatal, fatal, y la psiquiatra me decía que no me preocupara que eso era así... desde que llevo con el tratamiento no duermo, desde el 2011 no consigo dormir, lo llevaba muy mal, ahora ya consigo llevarlo bien (...) Estoy tomando por las mañanas estoy tomando dos de Adofen y uno de Acomicil, luego para comer estoy tomando un Adofen y un Acomicil, y para cenar estoy tomando dos Acomicil” [L]

En las entrevistas y grupos de discusión, todas afirmaban haber padecido alguna serie de dolores derivados de la menstruación, menopausia, e incluso sensaciones desencontradas cuando se trataba de alimentación, hábitos o problemas derivados de ello, añadiéndose además estados de ansiedad, fatiga o depresión.

Por otra parte, los hombres entrevistados mostraron no haber sufrido problemas como los arriba mencionados, al menos no en tal medida, y otorgando poca importancia a la problemática en sí. La situación de malestar por la que pasan las mujeres adquiere un tinte de normalidad por lo que los hombres llegan sentir indiferencia por el sufrimiento de ellas, en tanto que es propio de las mujeres.

“Yo eso nunca, mi mujer toda la vida con algo, pero yo por suerte nunca he sufrido nada de eso en mis casi 66 años de edad. Yo creo que eso les pasa a ellas por alguna cosa del cuerpo, porque casi todas las mujeres del pueblo que conozco se toman pastillas. Bueno a ver, yo tomo pal colesterol, pero de cosas esas de ansiedad y nervios, y mareos y dolores y no esas cosas no, nunca” [X]

“Pues no, jamás. Mis colegas tampoco. Eso es de mujeres lo de las hormonas esas siempre tienen algo, no se eso dicen, yo de eso no entiendo mucho” [T]

El fenómeno M.E.M, adquiere un matiz muy importante, y es que no entiende de fronteras urbanas y rurales. Como se expone arriba, la entrevista realizada a [X], un hombre que ha vivido toda su vida en el mundo rural, frente a [T], un chico joven que vive en el mundo urbano, coinciden en sus respuestas de que los malestares son fruto de una cuestión hormonal-fisiológica y no es propio del hombre.

Otra de las cuestiones suscitadas es la manera que los hombres tienen para gestionar sus malestares, porque aunque no sean conscientes de ello sí afirmaban tener periodos en los que tenían problemas que les afectaron, como por ejemplo quedarse sin trabajo u otro tipo de problemas más íntimos, especialmente los relacionados con el núcleo familiar.

Los comportamientos y actos adoptados entre hombres y mujeres difieren en tanto que ellos no recurren a la medicación como una vía de desahogo y olvido, ni tampoco a la expresión y comunicación a un entorno.

“Me ha costado mucho controlarlo, o sea, no he tenido una fórmula, a lo mejor como un poco a salir adelante, muchas veces recurría a que llegara el fin de semana y a salir ¿no? De un tiempo a esta parte sí que hay cosas que me relajan, que me ayudan a conectar, más relacionadas con ocio cultural, ver cine, pero no

me considero, o hasta ahora no me considero, una persona que hasta ahora haya tenido muchas herramientas así para gestionar, para gestionarlo mal sí, o sea, el salir de juerga o el pagar luego las personas que están alrededor ¿no?, malas reacciones o malos comportamientos” [G]

“Pues bueno hombre ¡Pero eso todos! Si a ver, eso de casa pues sí que a veces no me contaban nada mis hijos, yo trabajaba y aunque mi mujer luego trabajó pero ella tiene mano, sabes, quiero decir, que ella sabe cómo hablar con los hijos, yo me cuesta más, pero no por nada sabes, pues porque es así, las mujeres sois más habladoras y eso pues se nota en eso, sabes, digo yo eh? y yo creo que por eso luego se estresan, que le dan importancia a todo, ¿me entiendes lo que te digo? Y no la culpo eh? Pero bueno, eso” [X]

La responsabilidad en los cuidados y en el hogar sigue siendo una tarea individual, propia de ellas. La falta de colaboración, de adecuación de las leyes a una realidad y la grave normalización, genera una dependencia farmacéutica, entendida como el mejor camino ético y moral para que las mujeres puedan ostentar el bienestar social, desde una visión ético-capitalista pero no desde una postura ético-moralista.

Pero ante esto, ¿Quién sería capaz de criticar el uso de la psiquiatría y la categorización de patologías sin causa justificada, así como el tratamiento innecesario? El imperialismo psiquiátrico ha hecho de las enfermedades la *caja de Pandora*, en tanto que menstruación, menopausia y problemas alimentarios están siendo tratados como estares anormales, reducidos a la locura del autoengaño y haciéndoles presentes en sus debilidades. La medicina no está exenta de ese mecanismo y con la categorización de *enfermas* consiguen superar el *desastre natural* del sexo femenino.

“Ahí hay muchos intereses, dicen que es la segunda fuerza más potente, la farmacéutica, entonces, partiendo de ahí, pues quien manda en el mundo ahora es el dinero, quizás hace ya muchos años que siguen mandando el dinero, pero el ritmo era distinto, pero actualmente, ya te dicho, para mi es que somos piezas de una cadena de producción, que estás malo, fantástico, te tomas una pastilla y a trabajar... y luego los intereses, para qué quieren curar a nadie, si el objetivo no es curar, el objetivo es si estás enfermo tienes que tomar todos los días una pastilla. [MJ]

Afirmar esto es dar la razón a los principios que marca el DSM V; es invitar a las personas a padecer afecciones que previamente no eran propias y para ello hace falta victimizarlas y despojarlas de la capacidad de razonamiento y experiencia para someterlas a los intereses de la biomedicina en el más purista de sus estados.

Frente a esto, se abren dos frentes, cuestionar por qué ante sentimientos similares surgidos entre hombres y mujeres, tal y como ha salido a lo largo de la investigación, siguen siendo ellas las que deben asumir esa carga de *enfermedad periódica* y crónica; y por otro lado, la hipermedicalización y las responsabilidades derivadas de esa carga.

Cabe preguntar entonces, hasta qué punto es legítimo vulnerar el derecho de las mujeres a tener una vida sana y digna, a través del abuso de la farmacopea. Lo ético-capital predomina sobre la moral del hábito y la decisión propia, lo que apunta a una sociedad basada en una ética separada de lo moral. Entendiendo por ética lo abstracto y universal, y por moral las vivencias propias de las experiencias de las mujeres (Kleinman, 1995).

“Quizás son cosas que, no sé, hablamos de que están culpabilizadas, y hay que ocultar, no digo que haya que alardear, pero si visibilizar, porque te dicen, es que claro está con la regla, es que fíjate, no sé, no es algo bueno eso para nosotras”[G.D.3.4]

En estos casos, siempre surge el conflicto y la duda acerca de la legitimidad de estas epistemologías que provienen de círculos de poder. También en las políticas públicas existen puntos de controversias y discrepancias en la categorización de *enfermedades al uso*, es decir aquellas que han sido inventadas por los intereses ajenos caso del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM)¹¹⁷, y que han fagocitado la moral basada en la decisión propia, individual y colectiva desde los valores y principios sociales para el bienestar común, creando una moralidad cuyas decisiones no dependen del propio sujeto, sino de la relación con el contexto y desde las demandas ajenas, propia en este caso, de la ciencia. Entramos entonces a clasificar y discernir entre la *moral científica* y la *moral sujeto-social*.

¹¹⁷Ha sustituido al anterior Síndrome Premenstrual, y que ha supuesto un mayor agravante de signos y síntomas.

“A ver lo primero, a mí me parece que tratar el síndrome premenstrual como una enfermedad, a mí no me parece bien, de la misma manera que tú estás embarazada y no enferma, y si estas premenstrual, estás premenstrual, yo lo veo así, y luego la excesiva medicalización, pero también en la ansiedad, la depresión, nos dan pastillas y así lo solucionamos y no vamos al fondo de problema”

[G.D.3.4]

Ahora, problemas comunes como calambres, dolores menstruales, sofocos, cambios emocionales y anímicos¹¹⁸, se consideran lo suficientemente graves como para diagnosticar a la persona de enferma. No cabe discutir acerca de las discrepancias que estas afirmaciones han teñido al mundo académico y sanitario, pues ¿hablamos realmente de enfermedades que constriñen la salud de las mujeres? o ¿hablamos de una inflación del diagnóstico médico, por tanto, del interés del capital por fuertes tratamientos y gasto farmacéutico?¹¹⁹

“Yo creo que los dolores de menstruación, de parto, lactancia, etc., son heredados, si tu madre ha vivido la regla como algo natural, algo normal, algo que no le imposibilitaba un día a día normal, era simplemente pues a lo mejor una molestia, pero algo que, tú lo vas a vivir como algo natural, si tu madre se metía en la cama cuando iba a tener la regla porque es que no se podía, tu ese miedo lo heredas y al final lo acabas reflejando” [M]

Es importante remarcar, dadas las respuestas en las entrevistas, que en el caso concreto que aquí se muestra el DSM V no contempla factores socioculturales o la transmisión de valores en el ámbito familiar. Los signos y síntomas que muestran las enfermedades vienen condicionadas por la cultura de la sociedad¹²⁰ y por ello el uso de

¹¹⁸ En ningún momento se entiende como problemas comunes los ovarios poliquísticos, la dismenorrea o la endometriosis, entre otros, ya que son problemas más graves, en el caso de la menstruación. Aunque si bien es cierto que no se habla de ello en la tesis, la autora defiende, tras conocer la experiencia de otras mujeres, que es posible tratarlos con terapias alternativas, cambios en la alimentación y mayor reconexión con el cuerpo.

¹¹⁹ Un dato a tener en cuenta: el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) se ha pronunciado negativamente que el enfoque en el que se basa el DSM, es indemostrable, afirmando que las pruebas válidas para la categorización de diagnósticos debe basarse en las pruebas racionales de laboratorio.

¹²⁰ Ejemplo del mismo, el Síndrome del semen perdido (India o Sur de Asia) que viene caracterizado por fatiga, ansiedad o culpabilidad hacia los hombres. Un caso de una enfermedad ligada a la cultura, aunque los hechos muestren de problema social y psicológico.

la medicalización sería más bien un instrumento de placebo que no la solución en sí.

“Las farmacéuticas están engañando al público haciendo creer que los problemas se resuelven con píldoras. Pero no es así. Los fármacos son necesarios y muy útiles en trastornos mentales severos y persistentes, que provocan una gran discapacidad. Pero no ayudan en los problemas cotidianos, más bien al contrario: el exceso de medicación causa más daños que beneficios. No existe el tratamiento mágico contra el malestar” (Frances, 2014 en El País)¹²¹

Es por todo ello que, siguiendo con las teorías de Illich (1975), hablamos de que la locura premeditada de las grandes corporaciones ha destruido el potencial de las personas haciendo que una sociedad que presume de bienestar y mejora de la calidad de vida se vea ocupada por las dolencias y sufrimientos. Cada vez se vive en un mundo mejor, en términos de confort para la salud, pero más medicalizada e instrumentalizada.

Hoy en día, la sociedad enseña a las mujeres a sufrir y al mismo tiempo a tener que paliarlo, haciendo que el dolor que puedan experimentar en sus procesos naturales sean intolerantes e incompatibles en la vida del ser humano; lo cual ha provocado tal sensación de ahogo que la solución a poner fin a un malestar es la creación de otro malestar: la hipermedicalización y la enfermedad. Una dinámica que funciona en espiral ascendente, siendo cada vez más compleja y dañina.

Una cultura que avanza beligerante contra los procesos vitales de las mujeres, es una cultura enfermiza que desprecia o desvaloriza a las mujeres menstruantes, las mujeres embarazadas, las mujeres menopáusicas o mujeres con problemas emocionales.

La ampliación y pérdida de los límites de la medicina en los diagnósticos de nuevas enfermedades ha creado una sociedad que llega a enfermar por cuestiones como vejez y nacimiento; es decir todo lo que afecte a las sexualidades y la infidelidad, induce malestar social que afecta a toda la esfera en la que se relacionan los individuos.

Se habla de ansiedades y angustias en el plano laboral, de la crianza, relacional, nutricional, generando desequilibrios que dañan la psique de las personas y por ende,

¹²¹ Enlace a la entrevista completa: http://elpais.com/elpais/2014/09/26/ciencia/1411760322_659498.html

precisan de tratamientos de urgencias.

El planteamiento lógico de las variaciones del paso la vida y de las nuevas formas de relacionarse, sentir y expresar las sexualidades, de la aceptación de los cuerpos diversos ha caído en el olvido, construyendo una sociedad fóbica de todo lo que tenga que ver con el cuerpo, la estética y las formas de relación. En este sentido, toda persona tiene el riesgo de padecer un daño biológico puesto que el continuo etiquetaje de aquello que se sale de la norma, convierte a la sociedad en una marea de personas enfermas.

La necesidad de obtener buena salud y entrar en los cánones de lo sano adquiere el impacto contrario, es decir, que todas las personas tienen algún tipo de problemas y necesidades que al no corresponder con lo que se entiende y demandan como buena salud las convierte en enfermas de por vida.

Esta fuerte ocupación y avasallamiento de la ciencia, especialmente de las industrias farmacológicas, ha supuesto que el Consejo de Europa aprobará en la resolución del 29 de Septiembre de 2015¹²² la necesidad de pedir medidas contra la corrupción de los corporativismos farmacéuticos.

Algunos puntos de la resolución:¹²³

5. En los últimos años, a pesar del aumento en el número de nuevos medicamentos introducidos en el mercado, ha habido muy pocos que presentan un beneficio terapéutico real, la satisfaciendo las necesidades de salud reales. Además, hemos visto un aumento en el precio de los medicamentos, supuestamente justificada por el coste de la investigación y el desarrollo, que sin embargo sigue siendo opaca y ampliamente discutida. El precio exorbitante de los tratamientos contra el cáncer y la hepatitis C es de particular preocupación. Los sistemas de salud públicos se enfrentan a constantes aumentos de los precios en esta área, poniendo en peligro su capacidad para cumplir con su función.

¹²²Enlace a la información: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=22154&lang=en>

¹²³ TP

9. *Con el fin de garantizar la viabilidad de los sistemas de salud y la accesibilidad de medicamentos asequibles e innovadores en el largo plazo, la Asamblea pide a la Organización Mundial de la Salud presentar alternativas al modelo actual de la innovación farmacéutica basada en la patente.*

10. *Por último, la Asamblea hace un llamamiento a la industria farmacéutica, incluidas las empresas y asociaciones, a redoblar sus esfuerzos para aumentar la transparencia y cooperar más estrechamente con las autoridades públicas en el sector de la salud.*

La salud ha pasado a ser capitalizada y mundializada; la ética y la moralidad propias de una buena práctica sanitaria han quedado reducidas al interés del capital frente a lo humano. El avance de la sociedad posmoderna ha desequilibrado este orden moral, y ético de lo que es legítimo o no hacer, decidir, imponer o actuar. Lo colectivo se ha esfumado y la individualidad y el ejercicio de libertad y la responsabilidad han quedado reducidos al designio e interés de grandes industrias y de la ciencia.

Los desarrollos científico-técnicos han creado un cúmulo de conflictos con otras disciplinas de carácter más social, lo que ha generado que la emergencia de la atención y cuidado recaiga únicamente en la persona en sí, en tanto individuo orgánico, sin que estas prácticas se efectúen desde el corazón de la ciencia en vinculación con las teorías socioculturales como puede ser la antropología. La locura ya forma parte del individuo, y la dimensión global y cultural que explica la razón de hacer y ser ha quedado disuelta en el entramado de la farmacopea, cuestión que se abordará a continuación.

18.2 INSPIRANDO A LA LOCURA.

La construcción social de las enfermedades lleva implícito la construcción económica de las enfermedades, ya que toda patología lleva inherentemente un tratamiento médico, y a ello no se escapan aquellas construidas social y culturalmente, y que hemos llamado como malestares.

Hoy día problemas como la ansiedad, la depresión, la angustia, la insatisfacción o la frustración están tratados desde la atención del corporativismo médico; es decir,

enfermedades de tratamiento funcional sin causa orgánica justificada basadas en consideraciones biológicas y diagnósticas y sustentadas desde la marca del DSM, que hacen que la medicalización se haya convertido en un proceso crónico que genera malestar social.

“Yo creo que al final es eso, es el capitalismo que a través de su presencia omnipresente, valga la redundancia, tiene que afectar a todos los niveles y si tiene que llegar a controlar algo tan natural como el periodo, los procesos de reproducción del ser humano va a llegar.” [G]

“Medicarte es como querer poner una fachada para aparentar que se está bien” [Y]

Una situación o proceso que se manifiesta en todas partes y producida por un cierto hastío que llevan las personas dentro y que padecen todas las mujeres del mundo ¿es realmente una enfermedad?

“Yo pienso que es tipo la teoría de la conspiración, hay una política de direccionar hacia un lado lo que ellos quieran conseguir, y detrás de ello tal vez haya farmacéuticas grandes que producen medicamentos para tal” [S]

Uno de los errores que sigue ejerciendo la medicina en el tratamiento de las mujeres es que a pesar de las investigaciones que muestran la diversidad de métodos, acciones y tratamientos posibles, siguen actuando desde la lógica del curar tecnificada y que elude el derecho a los cuidados.

“Me hacían seguimiento de una consulta de media hora cada ¿tres meses? y en la consulta esa por ejemplo, o sea no me preguntaban, y porque te ha pasado esto, y porque sentiste en este momento, no, era, ¿has dormido bien? ¿Has tenido pesadillas? ¿Oyes voces? ¿Comes bien?, y entonces yo me quedaba así como diciendo, jo y para esto me estoy ultramedicando aquí tío, no sé, y no me sentó nada bien (...) y le dije, no es que no quiero pastillas, y no quiero psiquiatra para que me de medicación para estar bien, o sea, yo quiero a una persona que me escuche” [Y]

No solo los estudios muestran la falta de atención médica, sino que las mujeres también han demandado una mayor atención y empatía, como el caso de las

intervenciones premenopáusicas, cuyo tratamiento pasa por la esterilización o la histerectomía, o en lo que afecta a la menstruación se centra en la invitación a someterse a una serie de tratamientos farmacológicos para atenuarla o erradicarla.

“Yo es que me quede flipando, como te lo digo, voy al gine y lo primero que me suelta es si quiero quitarme la regla. Fíjate que no sabía ni que eso existía, esa posibilidad, y vamos me quedé de piedra. Le dije que no pero es que pensándolo ahora en plan bien, ojalá lo hubiera sabido antes y le hubiera contestado, porque me da rabia que vayan ahí maltratándonos también psicológicamente, no sé, que flipe un montón. Pero vamos que lo mande rápidamente por WhatsApp para que todo el mundo lo supiera” [G]

A pesar de que no existe una evidencia demostrada científicamente, se sigue pensando en términos de erradicación como solución a todos los males. Es por eso que, mientras no se genere un salto conceptual, y se entiendan los problemas no como enfermedades sino como “desórdenes fisiológicos”, no existirá la opción de pensar en tratamientos menos invasivos.

“Nadie sabe por qué se interrumpe la ovulación, ni si quiera cuándo se interrumpe, ni qué síntomas están asociados a este hecho y no al envejecimiento, ni tampoco si es más llevadera una menopausia prematura o una tardía” (Greer, 1993:15)

Existen muchos factores condicionantes, como por ejemplo la manera en que la alimentación puede influir, algo ya constatado, en la aparición temprana de la regla o en la desaparición de la misma como el caso de la anorexia; también factores como la polución y la contaminación y los transgénicos entre otros factores ajenos al sujeto, afectando a las mujeres y siendo ellas quienes deben asumir las consecuencias.

“Cada vez se está adelantando, no sé si por la alimentación, pero cada vez se conoce que las crías la tiene antes, y eso es malo, parece ser, yo tengo mis dudas, si porque lo que hacen si la edad ósea no se corresponde, para que no se descompense o yo que sé, les dan hormonas pa’ pararles ¿no? Y que investiguen porque entonces, porque por ejemplo la alimentación, la carne de pollo que tiene muchas hormonas, en fin, y luego pagamos nosotras, es que es lo que hay, si

estamos contaminados, o sea no contaminen, cría animales que no tengan hormonas, o sea tienes que hormonar a mi hija porque tú no eres responsable, no no” [G.D.3.5]

Como apuntaba una de las informantes la invitación a erradicar la menstruación está siendo una realidad cada vez mayor que se agrava con el tiempo llegando incluso a casos de niñas de doce y trece años que no saben lo que es tener la menstruación y se les está transmitiendo el mensaje de que es normal su consideración patológica por lo que precisa de tratamiento eficaz, en incluso, precoz.

En ese mismo grupo de discusión, una de las mujeres afirmó que eso era “una barbaridad” ya que ella fue menstruante desde los diez hasta los cincuenta años y vivió su proceso menstrual con normalidad, por tanto ¿Quién tiene el derecho y la potestad de limitar la capacidad fisiológica del propio cuerpo?

De nuevo hablamos del concepto de *normalidad artificial* como herramienta hacia la tecnificación de los cuerpos, haciendo creer a las mujeres, mientras las introducen en el uso de fármacos, que están realmente enfermas mentales.

Al hilo de esto, mientras buscaba información sobre el funcionamiento de las farmacéuticas, revisé páginas webs, congresos y seminarios que hablaban sobre las enfermedades mentales, poniendo un acento diferente en las mujeres. En esa búsqueda di cuenta de quienes eran los financiadores, y a excepción de la subvenciones que algunas publicaciones o eventos recibían por parte del estado o la universidad, el grueso de la financiación procedía de clínicas, marcas de determinados fármacos y/o industrias farmacéuticas.

“(...) históricamente, las más infortunadas han resultado ser las mujeres que han creído que la profesión médica podía ofrecerles la solución para el complejo conjunto de problemas que deben superarse durante el climaterio” (Greer, 1993:113)

Las dosis de medicación recetadas están siendo cada vez más altas debido a problemas de inmunidad que están teniendo las mujeres, teniendo entonces que aumentarlos para poder conseguir los beneficios necesarios para que el tratamiento sea

efectivo, o incluso combinarlo con otros.

“Yo estoy tomando antidepresivos, eh, y, bueno es que no sé, si son ansiolíticos, es la betanon, pero es que con dos diacepanes por la noche no me podía dormir, entonces tengo que tomarme dos diacepanes y un lantanol para dormir, sino no puedo dormir, las 4 de la mañana, las 5 no me podría dormir, con mis dos diacepanes cuando , yo siempre he tenido problemas de cuello, porque tengo mucha tensión en el cuello, y me tomaba medio diacepan y me quedaba medio muerta dormida, y ahora con dos diacepanes no me podía dormir, yo alucinaba, ahora sí que descanso bien, y el ciclo lo llevo muy bien, ahora como, almuerzo, meriendo y ceno” [A]

A pesar de que ya hay casos de mujeres que han denunciado a las farmacéuticas por sufrir graves problemas de salud, con efectos secundarios de los fármacos, algunos de estos medicamentos están en el mercado en tanto que no son estadísticamente suficientes los casos como para ser retirado por alarma social.

“Yo me pongo el anillo cada tres semanas ¿no?, cada 21 días, pues a la segunda semana de ponérmelo, hacia mitad de semana o así, tengo como un día de bajón, o sea yo me lo pongo y me lo quito los miércoles, pues hacia el jueves, miércoles de después de dos semanas que me lo pongo, estoy como muy de bajón, y después de la regla estoy como muy, muy, más, como una actitud más violeta, la semana que me lo pongo”[Y]

Aun siendo claros los efectos adversos que aparecen en los tratamientos médicos, la medicina hace oídos sordos y justifica con que tiene que mantener los parámetros de la normalidad que, como se apuntaba antes, es una *normalidad artificial* que pone en cuestión los argumentos del sujeto y los contradice con las imposiciones de grandes corporaciones, expoliando así el derecho de autonomía de las mujeres.

Quisiera señalar que tal es la fuerza cultural y social de éstos fármacos, llegado incluso a naturalizarlos, que ni las propias jóvenes se plantean dejarlos a pesar de ser conocedoras de los efectos secundarios.

Esto también se ha visto a lo largo de los talleres con jóvenes, quienes afirmaban en muchos casos estar experimentando cambios fisiológicos a raíz de la toma del fármaco pero que a la par preferían sufrir estos cambios ya que según ellas podían contrarrestar sus efectos con “otros fármacos” y no estar pendiente de posibles consecuencias, como por ejemplo el riesgo de quedarse embarazadas.

En ningún momento se vio que dicha responsabilidad de embarazo fuese compartida por quienes forman parte del mismo, es decir, los varones.

“Pues que quieres que te diga, yo creo que prefiero ponerme el anillo y ya me olvido de tener jaleos en las tres semanas que dura eso puesto, para mi es mucho mejor, e incluso ya no tengo dolores, aunque en realidad nunca supe si tuve dolores (se ríe) porque desde el día que me bajo dije yo esto no quiero sufrirlo, y me fui y empecé a usar el anillo que me dijeron que era mejor y hasta ahora”
[G.D.1.1]

“Yo igual, la verdad, porque te lo controlas tú, y no tienes riesgos. En mi caso yo tomo pastillas. Cuando me bajó yo me fui con mi ama a la gine y me dio pastillas, y lo pase muy mal al principio porque no conseguían la dosis correcta, y eso fue una mierda, pero yo veía a otras amigas que les iba bien y aguanté a ver, pero al final, probé como tres diferentes y al final bien” **[G.D.1.3]**

Fue significativo como la mayoría de las chicas que participaron en el grupo estaban medicalizadas hormonalmente desde hace tiempo; es decir, muchas de ellas desde los inicios de su menstruación, haciendo que, incluso algunas, nunca experimentaron cómo fue vivir un proceso menstrual. Antes de saber de sus desórdenes fisiológicos, si es que los hubieran tenido, ya estaban bajo un estado de medicalización normalizada.

*“Mira, para mí esto es un coñazo y preferiría no tenerla la verdad porque yo solo le veo que problemas, así que como de momento eso no puede ser pues lo evito, yo siempre voy con los ibuprofenos encima ¿sabes? Porque paso de tener dolor, y los dos primeros días tenga o no tenga dolor me tomo, como prevención, y las pastillas también, que incluso hay veces que hasta me quitan el hambre, (se ríe)”***[G.D.1.5]**

No sólo se asiste a una sociedad fóbica de la menstruación, sino también a una desnaturalización de los procesos menstruales, y por consiguiente, a una normalización de su patologización.

En este grupo de discusión y a lo largo de mis años investigando y trabajando alrededor de la menstruación, por norma general, lo hombres no tiene palabra, están ausentes y su presencia solo es visible cuando se habla de relaciones sexuales, no cuando se habla de riesgo de embarazo.

“A mí me da igual, si han creado eso es por algo ¿no?, yo creo que tenemos que cuidarnos. Nosotras sabemos que a los tíos les mola hacerlo sin preservativo, y a nosotras también, es otro rollo ¿sabes? Pero para ello, si no queremos quedarnos embarazadas pues tenemos que hacer algo ¿no?, y yo creo que tampoco es tan malo, además incluso sabes cuándo te va a venir” [G.D.1.3]

“Pues a ver, lo suyo es que lo pagáramos entre los dos, pero no tenemos dinero porque somos estudiantes, y eso es bastante caro, pero mi madre lo sabe y ella me lo compra porque yo creo que ella no quiere que le dé una sorpresa algún día ¿sabes?, al final yo creo que tenemos que ser responsables”[G.D.1.5]

“Ya, pero a ver, yo eso lo discutí con mi mozo, y le dije que los dos somos responsables y yo creo que los dos tenemos que pagarlo, y a él le pareció bien, aunque esta última vez no tenía pasta y lo tuve que pagar yo, y me cabreeé con él porque para juerga si tiene pasta, al final siempre somos las mismas pringadas” [G.D.1.2]

“Ya pero tu piensa que la que te quedas con el marrón eres tú, yo paso, además si mi madre lo compra pues ya está” [G.D.1.5]

Una conversación muy interesante en tanto que muestra cómo las adolescentes diferencian las relaciones sexuales de la carga y responsabilidad que implica tener la menstruación, y la toma o no de las terapias hormonales; de hecho, en general, son ellas las que asumen la toma de decisión y crean sus propias esferas para el intercambio de experiencias, reafirmandose con argumentos bien solidificados.

Asistimos a un problema social que afecta gravemente a las mujeres, donde ellas

mismas, ante la normalidad científica y las imposiciones ajenas, reproducen cánones y comportamientos insanos del sistema. En esto, la sociedad deja de lado su responsabilidad, siendo las mujeres las únicas responsables de las consecuencias que devienen de dichos actos y vulnerando así sus derechos de ciudadanía desde su experiencia y valoración de la vivencia.

CAPÍTULO 19: HÁBITOS (DES) ACOMPASADOS

19.1 HÁBITOS CULTURALES, TRATAMIENTOS ¿CULTURALES?

Frases que dicen. Que nos dicen. Que creemos. Que no creemos. Que decimos.¹²⁴

Somos como nos vemos, o de cómo el discurso social oprime los cuerpos

Ahora que llega el buen tiempo, un poquito de dieta ¡pero eso no es malo mujer!

¡Niña! No comas tanto que te estás poniendo muy gorda

Las mujeres cuando más delgadas, más guapas estáis

En mi casa hago comida para el resto, y yo me hago otra cosa más light

Las mujeres tenemos que cuidarnos más, que siempre tenemos más problemas de salud

Ellos con su barriga cervecera están geniales, ahora nosotras, eso parece que no sirve

Yo soy consciente, pero me pesa más el necesitar estar delgada, entonces pues hago dieta

Yo estoy cansada, parece mira, como si fuésemos máquinas y ellos el combustible ¿no?

Si no es por su aprobación, nosotras no avanzamos.

Somos dependientes, pero mira aquí estoy, sin saber cómo cambiar.

Las prácticas alimentarias y las deportivas son uno de los puntos centrales que manifiesta si una persona está llevando a cabo bueno o malos hábitos. Las dietas juegan

¹²⁴ Con esta frase les invitaba a que cerraran o dijeran algo al respecto. Los textos son transcripciones literales de las diferentes mujeres y hombres que han sido entrevistadas.

un papel muy importante hacia la autoafirmación, y adquieren el significado de cuidado, aun siendo regidas por unas normas que determinan qué y cómo comer, incluso despojándolas a las mujeres de su libertad de decisión e identidad.

“Las cuestiones relativas a la toma de decisiones no solo se refieren a quién en virtud de su posición tiene la efectiva libertad o autoridad para tomar qué clases de decisiones, sin que se refiere también a las reglas y procedimientos de acuerdo con los cuales son tomadas las decisiones.” (Marion, 2000: 43)

Es por eso que hablamos de un autocuidado, y no de autoatención, en tanto que las prácticas desarrolladas en las primeras se basan en las necesidades ajenas, en lo que la medicina y la estética requieren, aun cuando las decisiones puedan entrañar peligro o repercusiones ético-morales, ya que cuidar no es lo mismo que atender.

Dentro de la pregunta realizada a la informantes de como concebían el cuidado y la atención, aludían directamente a la salud y las prácticas asociadas como hábitos alimentarios, práctica del deporte e incluso talleres o cursos relacionados con la reducción de estrés o el bienestar emocional.

Por ese motivo, se propuso un capítulo que se centrara en esto, de cómo las dietas y el deporte eran concebidas como una forma de autocuidado o como algunas expusieron de autocomplacencia. ¿Es el beneficio físico/externo obtenido con las dietas lo que lleva a convencerse de que se está una persona cuidando? A lo que aquí exponían:

“Bueno creo que hay diferentes tipos de dietas, yo cuando le decía a la gente que estoy haciendo dieta, la gente me decía ¿Tú dieta?”, entonces es cómo no, no es una dieta de adelgazamiento, es una dieta de cuidado. La dieta de adelgazamiento sí que tiene mucho que ver con, joder, pues con el bombardeo ¿no?, sufrimos de, tienes que estar guapa, delgada, eh, tal ¿no?, y sí que nos venden mucho el cuídate ¿no?, pues todas las revistas, los anuncios, toda la publicidad dirigida mayoritariamente a ¿no? que ahora se está abriendo también a hombres, pero sí que está dedicado mayoritariamente a mujeres” [O]

En una de las informantes hablaba de la necesidad de diferenciar entre una dieta de adelgazamiento y una dieta de cuidado. Si atendemos a esta separación ¿Qué diferencias puede haber entre una y otra? Como es sabido, la dieta de adelgazamiento tiene el objetivo de perder peso, pero ¿cuál sería el objetivo de la otra? ¿Es bajar kilos una manera de cuidarse? ¿Es el cuidado una manera de tapar la voluntad de adelgazar? ¿Dónde está el límite entre ambas?

El riesgo en ambas es el mismo si atendemos al mensaje del *cuídate y come sano* como una forma de sentirse bien con lo que la sociedad dice que es lo correcto. Complacer a través de hábitos alimentarios.

“A ver creo que hay un punto ahí que es comercial, o sea que tenemos un producto que se venda, productos bajos en grasas, no sé qué, si, tiene mucho de eso, pero también se podría considerar cuidado. Por ejemplo yo también tengo amigas que hacen dietas para adelgazar, y si está el mensaje del adelgaza, nos gustan los cuerpos delgados.... pero hablando con amigas, también está una parte de, es que me siento, más allá de los mensajes sociales, e que me siento hinchada, no me siento cómoda, entonces también, adelgazar un poquito” [O]

La sociedad sumerge al cuerpo a un vaivén de hábitos donde necesariamente debe una regirse por las normas. Estas dietas denominadas en este estudio como *autocomplacientes* hacen que el uso y abuso continuo del cuerpo como vía hacia el éxito social a través de prácticas alimentarias sea una forma más de violencias corporales.

“Estamos bombardeadas por todos los lados, todas las mujeres que he conocido, todas, todas, han hecho algún tipo de dieta por algo, todas, y yo la primera. Es que toda la estructura social funciona en base a controlarnos, que si compra light, sin azúcar, sin trigo, luego no sé qué para los triglicéridos, ahora la dieta del verano, y yo me incluyo, pero es que como te diría, mmm, es que es como que tienes que hacerlo, es un vicio, bueno no sé si un vicio pero como es normal que las mujeres hagan eso, lo haces, no sé cómo explicarte, y luego es un engorro porque te sientes mal, porque eres la única de la familia que no puede deleitarse con un helado o dulce, y si lo haces, también te sientes mal, así que, nos tienen rodeadas, pero ya te digo que tampoco es fácil dejarlo de hacer” [MJ]

No solo asistimos a una ética del cuidado para reflexionar acerca de las formas

alimentarias, sino que además dan información de cómo muchos de los hábitos llevados a cabo se ven distorsionados por el miedo a enfermar por el miedo a no cumplir con unos cánones. La aceptación social es un precio a pagar muy caro, el miedo al abandono, al rechazo, o no encajar en unos cánones, también es propio de la ética del cuidado. Renegar de una enfermedad, es renegar de la individualidad.

En un estudio realizado por el departamento de psicología del *Dartmouth College* citaban un segundo que decía:

“La adolescencia temprana, en particular, ha sido reconocido como un momento en el que se establecen muchos factores de riesgo para los trastornos de la alimentación. Por ejemplo, en un día determinado, aproximadamente dos tercios de las niñas de 14-18 años de edad están a dieta. Por otra parte, se estima que el 40% de las adolescentes tienen comportamientos alimentarios poco saludables o excesivos. Siendo la dieta conceptualizada como el primer paso en una espiral descendente de los trastornos alimentarios y la resultante baja autoestima que, a su vez, puede llevar a una dieta más severa desencadenando patrones alimenticios desordenados”

Cuando una persona enferma pierde los potenciales que antes tenía como herramientas de poder, pierde su empoderamiento vital. El patrimonio personal que cada quién ha ido produciendo se empobrece en sociedad por los dictámenes sociales que causan sufrimiento y malestar. Mantenerlos y reproducirlos es una forma de destruir los cuerpos y de *encajarlos* según la marca social.

La represión, la negación, la desaprobación y la desvalorización por parte de los modelos impuestos socialmente, hacen que la responsabilidad del cuidado se cuestione y prefiera atender a las categorizaciones que el sistema médico hace de las enfermedades y estados de salud. La *ética del cuidado* pretende ocupar el lugar que merece y deslegitimar las estructuras que fomentan las *enfermedades de uso social*.

La pretensión aquí es clara, construir un paradigma médico cuya tendencia se basaría en responsabilizar a las personas de todos sus actos que comprometan a la salud, dejando de lado el componente multicausal que las origina y colocar el estilo de vida en el centro de sus responsabilidades, haciendo que toda acción que rompa con el hábito

instaurado por norma, genere sentimiento de culpabilidad.

“Yo creo que es un círculo vicioso en el que aumenta una cosa o la otra, si tú no tienes tiempo para cuidar tu alimentación, comes peor, y eso coloca a tu cuerpo en un estado de depresión, o antinatural que hace que tengas menos capacidad para organizarte y cuidar la alimentación y deja de ser algo importante y en realidad puede lo que sea que te provoca el malestar y hace que te provoque ansiedad” [G]

Optar por cambiar el orden de las cosas y atribuir parte de la responsabilidad de los malos hábitos al mercado, empresas productoras, comercialización barata y comida rápida, produciría un resultado que no habla de culpables sino de supervivientes, lo que ayudará a entender el porqué de los *malestares* en las mujeres, y de las enfermedades sociales, precisando por tanto de tratamientos culturales.

La producción ha girado en torno a las mujeres, donde el hogar familiar se ha considerado como el espacio de las labores, la recolección y el abastecimiento. Han sido las mujeres las encargadas de los trabajos reproductivos y productivos vinculados a su rol de cuidadoras.

En el inicio del capítulo, se exponía una serie de expresiones, algunas en clave de humor, que representaba las realidades con las que conviven muchas de las mujeres.

“Cuanta más sana sea tu relación con la comida, menos rechazo vas a tener hacia ello, si tú sientes que te estás alimentando mal y que no lo puedes evitar porque al fin y al cabo tienes una adicción como es mi caso, pero encima no te gusta tu cuerpo por lo que sea puedes desarrollar un rechazo radical hacia la comida en general, simplemente porque no tenías una relación sana desde el principio, sí, es que está todo ligado, somos lo que comemos.” [M]

Comida y emoción marcan la diferencia entre la representación y transmisión de hábitos y la aparición de los *estares* de cada género. La manera en que transmiten esos malestares difiere en como lo hacen los hombres, y eso se debe a la importancia del rol nutricional y de cuidado que asumen ellas, ya desde jóvenes, frente a ellos.

“Por ejemplo, con la comida, lo que me pasa a mí con la comida no he escuchado a ningún hombre que le pase lo mismo, o que se manifieste el dolor, por ejemplo tampoco he escuchado, que se manifieste el dolor mental y psicológico en su cuerpo, no he escuchado, o porque tampoco lo dicen, o no lo quieren expresar ¿no?, porque son, o sea, porque creen que eso es más debilidad o, no se igual es por eso.” [Y]

La preocupación social de no implementar hábitos saludables como tener una buena alimentación y hacer ejercicio de forma regular, hace que muchas de ellas sientan haber perdido el control sobre sí mismas. En sus interpretaciones apuntaban a como la falta de cuidado les generaba un estado de frustración y de insatisfacción personal.

“Yo creo que no tenemos ni la mínima idea de lo que piensan las mujeres, y es así de jodido, y yo mismo lo he pensado de que exageran, pero luego te das cuenta que estas influenciado por tu alrededor, tus colegas y la sociedad, y el problema es que solo vemos sangre cuando hay más cosas ¿me explico?, o que solo vemos que tienen que hacer la comida, limpiar y esas movidas, y ese cuerpo lleva años agotado. Ahora que estamos hablando de esto creo y me pongo triste porque pienso en mi madre, de ehm, de que creemos que las entendemos pero nada, y no por ellas ¿sabes? sino que esta sociedad no incluye, y ellas se ven limitadas en su condición de ser mujeres, y pensando así les hacemos flaco favor, yo pienso” [G.D.4.2]

“Pues a mí me fastidia mucho tener que asumir yo eso en mi casa, porque hay días que sinceramente lo echaría todo al garete, pero no puedo, y tengo que hacerlo y me aguanto, y luego pastilla de relajarme y a dormir, y así funciona, es que no me queda otra ¿sabes? Y es muy duro porque nadie te entiende, y porque eres tú la mujer, la madre y la que tiene que asumir todo eso, da igual si hoy te has pasado horas trabajando como una loca, eso no les importa, lo que quieren es que luego mamá esté ahí dándoles todo, y es insoportable” [G.D.3.2]

Las contradicciones que subyacen en la asunción de rol de cuidado y reproducción, las agota física y emocionalmente y las expone a una constante crisis de identidad. Es necesario señalar que en este paquete de hábitos, prácticas cotidianas y crisis, las creencias, valores y conocimientos ha influido su condición social, por lo que a lo largo del estudio se habla de la interacción entre el cuerpo y la emoción.

Por otra parte la plasticidad de los cuerpos en líneas político-económicas está siendo la fuente primaria para el control de los cuerpos de mujeres, y hablar del sujeto como cuerpo es hablar de un cuerpo como campo político.

Esta dimensión de la que hablamos, la relación sujeto-cuerpo-público y político-económico da vías para manifestar el significado cultural y las atribuciones económicas que la sociedad da a lo corporal, y que tal como han expuesto las informantes, una excusa para justificar el trato discriminatorio en el ámbito laboral.

“A mí me preocupa, y me preocupa mucho, porque es una forma de dejar a las mujeres fuera del mercado de trabajo, a nivel empresarial como está ahora mismo el mercado, que pueden elegir a quien le dé la gana, explotan lo que sea...” [S]

Una de las intenciones en este apartado fue tratar con ellas el significado de la menstruación como un proceso vital y no como una patología. Momento en el que empezaron a emerger opiniones que manifestaban cómo la sociedad no las cuidaba, incluso se habló de la posibilidad de implementar las bajas menstruales como recurso y opción, evitando que en la argumentación se centrara en una necesidad por patología y verlo como una necesidad basada en la experiencia biológica.

En este debate también suscitó la duda de si era mejor hablar de bajas o de permisos, a lo que le siguió que esta opción podría ser una excusa para seguir discriminándolas especialmente se veían preocupadas por el tema laboral. Incluso llegó afirmar que la sociedad las consideraría como unas aprovechadas, y preferían pasar por esa angustia durante dos días que sentirse atacadas por lo que exponían que quizás era mejor no tocar nada.

“Uy, no lo sé, pero vamos cargarían contra nosotras seguro. Solo faltaba que dijéramos que necesitamos dos días para cuidarnos, y ojo, que yo lo voto ¿eh?, pero si supieras como me trataron con mi maternidad. Es que parece que solo seamos muñecas de papel, de esas que pueden pegar, romper y eso, que nos manejan como quieren, sin saber de nosotras, las necesidades, bueno mejor no quieren, y nosotras pues aquí aguantando, pero ¿qué te digo? bien que hayas entrevistado y salga ya esto a la luz, de una vez por todas.” [G.D.3.1]

En este punto las respuestas han estado condicionadas asocial a su experiencia, activismo o valores, y de qué manera las emociones iban surgiendo a flote según reflexionaban acerca de la necesidad. Momento en el que se observa como ante un posible cambio en la salud de las mujeres, la alarma y el miedo social prevalecen frente a la cuestión del cuidado.

Las respuestas a la pregunta lanzada en twitter¹²⁵, fue otro ejemplo que confirmó la polémica que suscita hablar de permisos menstruales. De hecho fue en ese lanzamiento donde cambié la visión para hablar de permisos en lugar de bajas.

En las interacciones y en el debate en redes se cuestionó si hablar de permiso o de baja, y cuáles podrían ser las consecuencias de ponerlo en marcha. Respuestas muy similares a las dadas anteriormente. La preocupación se centraba en cómo eso afectaría a la vulneración de los derechos de las mujeres en el ámbito laboral.

Otro de los temas que suscitó debate y una nueva línea de trabajo futura fue la vinculación de la menstruación con la transexualidad. A la respuesta de *hay hombres que menstrúan* se preguntó en qué plano quedaría la transexualidad, no sólo en lo que afecta a lo laboral sino también en las prácticas y el trato por parte del sistema sanitario. Hablaríamos nuevamente de la preocupación en lo que concierne a la posible discriminación laboral por motivo de género.

Las impresiones, las actitudes, las sensibilidades están perfiladas a la manera en que la sociedad las delimita, y por tanto las relaciones funcionan en tanto que la ciudadanía asume las leyes del comportamiento que la sociedad exige aunque en la mayoría de los casos las experiencias y los sentimientos no son tenidos en cuenta.

¹²⁵ Técnica de investigación que se utilizó para profundizar en el tema de los permisos menstruales. Está explicada en el apartado de metodología.

19.2 EL PROTAGONISMO EN EL DEPORTE: ESPECTÁCULOS EN EL ESCENARIO DE LA DESIGUALDAD.

El deporte y con él cualquier actividad física, adquiere un protagonismo en la centralidad de la vida como factor hacia el bienestar y la calidad en materia de salud, especialmente en la adolescencia y que forma parte, además, del proceso de socialización con la adquisición de valores y la construcción de códigos de conducta.

La actividad física ha permitido vislumbrar la vinculación con las desigualdades de género, en tanto que mujeres y hombres no realizan los mismos deportes. A lo largo de las entrevistas se verá la percepción y diferencia de los deportes vinculados a la exposición y proyección de los cuerpos con los que no.

Aunque hablamos en términos generales, la mayoría de hombres dedican sus actividades deportivas aquellas que precisan de fuerza y riesgo, en cambio ellas optan por las de expresión corporal y sensibilidad, razón por la cual se entrevistaron a dos mujeres que practicaban baloncesto y gimnasia rítmica, con la finalidad de conocer las experiencias de cada una, y la existencia o no de las citadas diferencias.

El deporte en nuestra sociedad está concebido como indispensable, aunque su popularización y difusión no es homogéneo ni tampoco el prototipo de personas que lo practican. No cabe argüir sobre los beneficios de la actividad física en la vida cotidiana, más cuando se practica con regularidad, pero lo que nos interesa aquí es discernir qué se entiende por deporte o práctica sana, y los usos y ausencias del mismo.

“Cuando empecé a competir en la edad del cambio, sí que fue la primera vez que me pesaron, y entonces es como que hay que adelgazar, hay que mantenerse, i ahí me creo es decir, ostras, yo nunca me había planteado qué comía o cómo comía, o si tenía o no tenía por qué comerlo, y sí que me influenció, pero en cierta medida también lo agradezco, porque yo a día de hoy hay cosas que mi cuerpo no tolera, o me sientan mal o no me han llegado a gustar por haberlas consumido en el día a día.” [R]¹²⁶

¹²⁶ TP.

En este caso se entrevistó a una chica que durante toda su vida practicó gimnasia rítmica, un deporte que prefiere cuerpos estilizados o espigados para competir y se quiso contrarrestar con los argumentos populares que afirmaban que estos deportes llevaban implícitos prácticas alimentarias y obsesiones que rozaban los límites de los problemas alimentarios. Un deporte donde las formas, las actitudes y los objetivos alcanzar puede desencadenar por una parte satisfacción y equilibrio, y por otra ser un semillero de ansiedades y malestares.

“Sí que he tenido niñas que han estado en psicólogos, pero porque también han sido muy exigentes y al mismo tiempo en un deporte muy perfeccionista (...) es como un deporte de estética” [R]¹²⁷

Una de las explicaciones por las que la gimnasia rítmica puede ser un deporte sensible a la aparición de problemas alimentarios, o en años atrás lo fue exponencialmente, es por la atracción de un cuerpo delgado camuflado a los ojos de quienes lo contemplan en el escenario deportivo. La delgadez como arte deportivo, y como sinónimo de agilidad y rendimiento.

“Sí que tuvimos un caso, también esa niña era muy perfeccionista ¿vale? Y nosotras las pesábamos, y a modo de juego, todas pesaban 31, ay mira 31, ay mira 31, ay mira 29, 31, 31,31 i era una niña que no era flaca, pero la tontería del 31, 31, 31 quería pesar siempre 31, siempre 31 y empezó, y eso su madre lo sabía ahora, lo dice ahora, mi niña tuvo anorexia y ninguna lo veía (...)” [R]¹²⁸

Por otra parte, hay una necesidad de valorar este deporte bajo la mirada de la estética corporal, alentada por un cierto protagonismo y centralidad que ocupa en el ámbito familiar como proyección del grupo; esto hace que no solo adquiera importancia la competitividad, sino también la identidad pública.

“Empecé a competir a la edad del cambio, entonces claro, yo también llegué a una temporada que yo no comía, yo era como no, no i no, incluso he llegado a vomitar i todo, pero claro me decían, que bien, después ya me decían que tenía que

¹²⁷ TP.

¹²⁸ TP

comer más, y como soy tan exigente tenía miedo a que me regañaran (...) yo he comido tan poco que incluso el endocrino me decía que no he crecido lo suficiente porque la época esa de crecer no comía, no sé si será de verdad o no” [R]¹²⁹

Pero no solo la gimnasia rítmica utiliza el cuerpo como símbolo de expresión deportiva, también lo es el patinaje artístico, el atletismo, la natación o el ballet, entre otros, que asumen riesgos con la finalidad de que el cuerpo se adapte al modelo corporal establecido.

Con esta afirmación no se pretende excluir a los hombres de la presión estética a las que también se ven involucrados, puesto que también hay hombres que practican ballet o gimnasia rítmica, pero lo que sí es cierto que los modelos cambian en tanto que suelen desarrollar cuerpos más musculados, cuyos hábitos alimentarios, por lógica, difieren.

Estas connotaciones de la gimnasia rítmica u otros deportes exigentes, no obliga a menospreciarlos por tales acepciones negativas, pero sí de re-significarlos hacia la salubridad y vivirlos como una forma más hacia el cuidado, o si se prefiere, como un reto de superación, como sería el caso de las competiciones, pero siempre desde la óptica del cuidado.

“(...) Desenfocar de una manera no obsesiva, que las niñas no, no se puedan crear una obsesión ni nada, que tú no estés mirándolas físicamente como un, como un objeto, es que es, mira hay que hacerlo de una manera divertida y que les pueda gustar” [R]¹³⁰

La cuestión por tanto es que bajo el poder que se le otorga a un entrenador o entrenadora, lo utilicen con la finalidad de crear conciencia de la importancia que tiene la salud en las vidas, si bien es cierto hay deportes que precisan de un cuidado en las formas alimentarias, no debe ser limitante y por tanto autoritario.

“Yo nunca he querido pensarlas, porque yo sé lo que, lo que, a ver, realmente yo

¹²⁹ TP

¹³⁰ TP

no les hablo, no les hablo de, sí que a las más mayores, pero porque beben alcohol, o se pueden comer donuts, ¿me entiendes? Y al decirles te quedan tres meses para la competición de España, ponte las pilas, eso es lo máximo que le he podido decir personalmente a una niña, pero de las pequeñas, pequeñitas, a lo mejor de 11 o 12 años, lo de las verduras, pero no de manera directa, como sí que he escuchado cosas, eso de hablar a los padres si hay algo que cambiar y no decirle a las niñas, ya que les puedes crear cosas” [R]¹³¹

Si bien es cierto que la entrevistada manifestó que una de las consecuencias positivas de realizar este deporte en grupo, con o sin necesidad de competir, hace que a ciertas edades se empiecen asumir responsabilidades y decisiones más maduras, en tanto que la disciplina las hace pensar acerca de qué estilos de vida quieren adoptar o qué caminos elegir.

“Es que yo creo también que el deporte te exige mucho en muchos aspectos, te exige que, en esa determinada edad, 15, 16, es la edad que tú eliges probar cosas nuevas, eliges probar a fumar, probar ese tipo de cosas ¿no? las drogas, eliges comer menos, empezar a comer mal, el deporte te exige no tener que hacerlo, porque si tú, si yo ahora mismo fumaría, no podría hacer baloncesto igual, no podría, sé que yo ahora si no comiese como como no aguantaría (...) al fin y al cabo, yo creo que empezar hacer deporte a esa edad viene muy bien para que no te vayas por esos caminos”[M]

Los grupos deportivos específicos de mujeres también tienen ventajas en la transformación y valoración de sí mismas; compartir experiencias similares hace que se naturalicen los ritmos y los ciclos. En un equipo femenino de adolescentes la expresión de la menstruación por ejemplo no solo ayuda el compartir experiencias sino que se naturalicen, haciendo que el deporte en equipo se considere como una fuente de intercambio y toma de consciencia.

“Súper natural, igual que nosotras es un tema más tabú, igual que el tema de depilarse, sí que te, súper natural, entre ellas se han ayudado a ponerse tampones y todo, es que tienes que ponerte tampones (...) no ha habido ninguna niña que no quisiera no tener pechos, o tener pelos, no tienen, no son pudorosas en cuanto a

¹³¹ TP

eso (...) todas han tenido antes la menstruación y no les ha venido como de sorpresa (...) Yo noto que las prepara mucho para la vida, el saber tolerar, compañerismo” [R]¹³²

En todo deporte puede existir una delgada línea entre la práctica sana y la que conlleva cierto riesgo, pero la formas de implicación en la sociedad por parte de las federaciones deportivas y el equipo que entrena serán importantes en temas que afectan al cuerpo, especialmente en lo estético. El trabajo que se haga con los códigos culturales del deporte será indispensable para desarrollar una educación en valores deportivos.

CAPÍTULO 20: CUERPOS HIPOCONDRÍACOS¹³³

20.1 LA ENFERMEDAD DE LOS CUERPOS

El atractivo físico ha sido el punto de partida en la preocupación de las mujeres entrevistadas, sintiendo que la perfección era necesaria para verse valorada y tener éxito social, confesando luego que eso les hacía sentir mal consigo mismas.

“(...) yo tengo una idea de que es verdad de que la sociedad ejerce una presión muy importante sobre las mujeres y nuestra visión de nosotras mismas y al final somos nuestros peores enemigos las unas con las otras, porque nos criticamos muchísimo las unas a las otras, porque hay mucha libertad y no sé qué, y todas podemos ser bellas seamos como seamos, pero luego no es cierto y somos las primeras en hundirnos las unas a las otras.” [M]

La falta de valoración e incremento de autoestima hace que haya una afectación no solo a nivel mental, sino también somático, de cómo el cuerpo se ve modificado en función de la codificación de la mente manipulada por la sociedad en la que vivimos.

El retrato social de la belleza es tan descorazonador que no es de extrañar que la

¹³² TP

¹³³ Hablo de hipocondría corporal para definir cómo las enfermedades sociales: obsesiones al culto al cuerpo generan sujetos enfermos por conseguir un ideal estético.

sociedad viva asediada por la tristeza, la depresión y los argumentos sutiles hagan que adolescentes sientan como están siendo expropiadas de su grupo de iguales por el hecho de no ser como la sociedad dicta, y no solamente las directrices sociales, sino de qué manera las tiendas y espacios de ocio y de relaciones recrean estos cánones.

“Yo creo que es con lo que juegas con, yo creo que juegas con las inseguridades de la gente para conseguir la belleza, porque si tú te quieres y piensas que eres de una forma te va a dar igual, tu belleza es tu belleza, pero en el momento que te imponen un tipo de belleza ya es porque tienes cierta inseguridad, porque si no, no cambiarías ciertos aspectos de tu vida para generar lo que quieren los demás.” [G.D.4.4]

El modelo de los cuerpos es percibido como un producto social, derivado propiamente de la cultura. En ese modelaje se incluyen un conjunto de signos distintivos en tanto que son productos sociales que han sido construidos socialmente y aprehendidos a través de categorías de percepción y de un sistema de clasificación que determina a las personas según sus corporalidades y por tanto, sus funcionalidades de producción, haciendo que la mirada social sea un factor de significación y reconocimiento en las estructuras de relación-poder.

“Mi hija que tiene ahora 11 años, pues cuando ya tenía 8 le decía a mi madre y a mi suegra que no comieran tanto que se les iba a poner el culo gordo y la niña veía la tele y tal, y claro delgada muy delgada no quería casi comer, yo llevándola al médico, las abuelas locas (...)” [G.D.2.2]

Cuando una niña de 8 años llega a tener la capacidad de saber hasta qué punto hay que comer y las razones de hacerlo o no, muestra cómo sin ser educada de esta forma en su hogar familiar, la educación que recibe proviene de los medios de publicidad y las revistas a las que ha podido acceder esta niña.

En esta explotación de los cuerpos, y aun siendo la sociedad creadora de estos modelos, la responsabilidad última, la culpabilidad y la carga recae en las mujeres.

“(...) el conjunto de tratamientos aplicados a todos los aspectos modificables del cuerpo y en particular mediante el conjunto de marcas cosméticas (peinado,

barba, bigote, patillas, etc.) o de vestimenta que, dependiendo de medios económicos y culturales, son igualmente marcas sociales que reciben su sentido y su valor de su posición en el sistema de signos distintivos que ellas tienden a conformar. Existe una homología entre dicho sistema y el sistema de posiciones sociales” (Bourdieu, 1986:185)

A esto también se han visto afectados los hombres, quizás con menor medida, pero así lo mostraron en las entrevistas, en tanto que no es el mismo peso y presión social que el que reciben las mujeres, pero sí sentían que sus cuerpos también eran utilizados como productos de la moda.

Cabe argüir si la receptividad de tales modelos de belleza afecta de la misma manera a hombres y a mujeres, pues como veremos la percepción de la importancia de mantenerse dentro de unos cánones de belleza no están tan interiorizados en los hombres como lo está en las mujeres, y por tanto las exigencias son menores en ellos.

“(…) y los tíos, o sea, los chavales no son ajenos a estos, y al final es que tienen, yo creo que se ha uniformizado, se han equiparado las, las fuentes de información de chicas y de chicos ¿no(…) pero yo creo que sí, que ha habido formatos televisivos que han roto con esa dicotomía entre lo masculino y lo femenino, y muchos personajes hombres vinculados al mundo del arte que han roto con eso ¿no? no sé si a raíz de aquella creación de la palabra metrosexual, ha evolucionado hacia otras, pero sí.” [G]

Los arquetipos de género desempeñan un papel decisivo en el desarrollo y pervivencia de prácticas corporales como productos sociales y existen toda una serie de códigos de conducta que los determina según el sexo, una serie de creencias y valores que justifican el poder del rol masculino frente al de la sumisión de las mujeres.

Bajo esta cobertura generalizada e irrefutable para la sociedad que la sustenta, por la vertebración de las identidades y las funciones que ostentan en la sociedad, las mujeres se ven sometidas a corresponder a todos los quehaceres cotidianos.

“Es que yo me acuerdo de adolescente yo es que para cuando me pude comprar un pantalón en Stradivarius o algo, es que era imposible con el tema de las tallas,

y bueno porque en casa tal, te apoyan, quiero decir es como intentas buscar otras vías, eres relativamente más fuerte o te ha pillado el mejor momento de que no te has ido y no te han cogido y te has puesto a decir me pongo como loca, porque me gusta comer, pero te quiero decir, que podía haber sido perfectamente, porque es que no entro en un pantalón, me salgo deprimida y paso de ir de compras porque no encuentro talla, yo he tenido años ese recuerdo y al final es que sales machacada, y el pensar que voy a salir por ahí...” [S]

La cirugía plástica, la moda y la cosmética han mostrado ser un aliado para las mujeres con baja autoestima y la imposibilidad de sentirse libres por la presión a la que se ven sometidas, pudiendo hablar más de culpables que de supervivientes sociales.

El cuerpo entendido en palabras de Foucault (2001), como máquina social regulado por sistemas de control como la educación, la publicidad y el mundo laboral, permite despolitizarlo y mantenerlo al margen de los procesos que lleven al análisis y al cambios. Es necesario entonces ver al cuerpo como sujeto político y de derechos.

20.2 EL ENGAÑO IMPUESTO DE LAS MUJERES.

La revolución industrial y la vinculación explícita de belleza con sexualidad y poder, hizo que la sociedad tomara el control de las mismas a través de los cuerpos, haciendo que el peso ideal bajara, los desórdenes alimentarios subieran y supuso una pandemia colectiva donde las mujeres comenzaron a politizar su salud en base a las tecnologías del cuerpo, como fue el boom de la cirugía plástica.

La presión social de la delgadez existe y el castigo por estar obesa, también. El contexto sociocultural en el que vivimos reduce a las mujeres a objetos de mercado y de consumo: delgadas, sexys, saludables o triunfadoras, el no cumplimiento de estas expectativas desborda la autoestima y las convierte en culpables y responsables por no alcanzar las imposiciones socio-estéticas, más cuando estas imposiciones no dependen de ti, de tus decisiones, sino de que te sientan o encuentren atractiva.

“No hay ocasión en que la realidad del cuerpo se haga más presente cuando se decide prescindir de ella” (Castillo, 1997:30)

Los malestares comprometen al cuerpo real, ya que ponen en riesgo a los órganos y funciones vitales, pero lo que está en juego no es tanto el drama del adelgazamiento o aquello que se hace por él –dietas, purgas, vómitos, ayunos- sino lo que desencadena, en ocasiones de forma enigmática, la estrecha relación entre sujeto y cuerpo.

En el caso de los problemas alimentarios se observa una dualidad del Yo como sujeto, es decir, por un lado el cuerpo es subordinado a una imagen idealizada y de éxito social, y por otro se tiene la vivencia del cuerpo como lastre, negando y destruyendo el cuerpo real. La necesidad de la imagen para vivir en sociedad se ha convertido en algo pasional, cuyos extremismos produce tal obsesión que la salud personal queda relegada a un segundo plano, como sacrificio al cuerpo.

El espejo en el que las mujeres se contemplan produce una imagen degradada y distorsionada de ellas mismas, una imagen que ha mostrado la sociedad en todos sus ámbitos, y que ahora las han normalizado e integrado como suyas.

“Yo considero que el físico hace mucho ¿vale?, no por la delgadez, a ver, e, yo creo que es más por la apariencia ¿no?, sí que es verdad que una chica que esté físicamente bien considero que le van a dar el puesto antes que a una persona que, pues que esté gordita o, más que nada como, por cómo funciona todo, y es así, porque yo lo he vivido” [L]

La delgadez como imagen social se ha asociado siempre al consumo y con él, el medio publicitario encargado de adoctrinar a la población a gastar cantidades de dinero para lograr el cuerpo perfecto.

“Sí, sí, y difícil de combatir, además creo que la delgadez está mal entendida, es decir, creo que puede ser más exitoso una persona que demuestra ser saludable, una persona sana, creo que esa es un poco la persona que puede llegar a ser más exitosa, que a lo mejor no es el reflejo de algunos estratos de la sociedad, vale, sí, estoy de acuerdo con eso, es difícil ahora mismo combatirlo” [E]

Es paradójico observar como el culto a la figura aparece de forma más acuciante en países donde la obesidad está alcanzando índices alarmantes, sobre todo en población joven como el caso del Estado español o Estados Unidos, sendos países donde la

obesidad ha sido declarada problema de salud pública, pero en cambio el concepto de belleza ha hecho que los índices de operaciones estéticas haya subido en aumento.

En un artículo publicado por el ABC¹³⁴ se hablaba como en Estados Unidos la industria de las dietas mueve alrededor de 33 mil millones dólares al año; la industria cosmética alrededor de 20 billones y la de cirugía estética unos 300 millones. Estas cifras no distan de la situación por la que pasa España, que en el caso de intervenciones estéticas anuales, con más de 800 personas, encabeza la lista de países de la Unión Europea, facturando alrededor de 1.400 millones de euros en 2003, superado sólo por EE.UU, Brasil y Venezuela.

Según declaraciones del vicepresidente de la Sociedad Internacional Cirugía Plástica Estética en este mismo artículo, dichas cirugías van desde los 35 a los 70 años y le siguen declaraciones de la Sociedad Española Medicina Estética defendiendo el número de cirugías y la necesidad de concienciar de la importancia que tiene invertir en tratamientos como éstos, haciendo que los cuerpos que no se amolden al ideal corporal, vean como norma la práctica de la cirugía para disminuir sus angustias y problemas emocionales relacionados con el sentimiento de imperfección corporal.

“Yo me operé los senos porque para mí era algo muy importante, te sientes inferior cuando una ve que no tiene tetas, y bueno como saque buenas notas, les pedí como regalo de reyes y me regalaron mis padres. Es verdad que se preocuparon al principio por lo de la operación y esas cosas, pero yo ahora estoy bien y feliz, aunque no descarto alguna operación más. Para mí no es sometimiento y eso que dicen, para mí es vida, es sentirme alguien. Yo sé que hay gente que no lo entiende, a lo mejor tu misma (se ríe) pero yo pienso que lo mejor es que cada quien que haga lo que quiera. Yo no me meto con nadie” [L]

La modificación de los cuerpos según las culturas y la adaptación de éstos a las imposiciones sociales, hace que la necesidad de modificar las características fenotípicas y disminuir las de las personas convierta a la medicina, y toda su industria, como

¹³⁴Enlace a la información: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-03-07-2005/abc/Economia/el-negocio-de-la-medicina-estetica-mueve-ya-casi-1400-millones-el-doble-que-en-999_203554135818.html

colaboracionistas de un racismo cultural (Stolcke, 2006) en tanto que el origen del que parten las mujeres no son aceptados en sociedad, por tanto excluyentes.

“En el colegio, yo estaba muy gordo, se metían mucho conmigo y tenía, el pecho tenía como mamas, y se burlaban mucho de mí, me humillaban, luego la chica que me gustaba no me hacía caso, pase al instituto también me veía gordo, y empecé a sentirme mal, tenía problema en casa también y empecé a buscar refugio en la comida” [B]

Puede parecer que se esté llevando al extremismo, pero el acoso escolar por ejemplo es ya una realidad. La medicina y la tecnología médica se ponen al servicio de los cuerpos y los defienden en tanto que son de interés para el desarrollo económico.

II. NARRATIVAS LOCALES

Balance de lo global a lo local.

A lo largo de los capítulos sites en el marco de las narrativas globales, se han expuesto experiencias y pensamientos de cómo entienden la salud y como se ha articulado en la vida de las mujeres entrevistadas.

La expropiación de la salud delimitada y legitimada por los procesos de enfermedad, y la salud entendida como resistencia, han sido dos de los artefactos que han permitido acuñar el término de estares salutogénicos, un mecanismo donde dialéctica y práctica pueden dirigir a las personas hacia un estado de mal bien estar.

Entender la salud controlada por los discursos heteronormativos y patriarcales que bebe de la medicina más convencional, ha generado y perpetrado unos estares impropios en las mujeres, es decir, estados biológicos convertidos en patologías, construyendo la feminización de la menstruación, la menopausia y los problemas alimentarios no como cuestiones biológicas sino como enfermedades.

Unido a esto se ha discutido acerca del papel de las farmacéuticas y de qué manera las recetas y la normalidad que se le atribuye a la medicalización es una apuesta de la medicina para hacer a las mujeres consumistas de ella.

También se ha expuesto cómo éstas estructuras marcan el papel de los roles, a través de la influencia de la cultura y del deporte, como ha sido el caso de la gimnasia rítmica y el baloncesto. Una serie de deportes que si bien es cierto requieren de una dura disciplina, pueden acarrear ciertas dificultades en lo que afecta a los hábitos alimentarios y formas de relacionarse.

La estructura social premia el capital de los cuerpos, dibujando los ya llamados cuerpos hipocondríacos, que a pesar de vociferar los malestares siguen reprimidos por el control económico-social.

Repercusiones globales que pueden conllevar una serie de consecuencias en lo local, y que a continuación se exponen. Se tratarán temas como la menstruación, menopausia, problemas alimentarios y la posición y pensamiento social de los hombres en este tema.

Se hará un recorrido por las experiencias y conclusiones que se han ido extrayendo del proyecto “No Seas PRESA de la Talla”, coordinado por la autora de esta investigación y que en este último apartado se pretende exponer un mapa de ideas, pensamiento y creencias en torno a este fenómeno.

CAPÍTULO 21: COMPRENDIENDO EL FENÓMENO M.E.M

21.1 M DE MENSTRUACIÓN: CONFUSIONES MENSTRUALES.

¿PROCESOS BIOLÓGICOS O MALTRATO CÍCLICO?

“Me parece una cosa horrorosa, lo siento, muchas veces he deseado ser hombre para no tenerla, porque yo soy de las que le duele mucho.”[M]

Existen muchas explicaciones que se han dado a lo largo de la historia para explicar el origen y las consecuencias de la menstruación, desde los pueblos primitivos de Nueva Zelanda que pensaban que la sangre era que la mujer estaba abortando embriones no formados de seres humanos como una maldición que poseían las mujeres, hasta países o pequeños pueblos rurales de América Latina donde la mujer está en relación directa con las fases lunares y las conciben como carácter sagrado.

Para mayoría de pueblos, ciudades y países como señala Douglas (1966), la menstruación sigue siendo algo sucio e impuro, sostenido por una clasificación social que la vincula a una serie de anomalías sociales reforzadas por intereses económicos y patriarcales, por tanto cabría cuestionar: ¿qué lugar tiene el tabú de la menstruación en la interpretación social?

“Un tabú feo además, y raro, y ¿desde qué percepción? personalmente he notado un cambio en la percepción y a medida que voy madurando creo que tengo más información, más... sí, conozco mejor lo que es, o he preguntado más o me han contado más, y por lo tanto pues es algo que, no sé, lo vivo con más naturalidad a lo mejor, pero lo mismo, si volvemos a la educación por etapas, la regla o menstruación cuando es adolescente no se trata, no se aborda de manera nada natural, es, es la broma, es la gracia de la regla...” [G]

Una de los temas a la hora de hablar sobre la menstruación ha sido el tabú que la rodea, propiciado por la falta de educación, la desinformación y la falta de apoyo que hace que incluso se debata la asistencia o no a clase ya que muchas niñas en la primera etapa de la regla pueden recibir insultos o burlas, lo que puede generar aislamiento y rechazo social.

“Hubo un momento que joder, al principio que lo pasé mal, porque yo fui de las primeras y todo el mundo te decía y te buscaba en la mochila a ver si encontraban compresas y esas cosas, y te preguntaba, yo recuerdo que le decía a mi madre que no quería ir, y fue duro, si” [O]

La menstruación sigue siendo una barrera que muchas mujeres tienen que hacer frente para vivir su regla de forma sana y el espacio educativo y familiar es punto clave para ello, pues dependiendo del conocimiento y la transmisión de valores que las niñas y niños adquieran de ella desarrollarán una actitud de aceptación o de rechazo.

“Mi madre se cogió un disgusto, me lo contó esto hace años, hace un par de años me lo contó por primera vez, y dijo que vamos, que le dio muchísima pena que la tuviera así tan pronto, pero claro yo ya estaba ya desarrollada (...) porque no quería ella, no, no, siempre me cuenta que se fue al río, que es como su sitio ahí ideal, con sus aguas y sus pájaros, así muy zen, y nada que se sentó a llorar, pero es que vino así tan de repente.” [Y]

“No sé, creo que sigue estando esa visión negativa de no poder ser yo, y no poder cuando no estoy con la regla hago, que es mi día normal, por lo tanto me impide, y por lo tanto es algo que rechazo, que lo oculto, que no hablo, que encima igual a las mujeres me duele, me hincho ¿no? Yo creo que se ve esa parte ahí de connotaciones negativas.” [S]

La presencia de la menstruación y la forma de tratarla depende de una serie de normas, preceptos y prohibiciones que reciben niños y niñas por parte del sistema familiar y de la cultura, además de factores influyentes como puede ser la religión, la economía, la existencia o no de rituales o la manera de entender los procesos menstruales así como las relaciones de género que se establecen y de qué manera lo simbólico y lo cultural interfieren.

“Vivirlo conscientemente vamos a decirlo así ,es que se puede llegar a disfrutar, es decir, yo soy así, y es que es parte de mí, y sí que lo disfruto más, cuando eres adolescente pues eso no sabes y piensas es un rollo ¿no?” [G.D.3.2]

En mis respuestas a la entrevista realizada por el Mundo¹³⁵ apuntaba como la existencia de la menstruación como tabú ha supuesto la aparición de un nuevo tipo de violencia en materia de salud hacia las mujeres, en tanto que encadenadas a un sistema social que las diluye a un cuerpo enfermo y las mantienen en el silencio evitando expresar sus sentimientos y entender sus malestares en sus procesos menstruales.

La tónica de tener que lidiar con argumentos tales como estados *insufribles*, *insoportables* o *qué exagerada eres*, es causa suficiente como para tener que afrontarlos con ansiedad, angustia e indefinición identitaria, sobre todo en adolescentes.

“Empieza a asombrarnos la importancia que dan las personas más jóvenes a cualquier pequeña molestia, su capacidad para dramatizar un catarro y exagerar una indigestión, exigiendo tratamientos de eficacia no probada. No imaginan que decir <no tiene importancia> puede ser una útil receta” (Greer, 1993:398)

Las jóvenes haciendo caso a las imposiciones sociales, prefieren emitir juicios y se resisten a ignorar el estado natural de los cuerpos manteniéndose férreas a las normas del patriarcado y la medicina ortodoxa con un *kit antirregla: ibuprofeno y pastillas anticonceptivas*, haciendo que lo que a priori fue una victoria, al final llega a ser una derrota para su salud.

¹³⁵ Información al enlace: <http://www.elmundo.es/salud/2015/07/01/5591a565ca4741be708b45ab.html>

La creación de un tecno-cuerpo antimenstruante

Esta vorágine de incomprendiones y confusiones menstruantes ha servido para que la ciencia y la tecnología actúen rápido. Las mujeres se ven desposeídas de sus ciclos vitales y culpabilizadas por *cargar* con procesos naturales que a primera y última vista, desde la base biológica, les hace ser diagnosticadas y estigmatizadas a través de frases como *estás en la regla o parece que estás menopáusica* recibéndolo como carga social.

La cuestión principalmente es cómo la moralidad subyace a la razón, o de al menos, creerlo. En este sentido librarse de la organicidad del cuerpo, o no estar atado a la naturalidad fisiológica, es decir, no depender de ella, las entiende como libres.

Una de las explicaciones es la opresión y presión de tener que mantener un estado cíclico que no desean, y al mismo tiempo surge la incongruencia de que el hecho de no estar atadas a un estado natural, las ata a un estado de manejo tecnológico del cuerpo, hablamos de las terapias hormonales o de los métodos que regulan la regla, incluso, la hace desaparecer.

“Cada vez se está adelantando, no sé si por la alimentación, pero cada vez se conoce que las crías la tiene antes, y eso es malo, parece ser, yo tengo mis dudas, si porque lo que hacen si la edad ósea no se corresponde, para que no se descompense o yo que sé, les dan hormonas pa’ pararles ¿no?” [G.D.3.1]

“Yo tenía muy regular la menstruación, y esto, y me dijeron, me hicieron un estudio de un año con hormonas, madre que lio, me parece que lo deje a los 5 meses o así, porque bueno, un pecho una mastitis que nunca había tenido ni dando a luz, una mastitis que para que, y luego empecé que no daba de sí y yo creo que lo suspendí me parece, y era un aprueba de hormonas vaya, un ginecólogo” [G.D.3.3]

El medicar por medicar es la norma, es lo que “hay que hacer”. No importa si tienes un ciclo menstrual normal o el cuerpo decide menstruar a temprana edad, el objetivo de la ciencia es hacer de los cuerpos de las mujeres *tecnocuerpos antimenstruantes*, es decir, utilizar a las mujeres para que se sometán a estos tratamientos hormonales. Sea cual sea el motiva, la excusa que proponen vale más que

el estado de salud. Como se observa en ambas respuestas reflejadas más arriba, hormonar a las mujeres se ha convertido en un método para evitar cualquier alteración, por muy natural que sea en los cuerpos, pues casi todas las mujeres que han aparecido en este estudio han estado tomando anticonceptivos o se han visto sometidas a los dictámenes de la medicina. Y tal como se expone, sufriendo graves consecuencias.

“La novedad es que este tratamiento se alarga indefinidamente. Y llegan cada día más chicas veinteañeras a la consulta, con diferentes trastornos –sexuales, ginecológicos o psicológicos, los más frecuentes-, que no han vivido nunca lo que es un ciclo natural; han estado en tratamiento desde su menarquia –primera regla-, y nunca han tenido una ovulación, aunque ya tengan más de 20 años. Y lo que es más grave: no lo saben” (Fuentes, 2012:207)

El peligroso argumento al que se acoge la ciencia no se centra sólo en la erradicación del dolor sino en la manera en que suma la menstruación a la maternidad, la fertilidad y la reproducción. La clave está en seguir reproduciendo los tabús y los discursos que estigmatizan a las mujeres asociando su menstruación con el rol de reproductora, de ahí también la poderosa frase de *Ya eres una mujer*” que ha ido saliendo a lo largo de las entrevistas realizadas.

Bajo este aserto de que la menstruación sirve para concebir sin otras funcionalidades, se ha provocado que muchas mujeres que hayan sido madres o no quieran serlo, se sometan o quieran someterse a tratamientos para erradicarla.

Diálogo entre [G.D.2.1] y [G.D.2.5]

“Pues yo pienso que si esos órganos ya no los utilizo, si no quiero tener hijos para que quiero ovular, yo prefiero que me lo quiten”

“Si, pero la cuestión es qué te lleva a querer ponerte en peligro, o a que te lleva a dejar de querer tener la regla, yo creo que van las dos por la misma línea, el ser calvo socialmente está mal visto o no sé, o no cumple los estereotipos masculinos ¿no? pero nos influye, y lo mismo una mujer, la regla socialmente no está bien vista, no está aceptada, o no, si, más que no aceptada, no está bien vista, se ve como un algo natural pero si no lo tienes mejor, porque es un incordio ¿sabes? Al

final si socialmente te están diciendo que tienes la regla y que es a lo que es mejor evitar o tal tienes más boletos de decidirte”

“A ver, ostia no sé, me lo estoy planteando, alguien que dice no voy a tener la regla te está diciendo no voy a tener hijos, entonces ¿qué es lo que está diciendo esa persona? Pues que como no va a tener hijos, no quiere tener la regla para no sufrir, yo que sé cómo el láser en la cara para no tener barba nunca”

Este tipo de afirmaciones recaen más en mujeres y hombres jóvenes, adolescentes que no en personas más adultas o con cierta experiencia y conocimiento, por lo que una vez más muestra como son la sociedad, los medios de comunicación y la desinformación cómplices de la supervivencia de los tabúes menstruales y del lucro de modificar los cuerpos llevados a un estado pasivo y debilitante.

“Y entonces tendrás que preguntarle a la naturaleza ¿para qué me has dado esto? Por algo te lo ha dado ¿no?” [G.D.2.2]

“Pero es que a ver, mujeres somos desde que nacemos, el hecho que te haya venido la regla es un proceso natural de la mujer (...) Yo que soy creyente para mi es una bendición, y yo digo gracias a dios de que he nacido mujer y que a través de que me han utilizado a mi pa que salga otra vida, porque por algo tiene que ser que los hombres no pueden hacer eso” [G.D.2.4]

En sintonía con lo anterior, está muy extendida la funcionalidad de la menstruación asentada en creencias religiosas, si bien es cierto que su significación difiere de lo que esta tesis propone, en tanto que en las religiones las mujeres nacen con una finalidad clara, ser reproductoras.

A la ciencia esta multiplicidad de significados no le interesan y prefiere reducir las a una funcionalidad dual que pueda ser interpelada por la tecnología, es decir, erradicar la regla para evitar los dolores y regular sus ciclos, y a su vez anularla.

“Entiendo que haya gente que se lo quiera retirar, sobre todo para mujeres que no se sienten a gusto en un cuerpo de mujer porque son hombres. Al final los avances científicos se hacen por algo, pero acaban utilizándose para cosas totalmente distintas” [B]

En este punto, el código ético se ve doblemente fracturado cuando las mujeres que no se sienten bien en un cuerpo de mujer deciden transformarlos, o viceversa, y optan por someterse a tratamientos que permitan conectar más con su identidad.

Si el género no se viera fragmentado en dos, en masculino y en femenino ¿hablaríamos de la necesidad de erradicar la regla como un paso a la desidentificación? Probablemente no. El incremento de las capacidades tecnológicas es quien ha hecho crecer la sensibilidad hacia la identificación de patologías propias de los géneros (Valls, 2009), y todo aquello que supere los límites biológicos generará patologías nuevas que serán vehiculizadas y tratadas desde lo científico. Es por ello que en lo que afecta a la menstruación, el rechazo o su aceptación, influirá en el desarrollo de un estar que estará vinculado al género y sus experiencias. De esto hablamos a continuación, de la vergüenza del género como sujeto menstruante.

La vergüenza del género sangrante: rechazo o aceptación.

Volviendo a rescatar las voces de las informantes, este tema ha sido garante de una diversidad de opiniones e interpretaciones que cada una ha hecho de sí mismas o de cómo ven ellas la sexualidad como forma de aceptación. El paso de las generaciones deja de manifiesto como los mensajes transmitidos de madres a hijas, y a hombres, no son del todo coherentes.

La experiencia de cada generación parece disolverse a la hora de hablar sobre sexualidad vivida, sobre la menstruación y la menopausia. La forma en que se transmite impide que se geste la confianza y se alimente la posibilidad de cambio.

“En casa no lo comentamos vamos, con mi madre sí, pero con mi hermano y mi padre no vamos, no es algo que, sí que hay amigas que les hicieron como una fiesta, o lo celebraron ¿no? y luego en el instituto lo recuerdo como sentimientos de vergüenza sobre todo a las que le bajo antes ¿no? que no se te viesen las compresas en las mochilas y comentarios de gente de clase muy despectivos ¿no?”

[O]

En esta confusión y control de los cuerpos, la sexualidad y sus vivencias también se han visto dañadas. La transmisión de valores, creencias y saberes es un reto que aún

en la sociedad en la que vivimos se ve estancada en cómo traspasarlo, y esto se debe a la manera en que el género educa.

“Estos discursos tienden a separar hombres y mujeres, que enmarca las prácticas de género que comienzan a regir los nuevos comportamientos, y la imposición de las diferentes expectativas de los individuos y sus cuerpos” (Lee & Sasser-Coen, 1996: 112)¹³⁶

Se confirma la regla de que una educación en materia de educación sexual y de género en edades tempranas ayudará a las relaciones entre hombres y mujeres, a entender los cuerpos, su desarrollo, los cambios y por tanto tendrá mejor aceptación

“Hay gente que cuando estás con la regla es un ni te me acerques ¿no?, en plan, yo no lo vivo así, igual tiene que ver en como vivo yo mi regla ¿no? que igual no me influye mucho, es decir que si me apetece puedo hacerlo aunque esté con la regla, pero, uf, hay todo un imaginario, no sé. Luego el tema de la suciedad ¿no? sentirte sucia cuando estás con la regla ¿no?, dé esto que nos venden Evax fina y segura, y limpia (...) yo no lo considero sucio pero igual hay gente que sí, entonces ahí tiene que ver con eso el que la gente no quiera practicar sexo cuando está con la regla, te sientes sucia...” [O]

Aquí influyen mucho los binarismos emocionales a los que juega la ciencia y cómo se transmiten socialmente, es decir, como se ha establecido las bipolaridades de las mujeres en tanto que en los días que no se tiene la regla es una persona mucho más agradable que los días en los que menstrúa, tiéndolas de irritables, hostiles y bifurcando de forma muy clara del modelo de feminidad.

Las relaciones de pareja se sustentan en base a este tipo de percepciones educadas desde la adolescencia. Hablamos de relaciones de pareja desde su propia pluralidad, ya que tanto en relaciones homosexuales como heterosexuales el discurso de la menstruación se ve afectado y alterado.

¹³⁶ TP.

La cuestión, nuevamente, es centrar la mirada antropológica en el significado de la menstruación, por lo que se debería atender a los discursos sociales que tanto hombres como mujeres reproducen, y de qué manera perpetúan o rompen con los cánones y los tabúes menstruales para una mayor vivencia de los procesos vitales.

“Pues mira de pasar de aquello que era tan despectivo y sucio y tan, a luego, cuando a lo mejor te toca verlo ¿no? porque tienes relaciones sexuales con chicas que están menstruando etc., que a lo mejor que hay gente, yo precisamente no, pero a tu alrededor oías siempre comentarios de rechazo y de miedo, pues ahora es como una oportunidad porque la persona con la que estoy me cuenta, y me habla de sus potencialidades también del periodo a la hora de, pues no solo en la sexualidad sino en la afectividad, en lo gestual, el contacto físico, siento que estoy aprendiendo mucho” [G]

La religión ha sido uno de los motores de arranque en la organización de los cuerpos y la vivencia de las sexualidades y al igual que ocurre con la menstruación, también lo vemos con el disfrute y el discurso que gira alrededor de estos conceptos.

Si bien es cierto que hay estudios que evidencian que tener relaciones sexuales durante la menstruación aumenta el placer de ambos cónyuges, la situación de vergüenza y de identidades reprimidas ha perpetuado los roles y condicionado a las mujeres a su rol, olvidado el cuidado de la erótica y la sexualidad, (Greer, 1993).

La moral de lo que se considera puro sigue siendo una resistencia del disfrute al sexo, y aquí las mujeres se ven limitadas al placer. A lo largo de las entrevistas han ido apareciendo argumentos que ponían en cuestión el rechazo o aceptación de sus sexualidades, de su erótica y la vinculación con la menstruación.

“(…)Creo que en algún momento también intuí en algunas conversaciones, pero no profundicé mucho, que la otra persona sentía de manera diferente, entonces ya no sólo que no me esté dando asco sino que veo que tiene un contenido diferente la relación (...), aprendiendo mucho y viendo que tiene más posibilidades el cuerpo humano que no siempre ser de la misma manera ¿no?, sino que hay ciclos, hay días en los que es más adecuado disfrutar el placer de una manera, otros días de otra” [G]

A lo largo de la investigación se ha podido observar cómo no son suficientes los estudios realizados en tanto que programas educativos para concienciar sobre la naturalidad de la menstruación. Si bien es cierto que ha habido investigaciones muy interesantes como las de Valls (2009), aún hoy la aceptación de la misma sigue siendo un duro trabajo por hacer. A los hechos me remito cuando en una de las comidas a las que asistí en mi estancia en la Universidad de Berkeley, expresé lo siguiente:

*“I feel a little bad. I have lowered my menstruation”*¹³⁷

A lo que seguidamente me respondieron:

*“Oh, no!! Here we do not say that, we have another word between us (womens) without saying menstruation that usually is not said”*¹³⁸

Si bien podría tratarse de un tema cultural, no difiere de otros contextos como el español cuando los medios lanzan mensajes como el que se expone a continuación. Hablar de la menstruación o expresar el sentimiento y estar asociado a ella sigue sin estar bien visto, pues como se puede observar no forma parte de los planes sociales.



¹³⁷ Me siento un poco mal. Tengo dolor menstrual.

¹³⁸ Oh, no! Nosotras no decimos eso, tenemos otra palabra entre nosotras (las mujeres) sin necesidad de decir menstruación, ya que eso normalmente no se dice.

Durante las entrevistas realizadas, cuando se inició el tema de la menstruación el arranque fue lento, aunque después hablaron sin complicación, pero si se percibió diferencias entre aquellas personas que conocían el tema, bien porque habían leído o por las experiencias que habían adquirido, frente a quien no se había cuestionado nada al respecto, razón por la que se habla de la vergüenza de género como punto vertebrador en las culturas, y que es la mayoría.

“Por lo que me han contado amigas, era muy de durante la regla no se hacía nada, durante algún tiempo yo no me sentía muy cómoda, por el hecho de que a mí me apetecía hacerlo cuando tenía la regla, entonces yo soy rara, porque si a mí me gusta tener relaciones sexuales cuando tengo la regla y resulta que eso es una guarrería, asociaba a que yo era una guarra” [B]

“No es solo que no te conozcas, también depende de la pareja en la que estés, si tú estás con una persona que se le suda que te salga flujo transparente o con color de sangre, que lo que le apetece es estar contigo (...) pero hay muchos chicos a los que les da un rechazo tremendo, entonces no es ya que tu aprendas a conocerte a ti misma, no es ya solo que tu aprendas a conocerte, sino que aprendas a conocerte y estés acompañada por alguien que no le de asco” [Y]

A donde se pretende llegar es a cómo los tabúes menstruales a lo largo de la historia han conseguido separar a las mujeres de la sociedad, con afirmaciones como impureza, suciedad y contaminación, habiendo países que incluso las aíslan del resto de su comunidad. Esta lectura antropológica podría exponer la sexualidad de los hombres como disfrute y libertad; y la represión y opresión en las mujeres.

Hoy día todavía muchas culturas bajo la creencia y las imposiciones religiosas, siguen manteniendo el orden y obligando una serie de prácticas donde relegan a las mujeres a una situación de vulnerabilidad e incompreensión social.

Si bien es cierto que en el Estado español ha habido cambios respecto a estas cuestiones, hay todavía hoy muchas mujeres y hombres que siguen viendo la menstruación como un proceso doloroso que es mejor evitar.

“La menstruación no se considera un derecho de la salud por ser una cuestión fisiológica”¹³⁹

Este titular es el que recoge una de las entrevistas que realicé en un programa de radio y que fue pieza clave para hablar de menstruación como objeto o como sujeto de derechos. Una sociedad en la que el estado obliga a pagar a las mujeres elevados impuestos en productos íntimos para el cuidado de su salud, así como elevados costes en el tratamiento de la píldora anticonceptiva.

En la cena mantenida con Chris Bobel en Nueva York, hablaba de la importancia de entender la menstruación como un derecho en tanto que estaba relacionada con la educación, la salud, la justicia reproductiva o el desarrollo de las personas.

Pero dentro del derecho a la salud y a la educación menstrual hace falta trabajar la cuestión de la ética del cuidado; es decir, atender al corpus de las desigualdades en materia de políticas sanitarias ya que se está vulnerando no solo el derecho a la salud sino también los derechos sexuales y reproductivos, y por consiguiente me atrevería a decir, tal como expuso una de las participantes en mis talleres de formación menstrual, una vulneración de los derechos humanos.

"Nuestros datos sugieren que la calidad de las relaciones del mismo sexo, niñas con menarquia, es central para entender sus experiencias y la coyuntura, y el contexto de estas relaciones, la forma en cómo se ponen en marcha la política de género en la familia , la escuela y la sociedad- son importantes " (Lee & Sasser-Coen, 1996:111)

Hace falta una descripción en donde la menstruación sea la dialéctica que defina las demandas de las adolescentes y mujeres en general, para la educación en valores como estrategia de cambio social. La construcción social y la imposición de roles genéricos es un negocio que ha sido fechado a raíz de las prácticas y discursos culturales y que la sociedad en general ha ido reproduciendo.

¹³⁹ Información al enlace de la noticia en la que participe como experta:
http://cadenaser.com/programa/2015/07/01/la_ventana/1435758765_931587.html

La posibilidad de implicar y exigir la no-manipulación del poder hacia el cuerpo de las mujeres, también permitirá una no discriminación por cuestiones vinculadas a la sexualidad, y por tanto que en el respeto a los cuerpos se efectúe bajo la implementación de principios como justicia, universalidad, trato e igualdad.

Las creencias del modelo biomédico son las que han hecho del cuerpo de las mujeres una estructura fija que explica la propiedad de los cuerpos y por tanto cómo la medicina es capaz de satisfacer la presencia indolora o la erradicación de la menstruación aun en contradicción con lo legalmente moral.

Esta apuesta por lo biológico resta poder a las políticas de salud, y se muestra interesada en atribuir y continuar reproduciendo las construcciones culturales que afectan al bienestar de las mujeres, en tanto que centradas en conceptos como la feminidad, la identidad y el silenciamiento.

21.2 E DE ESTADOS ALIMENTARIOS: RÉQUIEM POR UN SUEÑO

El con-sentido mundo de las adicciones. Comprendiendo lo inadmisibile

*“La Autoinanición a menudo representa una forma
(aunque precaria y temporal) de abordar este conflicto,
mediante la integración de un auto impenetrable e independiente
(definido por la negativa de los alimentos) en un cuerpo delgado y femenino”*

(Day & Keys, 2008:2)

Entrando en el corazón de la investigación etnográfica, se hace un análisis acerca de las prácticas de socialización así como de los significados culturales que dicho problema alberga en la sociedad como constructora de normas y necesidades, además de comprender cómo el cuerpo está siendo utilizado de diferente manera por las estructuras sociales entre hombres y mujeres, con la pretensión de explicar etnográficamente el aumento de la anorexia y la bulimia en mujeres.

Como se viene apuntando en todo el proceso, los M.E.M, y en este caso el de los problemas alimentarios, han precisado de una ruptura epistemológica de los binarismos

médicos permitiendo que lo que la ciencia llama enfermedad o trastorno se contemple como un estar alimentario derivado de condiciones sociales que los crean, rescatando como la construcción de los roles y el mantenimiento de los estereotipos son los principales desencadenantes de las desigualdades culturales y de género.

“Yo siempre había pensado eso, que la anorexia era un poco la salida de mujeres que la vida se les escapa de las manos, que dejan de controlarlo todo, o sea, dejan de tener control sobre su vida y piensan esto sí lo puedo controlar, yo que soy una persona perfeccionista y que tengo mucha voluntad y tesón, no voy a comer, no voy a comer y mi cuerpo va a ser como yo quiera que sea, y yo quiero que mi cuerpo desaparezca, y voy hacer que desaparezca, entonces empieza la sensación de que desaparezca la regla que no haya un cambio físico, pues eso, que se ensanchen las caderas, que los pechos crezcan etc., y terminas haciendo que desaparezca tu cuerpo, y lo has hecho tú porque tú querías, entonces cada gramo que pierdes es una victoria.” [B]

En este punto se muestra la dialéctica existente entre la construcción social y cultural con la interpretación y significación personal, y es por eso que a largo de las entrevistas se ha dado cuenta que, cuando se habla de anorexia o la bulimia no se hace referencia al comer o no comer, o no sólo, sino que se centra en la formas de placer y adicción que estas prácticas ocasionan a las personas afectadas.

Si hacemos referencia al significado que da la Organización Mundial de la Salud, hablaríamos de adicciones como la sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones en éste. Desde la antropología de las adicciones (Cañas, 2013), se hace una análisis más interesante, entender los comportamientos adictivos de las personas como una forma de escape para paliar el dolor o la pérdida de identidad, es decir, un mecanismo de resistencia capaz de hacer que la persona se evada de los conflictos personales y escapar al malestar que la embarga.

La cuestión que se plantea es mostrar con el estudio etnográfico y a través de las experiencias de las entrevistadas, ampliar el concepto de adicción en los PCA.

“Adicción es cualquier droga o conducta que hace a la persona esclava de sí misma en su cuerpo, en su mente o en su espíritu” (Cañas, 2013:103)

Este nuevo planteamiento conceptual alude a cómo las conductas son un elemento esencial en el desarrollo de la esclavitud del cuerpo a través de comportamientos, explicando en efecto el porqué de la escasez de autores que han contextualizado los malestares ajenos al problema de las adicciones.

Cuando el contexto social por el que pasan los/as adolescentes, el ambiente familiar vivido, la búsqueda de la identidad, y otros factores influyentes son distorsionados, se desvanece el desarrollo óptimo de las personas, y pasan a vivir estados infelices, de mandatos y pocas libertades.

El acto de (no)comer y/o vomitar es una forma de protesta, donde la persona se vuelve contra su cuerpo como forma simbólica ante la explotación pasiva de factores ajenos, y bajo la creencia de vivir en libertad se vuelve en cambio ocasión de un vivir alienado, evadido de problemas reales

Frente a todo esto un origen desconocido, pues a lo largo de las entrevistas la pregunta a cómo se originó todo, ninguna supo dar una respuesta concreta o un momento exacto de cómo surgió todo, aunque si bien es cierto tienen recuerdos del posible factor o detonante, pero sin una causa concreta que lo determine.

“Yo creo que empezó en 2003 a raíz de la muerte de mi madre, y creo que fue un poco como rebeldía, como enfado de, de, como me has dejado, o sea es, pues, como enfado y como rebeldía, pues me provocaba el vómito. Lo pagué de esa manera, y dije sí, ¿me has dejado? pues ahora en plan rebeldía voy a bajar de peso y voy hacer esto, sabes, por haberme dejado” [L]

“El primer recuerdo que tengo yo creo que tenía 4 o 5 años, tengo un recuerdo grabado en la cocina con mi padre, en la que mi padre pasaba por la cocina y escondía un dulce, ese es el primer recuerdo que tengo” ·”Ahora tengo 39 años toda mi vida, si es que yo, ahora me planteo, ¿por qué a mí? Una niña de 4 años ¿qué pensaba?, imagínate la situación, increíble, ahora lo pienso y es que aún me asusta, increíble.” [P]

El principio de un estar alimentario es el principio de una adicción, de las más fuertes si cabe, en las que se someten a un estado de dependencia con la comida

absoluta, y con ella, el placer de manejar los sentimientos con prácticas alimentarias que tienen efectos en el cuerpo; en las entrevistas este sentimiento aparecía constantemente y el peligro y la amenaza que supone en sus vidas eran sabidos. Ser consciente de ello es un paso importante aunque las maneras de superarlo sean complejas. Otra de las cuestiones que podría reafirmar esto es de qué manera el placer de la autolesión también supondría una forma de evasión emocional.

(...) Yo lo asociaba un poco como cuando fumaba no?, que yo sabía que llegaría un día que dejaría de fumar y así fue, pues pensaba lo mismo un día dejaré de vomitar, pero no llegaba nunca, no llegaba nunca, sí que me deje de fumar por ejemplo, pero no de vomitar, porque fumar fumaba, no fumaba a diario, pero casi a diario, y vomitar como era a temporadas, entonces, era más episódica, no le ves una continuidad que pueda perjudicarte no?” [A]

Las adicciones están empezando a ser tratadas como derecho propio, en tanto que se acogen a la libertad de decisión de quien la realiza, de la misma manera que no todas las adicciones tienen el mismo peligro para la vida. ¿Quién tiene la autoridad última de exigir a una ciudadana mayor de edad que deje de comer compulsivamente? ¿Quién tiene esa potestad de decirle que coma para no morir?

“Si convenimos que existe alguna posibilidad de ‘desengancharse’ de las adicciones, por remota que sea, y que el hombre no sería hombre si no tuviese esa ‘última oportunidad’, concluimos que ha de haber alguna explicación o modelo que la fundamente. (Cañas, 2013:103)

El aumento de dichos problemas y la incapacidad de las políticas sanitarias para hacer frente a cuestiones como las que aquí se tratan, se debe a entender la anorexia y la bulimia como enfermedad y no como un estar vinculado a una adicción cultural por los factores que influyen directamente en las decisiones vitales. Como apunta Cañas, (2013), hace falta una antropología que analice las adicciones como formas de expresión y prácticas delimitadas por el sistema y mecanismos socializadores.

“Cuando no me quiero levantar por la mañana, lo que quiero es dormir, no quiero pensar, pensar me duele, porque eh, no sé , a lo mejor, por ejemplo, la noche que me pasad comiendo, pues para mi es una derrota, no quiero pensar en

eso, y la mejor manera de no pensar es dormir, además es que el día que me pasa eso, estoy todo el día con sueño, es como si mi subconsciente me dijera, duérmete, a ver si lo arreglas todo” [P]

Una de las consecuencias es comprender que aporta estar días y horas en la cama; que de placer o no tiene la farmacopea que induce a un sueño prolongado y que es capaz de en ese estado controlar las situaciones, ya que generalmente, y por la intensidad con la que viven durante largos periodos de malestar, hace que dormir mucho se convierta en una puerta de escape como medida de urgencia para disminuir los estados de ansiedad y depresión.

“Si yo no me quiero levantar por las mañanas no es que sea una perezosa, no tiene nada que ver, a mí me gustaría que esas personas sintieran el vacío que siento yo y la sensación, es lo que digo, vivir dentro de mí es muy difícil, yo no me entiendo, que te crees que yo me entiendo a mí misma, no, pero tengo que vivir conmigo misma, y la manera que tengo es llevarlo con mi otra droga, y es con los somníferos.” [P]

El problema viene cuando una adicción lleva a otra, el caso de sustancias somníferas o antidepresivas como una manera de aislarse ante la imposibilidad de encontrar soluciones, haciendo que las adicciones lleguen a convertirse en necesidades fisiológicas; es decir que una adicción no sea capaz de sobrevivir sin otra.

El círculo del malestar como modus operandi

La comida juega un rol importante en la cultura e influye en las relaciones sociales, dietas y prácticas alimentarias, muchas veces condicionados por la presión social y la representación simbólica que la sociedad hace de la alimentación y sus rituales, desde prácticas llevadas a cabo en hogares familiares hasta de qué manera los mecanismos de socialización se sustentan en las prácticas alimentarias.

“Ellos muchas veces me dicen, ya se ha ido a Marte, desaparezco no quiero saber nada de nadie, me encierro en mí misma, igual a lo mejor me tiro cuatro o cinco días que no quiero saber nada de nadie, y luego al sexto día ya empiezo a tener comunicación ¿sabes?, ya empiezo, igual tengo otra temporada que sí que

quiero saber, no sé, es como que tengo, soy muy cambiante” [L]

La comida es un catalizador de emociones, tanto de forma positiva como negativa, y el acto de alimentarse el núcleo determinante incluso de las relaciones sociales. Muchas veces por la negativa a unirse a grupos cuyas reuniones giran en torno a espacios de beber y comer, la opción por las que se optan es refugiarse en sí mismas, llegando a estar largos períodos de aislamiento social.

Estos procesos devienen por un estilo de vida organizado desde la obsesión y la manera de vivir compulsivamente, de hecho Durkheim (1992) hablaba en el suicidio de cómo los hechos sociales pueden servir para explicar los patrones que determinaban la práctica. De la misma manera podríamos llevar su teoría al aislamiento y la desfragmentación del cuerpo, para explicar cómo los condicionantes ajenos al ser humano provocan que una persona decida morir o poner en peligro su vida.

“Los actos que el paciente lleva a cabo y que, a primera vista parecen expresar tan solo su temperamento personal, son en realidad la consecuencia y prolongación de un estado social que ellos manifiestan exteriormente” (Durkheim, 1992:326)

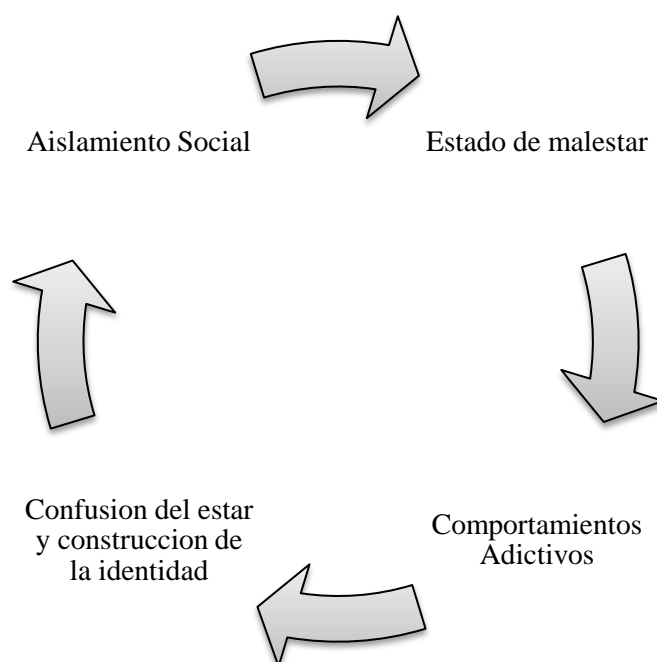
Al asociar estos problemas con las adicciones desde una perspectiva antropológica y etnográfica, se permite tomar conciencia de cómo los procesos de aislamiento se encuentran ligados a las necesidades vitales y formar parte de su supervivencia social, en tanto que las relaciones del ser humano incuestionablemente entran en contacto con las esferas públicas, las relaciones y los intercambios culturales.

“Mi evasión ha sido con la soledad y comiendo. En esos momentos era yo conmigo misma, me podía poner a llorar, me podía poner a pintar, me podía poner a escribir o escuchar música, era mi momento depende de mi estado de ánimo, y entonces si alguien se metía en ese momento, puf, me ponía, pero que me ponía que, además yo tengo un problema, es que soy muy sensible y aprendo a conocer la debilidad de los demás y tristemente a veces esa debilidad la he utilizado como arma arrojadiza (...) Toda mi vida va dependiendo en qué posición con la comida esté, de ahí depende mi felicidad, pero de una manera que lo digo y me asusta, porque considero que es muy triste, porque no es algo que yo haya elegido” [P]

Cuando la esfera personal es incompatible con la esfera cultural y social de la que forma parte, se establecen dos dimensiones paralelas que bloquean las relaciones y por tanto provoquen sensaciones de incompreensión, miedo, soledad, rechazo o angustia.

Para ello, explicamos desde la experiencia etnográfica cómo la retroalimentación de puntos clave son los determinantes de la creación del ciclo de los malestares, y que puede perfectamente trasladarse a los otros M.E.M.

Fases de los malestares¹⁴⁰



Los malestares encuentran sentido en la explicación del círculo que afirma cómo la adicción es una expresión de un cúmulo de malestares, entre los que destacamos ansiedad, depresión, vulnerabilidad o frustración. Una de las formas de *consolar* dicha sensación es a través de comportamientos adictivos, como puede ser comer compulsivamente, no comer y/o tomar diariamente fármacos como antidepresivos, somníferos o similares.

La práctica de dichos comportamientos hace que las mujeres se mantengan en un

¹⁴⁰ Elaboración propia.

estado de aislamiento social y es debido a que no se sienten comprendidas, más bien rechazadas por la sociedad y quienes le rodean. Hablan incluso de cómo los problemas alimentarios sigue siendo un tabú del que es difícil hablar con libertad.

“He llegado incluso a tener miedo a salir de casa, empezaba a no yendo, por ejemplo que iba antes a jugar con unos conocidos, bueno amigos entre comillas, entonces me di cuenta que yendo a mi anterior terapeuta, que en el metro me ahogaba, pero luego me di cuenta que era en el metro, en el supermercado, no podía, cuanto veía a gente no podía ni hablar, tenía miedo” [B]

“Nosotros nos íbamos al chalet en verano, y deje de salir con mis amigas de allí, me quedaba en casa, decía que no me encontraba bien, daba la sensación de que era una chiquilla que siempre estaba enferma, entonces salía con ellas, pero decía que no me gustaba la playa, la piscina...entonces yo eso no me lo podía permitir porque enseñabas el cuerpo, yo me ocultaba mucho el cuerpo (...) fue un poco como ocultarte de los demás, y marcarte un límite muy claro de donde estoy yo y el resto del mundo que a mí no me importaba. Eso fue un verano sobretodo, que yo recuerdo como muy triste, como muy solitario” [E]

Esta explicación hace que hasta que la sociedad no entienda el mundo en el que se encuentran inmersas las personas afectadas, los esfuerzos para tratarlo se verán en parte fracasados. Una de las cuestiones a destacar de las entrevistas, es la insistencia en que la sociedad olvida que para tratar la anorexia y la bulimia hace falta tener en cuenta las dos dimensiones de las que se hacía referencia anteriormente, la dimensión personal y la cultura, así como de qué forma los factores del círculo del malestar se retroalimentan e influyen en sus decisiones.

El vínculo materno-filial. Variable a considerar.

Este último punto ha sido una de las claves que han permitido reforzar la influencia del papel de la identidad en los estares alimentarios. La figura de lo maternal, entendida y vivida como norma social. La decisión de ser madre o no tiene una relación muy directa con la aparición de los problemas alimentarios, o de qué manera la responsabilidad que cae exclusivamente a las madres tiene una vinculación importante

con, especialmente, las hijas.

Las experiencias transmitidas por las entrevistadas en cómo entendían ellas sus vínculos con sus madres o hijas, permitirá ver la función de los estares alimentarios en el núcleo familiar, y dará cuenta de la urgencia de atender estas relaciones, haciendo especial hincapié al periodo de adolescencia.

“Mi madre ha sido mi referente para bien y para mal. Mis depresiones y ansiedad coinciden con las suyas, aunque cada una haga su vida. Y yo sé que es porque ella me influye en mucho, como te decía para bien o para mal, y es que yo me siento muy atada en ese sentido, y es una mierda, con perdón” [Y]

En este caso y a través del propio cuerpo, es cuando surge la rebeldía hacia la figura materna y el papel que ejerce en el entorno familiar y esto se debe a un problema de interacción entre madre-hija, incluso entre los diversos miembros de la familia, lo que puede provocar una alteración en el conjunto del sistema familiar.

La influencia que tiene la madre en el hogar es fuerte en el mundo nutricional, pues suele ser la mujer la encargada de comprar y preparar los alimentos, haciendo que la comida y lo que gira en torno a ella genere un vínculo con el núcleo familiar, pero no solo el rol de nutricia, sino también el de cuidadora, asumiendo el papel de atención y control. Esta relación asimétrica confunde generando desigualdades relacionales, y produciendo una dialéctica de antagonismos crea un malestar y produce una separación simbólica que repercute en las relaciones de afectividad.

“Yo con mi madre siempre me he llevado fatal, siempre hemos tenido ese punto de discordia ¿no?, con mi padre fenomenal, súper bien (...) también es verdad que mi padre y yo somos mucho más iguales y con mi madre discrepo en muchos asuntos, en cuestiones ideológicas, en cuestiones políticas, en cuestiones de experiencias de vida, no me he llevado bien con ellas porque no nos hemos llegado a entender (...) es enfermera y ella se dedica a temas de nutrición en un hospital con niños que tienen problemas, entonces claro yo creo que también fui a meterle donde dolía, tú vas de nutrición pues yo a meterle caña ¿no? creo que fue un punto de rechazo, me revelaba contra la comida” [E]

Es por eso que los hábitos y costumbres alimenticias cobran sentido en tanto que las/os hijas/os se ven influidos por ese rol nutricional, dividiendo los roles entre responsabilidad económica y sustentador –en el padre- y labor reproductiva y de cuidado -en la madre.

“En mi casa son machistas, entonces mi padre se dedicaba a mi hermano y mi madre a mí, entonces la infancia que hemos tenido, porque yo he hablado con mi hermano mucho de esto, entonces la infancia que hemos tenido ha sido muy distinta, mi padre potenciaba a mi hermano mi madre me machacaba, yo creo que mi madre se ha cebado con sus complejos y me los ha trasladado a mí, esa es la sensación que yo tengo” [P]

Este tipo de relaciones promueve rechazo a la figura materna, considerada responsable y culpable de la educación familiar. Asumir el rol de “ama de casa”, independientemente de si trabaja fuera de ella, hace que muchas mujeres adopten la sumisión inconscientemente, perdiendo poder en la toma de decisiones del hogar.

El padre como sustentador hace que su única puesta en escena sea eso, la manutención económica, haciendo que su interacción con el resto de los cónyuges se vea limitado a una relación de superficialidad.

La cuestión no es saber el porqué de esas conductas y prácticas, sino entender de qué manera se han construido las relaciones en el hogar y cómo se han establecido las normas y funciones, ya que ante la normalidad de funciones, las estigmatizaciones cumplen un papel fundamental vinculadas a una construcción y cumplimiento de roles de género, canalizando desconfianza y desvalorización hacia sí mismas y por ende, hacia las personas que las rodean, y esto puede acrecentarse en tanto que los estigmas y roles vayan en aumento e incluso generar distorsiones múltiples

21.3 M DE MENOPAUSIA Y SU RETÓRICA

La involución del útero y la (in)utilidad del sufrimiento

*La diferencia entre aquellos ovarios y testículos
que padecen de involución senil,
es un tratamiento desigual y
una aplicación de la gerontocracia masculina
(autora)*

Existe una variabilidad y dispersión en cuanto a experiencias y vivencias del ciclo menopáusico¹⁴¹. Esta tesis también hace un llamamiento a las diferentes posiciones que ocupa el cuerpo en este proceso, en el que se descubrirá que no siempre es un tema central ni prioritario para las mujeres más allá de un proceso.

“La mujer como persona global no se siente demasiado respaldada si su ginecólogo o ginecóloga la trata como un par de ovarios muertos, su reumatólogo o reumatóloga como una colección de articulaciones, su osteópata como un esqueleto, su psiquiatra un conjunto de traumas, su gerontólogo o gerontóloga como un caso no susceptible de tratamiento y su médico o médica de cabecera como una paciente incómoda” (Greer, 1993:175)

Este fenómeno no sólo marca una nueva etapa en la vida de las mujeres, sino que además viene acompañado por un sentimiento de la (in)capacidad reproductora y falta de la libido, un discurso social que lleva a la propia involución de la persona.

A lo largo de las diferentes entrevistas una de las cuestiones importantes que ha salido en todas las entrevistadas ha sido el relativo a aspectos como la sexualidad, la maternidad y la feminidad (Friedan, 1963), son ingredientes inevitables en el discurso de las mujeres a la hora de hablar sobre su proceso menopáusico

¹⁴¹Proviene del término griego *menque* que significa mes y *pausis* que significa cesación. Climaterio por otra parte proviene del griego *climater* que significa escalón, es decir, un periodo que va desde la etapa reproductiva a la no reproductiva. En las entrevistas realizadas ninguna mujer supo explicar la diferencia entre ambas, hablando siempre del proceso menopáusico y no del climaterio.

En este estado de involución y sentimientos desencontrados, la depresión es quien junto a síntomas como la irritabilidad e inestabilidad emocional, produce desajustes en los estados de aceptación y valoración personal.

“Es que cuando entras en la menopausia ya te dicen que vas a tener osteoporosis, depresiones, de hecho mi hermana siempre fue una mujer muy guapita y muy bien, ahora tiene 50 años y se niega a envejecer y ha cogido una depresión terrible y está ahora con el psicólogo porque estaba como una bolita y decía que ya no servía para nada. Estuvo dos años en tratamiento y es que con 50 años estas aun en la mitad de vida” [G.D.2.3]

Envejecer puede no ser fácil, y la menopausia es parte de este proceso de aceptar los cambios muchas veces inaceptables por las mujeres y magnificados por la sociedad. Ante la justificación de pérdidas hormonales y las consecuencias que de ellas derivan, la medicina se apropia y exprime el proceso natural hasta dejarlo en un estado vegetal y enfermizo, añadiéndose enfermedades crónicas como la osteoporosis o la fibromialgia (Valls, 2006).

“Es que a ver, el mismo ginecólogo te está diciendo, te está marcando, y te dice, ¿cuántos años tienes? Y cuando saben que dejas de menstruar te dicen pues ahora tienes que cuidarte más, hacer más ejercicio por la osteoporosis, vienen no sé qué enfermedades, te puede dar un ictus y entonces te asustas (...) yo ahora me lo tomo de otro forma, salgo más a la calle a pasear, y lo hago para sentirme conmigo misma bien como una forma de prepararme para lo que me pueda venir. A mí me da miedo cogerme depresión, sentirme una vieja o no sentirme útil. (...)” [G.D.2.4]

Estas fracturas del cuerpo y la mente que infunde la medicina ha hecho que las mujeres sientan miedos al respecto, muchos de ellos infundado, incluso sin tener claras las consecuencias de ser menopáusica.

“No existe un consenso universal, ni mucho menos, en cuanto a la sintomatología de la menopausia. Por ejemplo, poquísimos estudios mencionan el acné menopáusico, a pesar de que mujeres que jamás han sufrido ningún tipo de erupción cutánea ven llenarse su piel de espinillas durante el climaterio” (Greer, 1993:108)

En este sentido, juega un papel fundamental el concepto de envejecimiento y la muerte, y así como el grupo social al que pertenece la persona, las formas de relacionarse y de qué manera lo viven, desarrollando una visión que bascula entre una actitud más positiva de sí misma o por el contrario, una actitud negativa de sus capacidades y cualidades.

La mujer menopáusica está caracterizada por su imposibilidad de procrear, y la idea de normalidad en el contexto de sociedad occidental que aplaude la juventud y la fertilidad, hace que los cambios corporales menopáusicos sean tratados como anomalías, pudiendo finalizar en expresiones tan rudas con *Ya no eres mujer*.

La interpretación que subyace a ello es que el rol de las mujeres sigue siendo el que durante siglos se les ha adjudicado: el rol de madre y ama de casa. Profundizando más en esta interpretación hablaríamos también de cómo el espacio privado ha sido el detonante de un sistema de relaciones de género que configuran el lugar que ocupan las mujeres y encasillan las anomalías que experimentan dentro del *orden funcional* de la sociedad. Según esto, ¿Cuándo hablaríamos de mujeres completas?

“Que ya no servimos para nada, como una máquina que se queda sin gasolina, que está estancada, y eso no es así porque una puede más que antes (...) pero ante la gente ya eres una vieja, ya eres una cosa como que no sirves para nada”

[G.D.2.5]

La cuestión que aquí se plantea es como esas inseguridades dependen en gran medida de los mensajes sociales. Lo anómalo no serían los cambios fisiológicos del cuerpo sino las interpretaciones que se hacen de esos cambios, la estructura de la identidad femenina se ve entorpecida por el ideal ascético hacia el cuerpo perfecto.

Si bien lo corpóreo adquiere relevancia, más lo es el uso y ausencia que se hace de la feminidad, justificando y reduciendo la función de las mujeres al rol reproductivo y maternal, pasando de ser *la mujer reproductora* a *la mujer florero*.

“Yo ahora menopáusica, al principio gente mayor, yo a mis cuñadas, o sea perdías todo cuando les hablaba de la menopausia, en cuanto se desaparecía la

regla, ya perdías todo, o sea un trauma y yo ya fui superando ese trauma, porque te sientes un poco como ya que eres mayor, pero luego a mí se me acabo los dolores de espalda, las contracturas, la ciática, chica todo” [G.D.3.2]

En una sociedad donde se rinde culto a la juventud como sinónimo de salud, el proceso de la vejez parece deteriorarse más rápido de lo que debiera, y no es que la vejez sea catastrófica per se, sino la ardua tarea de tener que desprenderse de ella por no ser bienvenida en la sociedad. Un enfrentamiento a una etapa vital imposible de ganar por la capitulación ante las presiones sociales que las empujan a ello ha hecho de ellas mujeres perdidas, desorientadas e inferiores en la aceptación hacia sus cuerpos.

No hablar de la menopausia es una armadura impuesta por las propias mujeres para no expresar los cambios fisiológicos y hormonales que experimentan los cuerpos y resguardarse de los mensajes que reciben desde lo ajeno: los bochornos o calores; las pérdidas de orina; la medicación ante problemas que devienen del mismo cambio; la no capacidad reproductora (que no sexual) son ejemplos del porqué las mujeres precisan de un caparazón para hacer frente a una sociedad que padece de *juvenitis*, o la escabrosa idea de tener que permanecer joven durante toda la vida.

La condición de ser mujer está sometida a las leyes de la naturaleza y la biología, controlada por la medicina y las farmacéuticas que potencian estas iniquidades sociales bajo el negocio de la buena salud y la juventud permanente, pasando a ser un sujeto en crisis en tanto que convertida en una disrupción del sistema.

El espejismo social cómplice del desconocimiento de la menopausia.

El silencio es cómplice de la violencia estructural que se gesta en la sociedad. Las características derivadas de la condición social, cultural y las relaciones que emergen congregan conductas basadas en la aceptación, trato igualitario, conflicto y/o problemas donde la resolución de los mismos tendrá que ver con la seguridad personal.

“(…) Creo que sí que la sociedad lo ha descuidado porque entiende que una mujer con esa edad pues es más dueña de su destino, o está en una etapa en la que sabe más, así como la menstruación lo asocias a las jóvenes que no sabes muy bien cómo están ubicadas en el mundo ¿no? a ciertas inseguridades, no se estoy

hablando un poco sobre la marcha, sin haberlo pensado nunca” [O]

Las entrevistadas, generalmente, mostraban cierto rechazo a una realidad que nada tiene que ver con su situación y su vivencia, es más, el hecho de hablar de una construcción social pone de manifiesto que la enfermedad no debe ser un argumento que justifique su universalidad y por tanto no analizar el porqué del sufrimiento y el silenciamiento de muchas mujeres que evidencian no ser escuchadas.

Si bien es cierto que mostraban cierto desacuerdo sobre los estereotipos que proyecta la sociedad en ellas, y muchas no reconocían sentirse realmente así, como la sociedad las define y eso las hacía sentir peor, especialmente por la pérdida de energía de tener que lidiar con ese tipo de argumentos.

“En mi caso ¿no?, yo soy un chico joven, eso afecta, yo no he hablado nunca con mi madre de menopausia, le he podido escuchar algunos comentarios en confianza así en tal, pero yo no sé lo que es la menopausia, yo no lo he leído nunca ni me lo han explicado, yo la construcción que tengo en mi cabeza de la menopausia es pues sí, esa etapa en la que las mujeres creo dejan de menstruar por lo tanto sufren en su cuerpo una transformación que las convierte en mujeres más, más viejas y a nivel reproductivo no útiles, y eso no es solo tiene que ver con su sistema reproductivo sino que se manifiesta en otras partes del cuerpo y de su fisiología, que eso conlleva también cambios en los estados de ánimo y susceptibilidades y vulnerabilidades y todo esto” [G]

La vejez en boga convierte a las mujeres en *draculinas*¹⁴² sociales, es decir, buscar el elixir de la eterna juventud a base de tratamientos ajenos, evitando coagularse, quedarse en la vejez y fluir por las vías de la juventud a largo plazo insostenible.

Nuestra cultura y sistema no concibe el paso del tiempo de las mujeres como una etapa de mejora y crecimiento y es por ello que, tras el *apagón*, las mujeres han preferido frases como *sólo las mujeres podemos entender lo que nos pasa* o *es cosa de mujeres* que perpetua la privacidad del cuerpo, agrietase el estado de comprensión cuyo

¹⁴² La draculina es una glicoproteína que se encuentra en la salvia del vampiro actuando como anticoagulante para evitar que la sangre se coagule. Actualmente está en estudio por la posibilidad de funcionar como tratamiento en accidentes cerebrovasculares o que tenga relación con la isquemia.

único placebo ha sido la *alimentación farmacéutica* para saciar la *enfermedad periódica*.

El silenciamiento social es el culpable de que las mujeres vivan la menopausia en la inexpressión corpórea. Una sociedad orientada a la juventud es una sociedad que maltrata la vejez, cuyas prácticas del *cuidado* están orientadas a la imagen del común biométrico (delgadez, piel firme, sin pérdidas de orina, sin canas...); es decir, una serie de mutilaciones corpóreas y mandatos culturales que hacen que la menopausia y sus procesos sean vividos en solitario y en soledad. Borrar la expresión del rostro es también borrar parte de la identidad, es menospreciar los procesos. La menopausia, por tanto, es también un tipo de violencia corporal, quizás una de las más invisibilizadas.

“Un cambio hormonal en el que ya no puedes tener hijos ¿no?, que tus, por dentro cambias, no sé cómo decirlo, que tus hormonas, cambian ¿no? pa’ estar más en reposo ¿no? (...) pues igual como que ya no valen ¿no?, que ya no valen para, y hay mujeres que les llega la menopausia pronto, o sea jóvenes (...) y es como no sé, como que ya no vale ¿no? [Y]

“Que ya no pueden tener hijos, no sé, poco, que también debe ser una pena para ellas ¿no? para algunas un alivio pero para otras igual sentirse igual como que pierden una parte que les hace diferente al hombre. (...)yo creo que han pasado mucho y ahora pues les ha llegado el momento de decir que no, que ya no pueden tener hijos y ya está, es una época, una época de la vida que toda la mujer tiene que pasar” [M]

En ambas conclusiones se reafirma la desinformación con la que conviven las jóvenes respecto a cómo se vive, a como se siente la menopausia y sus procesos y vivencias. La obligada socialización de tener que cumplir con los roles marcados, pone a las mujeres en una situación de autoengaño en tanto que confusas por actuar de una manera desacorde a sus vivencias y sentires.

Bajo el disfraz de la *vejez juvenil* se hostigan por alcanzar unos cánones que quedan muy alejados de sus necesidades, actuando en un sistema de representaciones culturales vacíos de información.

CAPÍTULO 22: EL CONTAGIO DURKHEIMIANO COMO PRETEXTO PARA LOS GÉNEROS DISCURSOS.

22.1 CONVIVIR EN UNA SOCIEDAD DE MUNDOS DESIGUALES.

“Es la acción de la sociedad la que ha suscitado en nosotros unos sentimientos de simpatía y de solidaridad que nos inclinan hacia otro; ella es quien, moldeándonos a su imagen, nos ha imbuido esas creencias religiosas, políticas que gobiernan nuestra conducta; es por poder desempeñar nuestro cometido social por lo que hemos trabajado en extender nuestra inteligencia y es también la sociedad quien, al transmitimos la ciencia, cuyo depósito tiene, nos ha suministrado los instrumentos de ese desarrollo” (Durkheim, 1992:108)

A este armazón de paridades y disparidades discursivas entre los sexos, y las diferentes expresiones que emanan de la sociedad acerca de los M.E.M, utilizamos el concepto de Durkheim *efecto de contagio* para explicar la epidemia a la que se asiste cuando hablamos de malestares, y de qué manera dicho efecto permite diálogo biológico-cultural de lo que debe y no debe ser.

Se quiere explicar desde los discursos y la etnografía, cómo las causas que provocan los malestares no son propiedad de las personas sino transmisión de valores, infundados en las creencias ortodoxas de la medicina y la heteropatriarcalidad que por *contagio* (roles y estereotipos), crean y sostienen unos mecanismos socializadores alejados de la ética del cuidado, de la moral y de la vigilancia deontológica.

“Pero la sociedad no puede desintegrarse sin que, en la misma medida, no se desprenda el individuo de la idea social, sin que dos fines propios no lleguen a preponderar sobre los fines comunes, sin que la personalidad particular, en una palabra, no tienda a ponerse por encima de la personalidad colectiva” (Durkheim, 1992:106)

La autólisis de algunas mujeres, producida en parte por opresión y mantenidas por las estructuras de poder y relaciones de rivalidad Lagarde (1997), crean un estado de sumisión y desempoderamiento que hace que las mujeres se vean sometidas al suicidio

en tanto que esclavas de sus cuerpos y de sus procesos.

En la expresión popular *hombres que rezuman* y *mujeres que sollozan*, se quiere explicar y hacer partícipes a quienes por falta de empoderamiento y desinformación atentan en sus actos, la violencia contra las mujeres. Un tándem entre hombres-hombres; mujeres-mujeres y hombres-mujeres que enfrentadas y condicionadas por los límites sociales, se ven envueltas en un suicidio casi continuo.

El agotamiento del bienestar conduce al malestar, debido a la decrepitud de una sociedad desolada por los valores y es por eso que en este sentido, hombres y mujeres están siendo víctimas y supervivientes de los malestares, aunque por la diferenciación entre las afecciones del malestar entre hombres y mujeres, hacen que ellos queden, mayormente, en una posición “*potenciadores del suicidio*”, puesto que son las mujeres a las que más repercuten.

En esta catarsis de intentar “entender lo que me pasa”¹⁴³ o “hacer algo bien por ellas”¹⁴⁴, se encuentra una manera de mostrar cómo los factores relacionados con la biología y el contexto influyen en la aparición de los malestares o, si se prefiere acogiéndonos a la teoría de Durkheim, (1992), del *efecto contagio*, de aquellas prácticas que permiten la aparición de los *suicidios*, más propios de mujeres.

22.2 HOMBRES QUE REZUMAN

“Para mí es todo como un símbolo, o sea, la simbología de puedes ser madre, ya eres mujer, te dan como un título, y luego cuando te llega la menopausia es como que ya te has licenciado y, ya está, en cierta parte pierdes también prestigio, por tener la menopausia y tal, o sea pocas mujeres conozco yo que al tener la menopausia hayan sentido alivio, al contrario, es como que se te quita parte de tu prestigio social, pierdes como parte de, yo creo ¿eh?, parte de tu rol como mujer, es como a un tío, no sé, como decirlo, se le deja de levantar, en parte has perdido tu rol social de ser hombre y... [G.D.4.2]

¹⁴³[G.D.3.4]

¹⁴⁴[G.D.4.2]

A lo largo del estudio se constata como los malestares no son un hecho que acontece solo a las mujeres *per se*, sino que la implicación de los hombres, en sus actos y comportamientos debe ser un tema que esté presente, por eso uno de los objetivos propuestos era tener una aproximación sobre los discursos y prácticas que como sujetos responsables y directos tienen en los procesos vitales de las mujeres.

El objetivo principal es mostrar las visiones y razones de los malestares de las mujeres desde la óptica del género masculino, analizando opiniones y discursos que completan el escenario a estudiar.

A lo largo de la investigación di cuenta del silencio de los hombres cuando se tratan estas cuestiones, y al mismo tiempo como las mujeres, en sus discursos, criticaban la ausencia de los hombres en estos temas. En este vaivén de silencios conjuntos para entender el malestar como un estado ético-moral, se introdujo la voz de ellos para mostrar su desconocimiento y opiniones.

“El tema de la regla es eso, el comienzo de que una mujer atenta a lo que hagas que puede tener un embarazo, que ya es una toma de responsabilidad, no es como eyacular y decir yo me quedo tan a gusto y tan tranquilo”. [G.D.4.4]

Esta reducción sexual al que se ven sometidas, hace que emerja en la sociedad la gerontocracia masculina como mecanismo de supervivencia de su poder, esta vez, bajo paradigmas como vejez y virilidad.

“Yo creo que los hombres también tienen un proceso como la menopausia (...) hay muchos hombres que lo pasan fatal, y creo que no acuden al médico porque son hombres y se les agudiza más el problema” [G.D.2.4]

“(...) algunos les da por decidir vestirse más jóvenes, como sentirse útil, pero de ellos no se habla, no se conoce mucho, en cambio la mujer sí, hasta las propagandas salen de lo que hay que tomar, de los medicamentos y todas esas cosas” [G.D.3.4]

En términos generales el desconocimiento de la andropausia ha sido común, especialmente cuando se hizo alusión a la virilidad como signo de juventud, al cuidado

corporal, a las formas de alimentarse o a las enfermedades asociadas al malestar, propios todos ellos de cambios fisiológicos y hormonales.

La desinformación a la que asisten hombres y mujeres acerca de la andropausia se debe a su carácter meramente sexual como símbolo de masculinidad y poder frente a la significación de las mujeres, concebidas como frías, delicadas y necesitadas de cuidados. Una interpretación importante ya que de ella emanan los mensajes sociales y la reproducción de roles, estereotipos y discursos.

Aquí, la medicalización vuelve a ser el centro de atención que en los hombres se traduce en medicamentos para la obesidad, problemas cardíacos y disfunción sexual no mencionada¹⁴⁵, conceptualizando el cuerpo del hombre como una máquina que debe mantenerse viril tal y como demanda la sociedad, en tanto que sinónimo de masculinidad y dominación en el contexto social.

“A mí me parece que es culpabilizarnos, la sociedad nos culpa, los hombres también tienen andropausia y nadie dice nada de eso” [G.D.3.4]

“La presión hacia la mujer es milenaria por decirlo así, la presión hacia los homosexuales es un colectivo que han tendido a cuidarse y a presionarse más, y los hombres parece que en ese camino de esa presión han sido los últimos en llegar ¿no?, igual los últimos en llegar más hacia el cuidarse mucho, igual el gordito que diríamos, ya tenía presión de antes, el insulto del cole, del chico gordo” [G.D.4.3]

Los diferentes procesos por el que pasan hombres y mujeres, tiene una afectación fundamentalmente identitaria, económica y de salud, en tanto que roles y estereotipos influyen en la participación social y comunitaria haciéndose visibles en las esferas sociales de maneras muy diferentes.

Con esta carga de identidad femenina, mujeres, niñas y homosexuales se han visto reducidos a la esclavización de los cuerpos y a la opresión de la sociedad a la hora de

¹⁴⁵ Se habla de disfunción sexual no mencionada al silenciamiento y miedo de los hombres hablar de ello. La pérdida de la virilidad es un tema tabú del que muchos hombres prefieren no hablar. Sustraerles de esa identidad es llevarles a la pérdida de dominación, por lo que virilidad y poder van de la mano.

cumplir con las normas sociales.

Las imposiciones de una sociedad *cuerpo fóbica* han servido para denigrar a las personas por su condición de ser corpóreo, haciendo que la diversidad de los géneros y los cuerpos queden estancados en la dicotomía científica del ser flaco/a o delgado/a.

Todos los ciclos vitales están cargados de significados, y éstos a su vez sustentados por expectativas, que se encargan de exigir comportamientos diferenciados por generaciones y por prácticas culturales.

“En cambio con las mujeres es como pues está, pues como todo, tenemos un mal día y ya pues estás con la regla, o sea, parece que tiene un contenido la regla súper peyorativo, no lo comparto, pero también es cierto que la visión general es esa, la regla se relaciona directamente a una mujer que es insoportable o una mujer que no hay por dónde cogerla, con el famoso dolor de cabeza” [G.D.4.2]

La gerontocracia masculina y la virilidad han puesto en valor los discursos y prácticas en un sentido muy limitante y desigual, haciendo que las mujeres se vean relegadas a las percepciones y exigencias sociales. Todavía existe una enorme diferencia en la comprensión y en las actitudes, y a lo largo de las entrevistas se ha visto cómo son ellos los que aún hoy siguen ausentes, no solo de los procesos vitales que afectan a las mujeres, también de los suyos propios.

Establecer alianzas para evitar etiquetar y desidentificar, es una cuestión bidireccional donde ambas partes deben estar dispuestas aceptar la diversidad de cuerpos, prácticas y procesos.

“Y ahora con mi nueva pareja, le dije, es que estoy con la regla, y me dijo, ¿y qué? Y yo pues genial, pero eso depende de la actitud de los hombres, si ellos lo ven como algo asqueroso pues tú te sientes limitada y te sientes mal, en cambio cuando ves que a ellos les da igual que te aceptan como es tu vida y tus ciclos, tú lo interpretas de forma diferente, no sé si me explico, pero es diferente sensación y yo creo que fíjate, une más la relación” [G.D.3.5]

Si bien es cierto que han aparecido hombres más concienciados, y en los talleres

formativos realizados se han visto cambios, los discursos siguen siendo de responsabilidad para con las mujeres en todo lo que afecta a sus procesos. Se habla de comprender pero ¿en qué sentido y bajo qué términos y condiciones?

“Normalmente te lo comunica para avisarte, creo yo, para no crear conflicto, una chica no te lo comunica porque sí, estoy acatarrado sí, tengo la regla sí, pero normalmente, es que estoy nerviosa, es que tengo la regla, es que... es como una justificación, pero luego tienes que actuar normal porque tiene la regla, pero no es un enfermedad, ahí hay una, es verdad que hay un rollo hormonal y cosas de ese estilo pero, la mía, es la de comprensión, yo pienso, hay que comprender a esta chica” [G.D.4.5]

“No, pero la primera reacción en las chicas cuando pasa la menopausia, las señoras, que ya por fin se van a librar de estar con el marrón de sufrir la regla, de pendiente de mirar una como se diga eso, unas varillas para ver si estás embarazada, es que de pronto es toda esa que afecta, la menopausia no sé cómo es, pero al final la regla es como un amigo que viene de visita cada mes, pero es tu amigo, y de pronto si es algo que forma parte de ti, y de pronto no lo tienes, no te quitan un brazo pero de pronto pierdes una esencia tuya, a lo que voy, es que esa crisis que deben pasar las mujeres toda la vida con eso y de pronto perderlo, aunque sea una mierda, tiene que ser dura pero luego a la vez está la libertad” [G.D.4.5]

A lo largo de la investigación y en los encuentros que mantuve con mujeres que trabajaban en esta área, me hablaron de los avances en tanto que en ellos empezaban a suscitar curiosidades e inquietudes, pero que todavía existía un desconocimiento que les limita a comprender qué supone ser una mujer menstruante, menopáusica o incluso la elevada exigencia de tener que cumplir con unos cánones de belleza.

“La propia regla tiene unas variantes en la propia misma persona, pero también es una carta muy recurrida, es como, tendrá la regla, es como ¿qué le pasa? Pues igual la regla, como suele ser la regla, como, aunque a veces no lo sea, lo dicen, porque es como tan recurrido... ¿qué te pasa? estás borde, pues tengo la regla, y es mentira, pero como estamos ya tan acostumbrados” [G.D.4.2]

A pesar de los avances y de la puesta en práctica de discursos sociales más

igualitarios y comprensivos, la justificación del malestar sigue pasando por una causa biológica y por un proceso inequívocamente evolutivo, lo que genera que el cambio dialéctico a veces se quede en la teorización y no en la praxis para el cambio científico.

“Todos podemos pensar en un millón de ejemplos en los que si ofrecen a los hombres un poco más de información, más habilidades, y aliento, ellos mismos pueden servir de más apoyo, comunicativos y el cuidado de sus parejas sexuales y miembros de la familia. No es ataque científico, pero todavía no está sucediendo a gran escala significativa” (Greer, 2007:1)¹⁴⁶¹⁴⁷

En la participación en Naciones Unidas Mujeres en el Diálogo Social para la Sociedad Civil del 21 al 24 de Octubre de 2016, se habló de que las identidades y los roles de géneros no son inmutables en tanto que cambiantes según los contextos, y se hacía alusión a la necesidad de implicar a los hombres en estos cambios, no sólo a través de sus discursos, también como se decía a través de una práctica que pasa por desconfigurar la masculinidad, desmitificar roles y evitar la reproducción.

22.3 MUJERES QUE SOLLOZAN

En estas siguientes líneas se hace una aproximación a cómo las mujeres han sido educadas desde la antigüedad a luchar y competir contra otras mujeres, esta herencia cultural se observa sobre todo en las relaciones de pareja o en la expresión del cuerpo.

“He aprendido una cosa en toda mi vida, la supervivencia, somos seres que hemos aprendido a sobrevivir, sino no hubiéramos salido de las cuevas, pero es que hoy en día seguimos en la selva, es urbana, es moderna, es como teatralizada pero es una selva y hay que aprender a sobrevivir y a cuidarse a una misma, porque los hombres tiran mucho de que les cuidemos a ellos. [MJ]

La consecución de puntos discriminatorios que en mayor medida recaen en las mujeres, hace que emerja la rivalidad entre las mismas, no sólo en el proceso de estar en

¹⁴⁶Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer (ICRW)

¹⁴⁷ TP

pareja, sino en el trabajo y en las propias relaciones interpersonales y familiares.

Autoras como Lagarde (1997), hablan del concepto de rivalidad como un mecanismo que tiene la sociedad para seguir perpetuando las desigualdades de género.

“En la manera de vestir sobre todo, porque tú no puedes ir igual que, una falda muy ajustada o muy corta, pues te dicen cualquier tipo de cosas, en plan como guarra o, no puedes vestir igual que las demás, te quiero decir (...) la mujer en ese tema está más, si te vistes con muy poca ropa y así ya te estás tentando que te violen, ya eres una guarra y no puedes ir vestida así, y es que entre nosotras mismas lo decimos y es horrible ver cómo ni nosotras mismas nos ayudamos, y eso se ve” [M]

Las relaciones entre mujeres se ven minimizadas en tanto que su rivalidad la hace responsables y culpables de las relaciones que establecen entre ellas mismas, de hecho en las formaciones que he realizado¹⁴⁸ se ha puesto de manifiesto la necesidad de sentirse más conectadas entre ellas mismas, pues sentían que las críticas están muy presentes en sus vidas, y el ataque entre ellas es más fuerte que entre ellos.

Asistimos a no sólo una diferenciación entre sexos, también a una doble diferenciación: con los hombres por el patriarcado, y con ellas por la rivalidad, condicionadas ambas por las situaciones de presión que viven y la descalificación que emerge por vivir sumidas en constante competición. La aparición de la envidia desde el sostén de las estructuras del poder, las mantiene en una guerra de *intersexos femeninos*, distinta a las relaciones entre hombres.

“Los chicos yo creo que por mucho que digamos que han avanzado, muchas veces también se ríen de ello, porque a ellos les hace gracia este tipo de anuncios, quiero decir, les gusta verlos y se sienten más machos (...) yo creo que ridiculizan a la mujer y les hacen sentir débil o pobre sin poder sobre nada, simplemente por, yo creo que porque temen que sean mejor que ellos” [M]

“Yo creo que las tías tenéis un problema en eso, y estás siempre metiéndooos

¹⁴⁸ Formaciones realizadas en el ámbito de las organizaciones como Federación Mujeres Jóvenes y Lamias, Mujeres Jóvenes de Navarra. Así como por iniciativa propia. Están explicados en el capítulo 2 que versa sobre la metodología empleada.

entre vosotras, metiendo baza y más mierda cuando no la hay. Yo cuando escucho eso es que no entiendo como podéis hablar así, y luego tan colegas o bueno ni os saludáis. Eso entre nosotros, los tíos, no pasa, hombre sí, tenemos nuestras historias y nuestras movidas, pero como todo ¿sabes? Pero así en plan de si el cuerpo, de si está con este o si decide yo que se ostias, pues no” [T]

La toma de decisiones de las mujeres se ven limitadas por las estructuras de relación, de parentesco y de género y otras formas de poder basadas en una lógica patriarcal, y que de forma no intencional las mujeres reproducen como instinto de supervivencia en tanto que dominadas y subordinadas a las estructuras sociales.

El concepto de *habitus* (Bourdieu, 1997), ha permitido comprender cómo las prácticas vienen definidas no sólo por las estructuras sociales, sino por la influencia en pensamientos y acciones promovidos por la sociedad desde la naturalización.

“Entre nosotras mujeres muchas veces somos crueles, yo te digo, yo tenía una jefa, la doctora, ella prefería trabajar con hombres y no con mujeres, porque ella misma decía sí dijo que vienen con el problema de la regla, vienen que están embarazadas y piden la baja (...) cuando yo salí embarazada en el servicio, justo ella subió de cargo (...) me mandaba a cada rato llevar papeles, trae papeles, y así me tenía (...) ella cambió un poco cuando tenía pareja (...) esa etapa se notó bastante el cambio y se notó que le faltaba ese afecto, esa tensión...” [G.D.2.3]

Las competencias y las amenazas que reciben y manifiestan las unas con las otras, es cada vez más expuesta. La rivalidad ejerce de mecanismo para potenciar la enemistad entre géneros. Esta subordinación, hace que se aprovechen y utilicen esas enemistades para manipular, más si cabe, el cuerpo de las mujeres. ¿Quieres ser más bella que tu amiga, madre o hermana? No te preocupes, que lo puedes conseguir.

Otra de los temas aparecidos en las entrevistas ha sido la descalificación por llevar a cabo una serie de prácticas vinculadas a los roles tradicionales, sintiéndose descalificas y en constante desvalorización personal.

“Yo si conozco a una mujer que se le retiró a los 42 y ha vivido toda su vida con depresión, lo que pasa que su fuga es trabajar, trabajar y trabajar, pero sí, y

con el marido algunas cosas que dice, yo claro la veía tan joven que claro, es que el marido estas cosas están ausentes” [G.D.3.5]

Las mujeres siempre han guerreado contra ellas mismas por el poder del atractivo femenino, y nunca se sienten lo suficientemente bellas para sentirse plenas. Aunque hablamos en términos generales, por la propia experiencia en mis años de investigación y trabajo, diría que más del 90% de los casos reconoce no sentirse del todo satisfecha, por unas cosas o por otras, por las situaciones que pasan, por los cambios emocionales.

La búsqueda de la perfección y la juventud eterna, es una gran batalla que lidiar a cada minuto, y que invita a pensar ¿cuándo dejaremos de ser esclavas?

“ (...) no creo que sea solo culpa de la sociedad, insisto, o sea tú ves a los Hooligans y los forofos del fútbol en los estadios están jaleando y enamorados de hombres la mayoría de ellos con cuerpos perfectos, se lo pasan pipa, son felices durante el partido y se vuelven a casa y siguen igual de enamorados de los jugadores de su equipo(...) las chicas que están en la moda, y que van a todos los desfiles y todas las semanas de la moda, los ven, les encanta y demás pero vuelven a casa pensando tengo que ponerme a dieta porque, mira lo que he visto y mira como estoy” [B]

Este ángulo de observación de los malestares, tiene relación con la elección y el mantenimiento del éxito social compuesto por una imagen perfecta y una disponibilidad absoluta de los espacios de las mujeres en la sociedad. Esta necesidad impuesta de ser para alguien descuartiza la capacidad de decisión.

“Es que yo no sé tú, pero parece que sea un vicio, ¿no os da esa sensación? Es decir, yo a veces pienso que no quiero hablar mal de alguien, que siempre coincide que es mujer, pero joder, es que no sé qué pasa que acabo hablando mal, y me jode, no es fácil, o yo eso creo, te influyen mucho tu alrededor, e incluso a veces pienso que lo digo, aunque sea en voz baja o simplemente me ría ¿sabes?, pero lo digo para no sentirme sola o yo que sé,, una chorrada porque lo que hacemos es jodernos más, no estamos jodidas, pues más aún. No sé, nos tienen bien agarradas este machismo, y es que de nosotras depende, o eso o nos vamos todas a la mierda, y soy así de clara porque lo veo día a día, y me molesta, no se vosotras” [G.D.1.3]

Un ángulo de observación que limita a las mujeres en su toma de decisiones; Además de no perder el protagonismo se crean estructuras de rivalidad con la finalidad de sentirse en cierta manera útiles, y hacen de esa rivalidad de género un campo de inseguridad y frustración que permanece escondida.

CAPÍTULO 23: PROYECTO NO SEAS PRESA DE LA TALLA

23.1 ¿QUÉ PROVOCÓ NSPT?

El proyecto No Seas Presa de la Talla (NSPT), supuso un salto fundamental a la investigación etnográfica activista, colaborando con organizaciones que se dedicaran a trabajar en cuestiones como el cuerpo y la violencia simbólica.

Este capítulo pone el foco en las experiencias vividas a lo largo de los tres años del proyecto, y un análisis, también, sobre mi participación como docente e investigadora en los dos cursos desarrollados¹⁴⁹, exponiendo, recopilando y reflexionando sobre el activismo y la educación no formal en materia de malestares y especialmente de problemas del comportamiento alimentario en adolescentes.

Documentar esta experiencia como una forma más de método analítico es dar una oportunidad a otras esferas de trabajo que realizan las organizaciones; es hacer un hueco a las experiencias de cada una y es ofrecer un camino para entender de qué manera se entiende esta problemática social, permitiendo especializar más si cabe el objeto central de esta tesis.

Este tipo de trabajos y formaciones activistas dan un soplo de aire fresco a la hora de abrir el debate teórico-filosófico en tanto que la diversidad de opiniones enriquece el debate que estructura y dirige el propio curso, desde lo profesional a lo particular.

¹⁴⁹ La información detallada se encuentra en anexo III.

Un curso¹⁵⁰ que se ha regido por cuatro bloques, y del que a continuación se presenta un análisis de las temáticas que versaban sobre las influencias médicas y farmacéuticas, sobre conceptos como trastorno, enfermedad, malestar, salud, cultura, identidad, género y sobre la manera en que se relaciona con el fenómeno M.E.M.

23.2 MODOS QUE ESCONDE EL MALESTAR

Los conceptos no son entidades simplemente lingüísticas, están cargados de significación. Los conceptos reflejan la manera en la que vemos el mundo, como nos relacionamos en y con él y como lo construimos desde nuestra visión y cultura.

“La persona está en su historia, tiene biografía y lo que le ocurre y sus síntomas tienen significados; así no es tan importante describir, clasificar y diagnosticar sino interpretar y comprender significados” (Velasco, 2006:7)

En ese malestar existe toda una simbolización de los sexos que, como refería Lamas, (2000), se absorbe por la psique y es traducida y desarrollada en prácticas y formas de ser y estar en la vida, diferentes a lo normativo.

Los modos en que se interiorizan estos malestares pueden generar trastornos. Sería entonces los TCA una forma de violencia simbólica, en donde la belleza estaría construida por los significados válidos en sociedad y legitimados.

“La definición de conducta por ejemplo, en la RAE varía de unas acepciones a otras. Mientras que en la primera aparece directamente relacionada con el comportamiento y parece ser que sólo se refiere a los ‘hombres’ (1.f. manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones), en la octava deja entrever posibles influencias externas o internas (8.f. Psicol. Conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación). Según la anterior definición se plantea el comportamiento desde ‘rigurosa intención y libre de todo condicionamiento’ y yo no creo que sea así” [Alu.5]

Se hizo un ejercicio de pensar la manera en cómo hablamos, y cómo nos

¹⁵⁰ Incluir módulos

referimos cuando atendemos a enfermedades. El debate sobre si hablar de conducta, trastorno o comportamiento, generó muchas reticencias, contradicciones y a la vez interés general, puesto que dicho planteamiento les desestructuró la idea del curso.

Este primer paso, hizo que la formación fuera intensa y con muchas reflexiones sobre qué entendemos por malestar, apareciendo también la cuestión de ser o sentirse en un cuerpo diferente al que se posee, por tanto cuestionar la feminidad en la sociedad.

“Las personas homosexuales y aquellas mujeres que se ven diferentes a las mujeres que se anuncian o que vemos en la tela, en las revistas, en las películas, empiezan a verse diferentes y quieren ser socialmente aceptadas y creen que para conseguir ser aceptadas deben de buscar gustar a los demás” [Alu.20]

“No creo que se trate de una enfermedad mental (trastorno) creo que tiene más sentido hablar de malestar dándole mayor peso al contexto cultural y sobre todo a la importancia de cómo nos transmiten la feminidad” [Alu.6]

La actitud violenta que emprende una mujer para adquirir el ideal estético que se le impone y la relación con una dominación masculina hacia el cuerpo para someterla a los mandatos de género, determina el mundo y las maneras de entender las corporalidades, sin tener en cuenta las necesidades individuales y adaptándose a estereotipos sociales que se transmiten desde el exterior.

“Considero que el llamado problema alimentario es la materialización y evidencia de un malestar social y personal. La anorexia, la bulimia, la disorexia... son el estanque fangoso de una sociedad que produce y reproduce diariamente complejos, infelicidades, disforias, polaridades... a las que después categoriza y enferma.” [Alu.30]

“La mayor de parte de estas conductas se dan en países desarrollados (creo que en los países del tercer mundo son casi inexistentes) y en personas con un nivel medio-alto de vida lo que me hace pensar aún más que la culpa es del entorno en el que se mueve la persona la publicidad, y las medidas de venta y marketing de grandes empresas” [Alu.62]

Pero el malestar no solo se encasilla en comer o no comer tal y como se ha venido

exponiendo; el malestar es aquella sensación que se inserta en la percepción de los cuerpos que no corresponden a la realidad presentada. Hablamos de cómo esas imágenes de cuerpos proyectados influyen incluso en el ámbito laboral, o cómo una mujer es tratada en situaciones e itinerarios en donde el cuerpo pasa por procesos de cambio, como el caso de las embarazadas.

“Tuve un bebé hace 9 meses y cuando me incorporé al trabajo el comentario que más oí fue que me había quedado muy bien después del parto. No me preguntaban si estaba feliz, o como llevo el cambio de vida, la atención iba directamente a mi aspecto físico y concretamente a mi peso” [Alu.9]

Aunque este tema se tratará más adelante, si ha sido una cuestión que ha aparecido no solo en los cursos, también en las entrevistas realizadas y grupos de discusión. La maternidad, no sólo entendida como la imposición de tener que ser madre para ser mujer, sino la maternidad como identidad corporal.

Se está asistiendo a lo que he llamado el miedo del *cuerpo materno*, entendiéndolo como la fobia que muchas mujeres tienen a engordar o a que su cuerpo no vuelva a ser como el de antes, otro tipo de malestar que ha propiciado cirugías estéticas y modificaciones corporales nada más dar a luz.

Paralelamente, se habló del uso legítimo o no del DSM, en tanto que rodeado de epistemologías que se generan en círculos de poder, sometiéndolas a presiones sociales, culturales, económicas e incluso políticas.

El debate giró sobre si era necesario y útil un sistema de clasificación y diagnóstico como ese y las diferencias de opiniones emergieron en función de las formaciones de cada persona, siendo más pro DSM las que tenían un perfil de carácter psicológico o venían de ciencias como la farmacéutica o medicina; mientras que las de un perfil más social ponían en cuestión su validez.

“Si considero útil que haya un organismo que se dedique a la investigación concreta de este tipo de enfermedades que cada vez están más extendidas y que sirvan como referente para otras personas profesionales del ámbito de la salud”
[Alu.12]

“Si lo tratáramos como un problema de las personas, estaríamos haciéndola culpable de lo que realmente son un conjunto de estereotipos y exigencias externas que no resultan fáciles de manejar, y que no sólo afectan a aquellas que definitivamente desarrollan un TCA, sino a todas las que convivimos con esta sociedad” [Alu.5]

“Durante mucho tiempo en nuestra sociedad la masturbación femenina fue diagnosticada como un trastorno psiquiátrico y estas mujeres sufrieron la quema e incluso extirpación de parte de sus órganos sexuales (...) ejemplos que pueden poner en tela de juicio la supuesta objetividad y científicidad sobre la que se sustentan los parámetros de diagnóstico psiquiátrico que constituyen este tipo de manuales” [Alu.3]

La duda, el análisis y la crítica en este punto han supuesto una inmersión importante a la hora de repensar el sistema para el cual se rige el ámbito sanitario y toda su estructura. El modelo, la teoría, la epistemología feminista, y una visión más antropológica de los malestares, son el punto clave para una panorámica más global y menos clínica y para ello se habla a continuación de la feminización de los malestares.

23.3 LA FEMINIZACIÓN DE LOS MALESTARES CORPORALES

La teoría feminista ha sido la responsable de mostrar desde las diferentes disciplinas que lo femenino no es innato, no es una tabula rasa, sino que se articula con otros canales de expresión y significado, configurando el sistema sexo- género.

Lo diverso y diferente está penalizado y es motivo de expulsión, por lo que la sociedad reclama uniformidades corporales y genera feminización en malestares que se ven rodeados de sometimiento y falta de empoderamiento y valoración personal.

“El ideal de belleza y la feminidad copa los medios de comunicación y la publicidad, de tal modo que las mujeres aprendemos desde una edad muy temprana que deseamos invertir cantidades ingentes de tiempo, energías y sobre todo dinero, en alcanzar este ideal y sentirnos avergonzadas y culpables cuando fracasamos” [Alu.42]

“Lo ideal sería romper con la feminidad como símbolo de sensualidad y sexualidad, enlazando con un discurso pro LGTB. Romper con todo los roles de género y propiciar el empoderamiento, la confianza y la seguridad de cada persona. No existe una belleza, sino bellezas, diferentes y únicas, cada persona tenemos una forma de belleza.” [Alu.18]

Hablamos de una feminización de los malestares, en tanto que dicha opresión no se gesta de la misma manera en los hombres cuyo éxito no pasa por la esfera de la corporalidad ni de la maternidad; y ahí se desvela que la cultura es un componente importante en el arranque del establecimiento de relaciones y sensaciones desiguales. Una cultura creada por el sistema que refleja la enfermedad social, es una cultura que patologiza sin escrúpulos y erróneamente.

“Todo ello, nos ayuda a entender cómo tradicionalmente, siendo vista la mujer como el segundo sexo, estudiada desde la universalización masculina se ha intentado controlar su cuerpo de forma que se asemejara lo máximo posible a la biología masculina. En este aspecto, si podemos encontrar una relación directa entre presión ejercida contra las mujeres y el deseo de control de la menstruación” [Alu.7]

El caso de la menstruación, curiosamente fue el más llamativo, entendido como un “maltrato social” donde entre las discusiones dadas a lo largo de la formación, se exponían casos y centraban el tema en si la sociedad persigue y controla los cuerpos, y la menstruación de las mujeres como una forma de someterlas o como una vía para convertirlas o aproximarlas a los hombres como efecto asimilacionista.

“Una forma de ejercer está presión sería el control de la menstruación, por el cual se sigue considerando la biología de la mujer como algo aparatoso y alejado de la normalidad que supone la biología masculina” [Alu.5]

“Me ha sorprendido ser testigo de cómo una trabajadora social que trabaja con discapacidad intelectual ha llamado la atención a otra compañera de trabajo de unos 30 años por dejar en la papelera del bajo a “la vista” el plástico de un tampón, argumentando que “queda muy mal” si tiene visitas que utilizan el baño de mujeres (lógicamente también mujeres) y pidiéndole que a la próxima vez lo envuelva en papel antes de tirarlo a la papelera para que no se vea” [Alu.33]

La menstruación no es sólo un tabú, es suciedad, es un estado que precisa de discreción y que se relaciona con la reproducción, un punto esencial (para quienes quieren ser madres) a la vez invisible, y un impedimento social.

“Es algo necesario pero invisible, es decir, la menstruación socialmente es tabú, es mala pero necesaria, así que las mujeres deben soportarla porque es su deber; siempre por supuesto sin hacer mucho ruido” [Alu.52]

“No es de extrañar en un mundo donde se nos exija luchar el doble por conseguir las mismas metas que los varones, la regla sea un impedimento no tanto por las características reales de las mismas, sino por todo el aprendizaje desde niñas acerca de la misma” [Alu.19]

En este punto del discurso, se atiende a la doble dimensión de la menstruación, fuera de lo que el sistema impone, se habla de un discurso reaccionario (aquellas personas que no se sienten mujeres y deciden erradicar su menstruación) frente al asimilacionista o convencional.

Los procesos de salud han adquirido tanta importancia en la cultura y en la construcción de la identidad, que la patologización es uno de los pilares casi necesarios, por lo que el cuerpo defectuoso debe ser corregido y los procesos controlados.

La reacción frente a esta crisis de identidades pasa en algunos grupos a la acción-reacción, en este caso, la erradicación menstrual, como reacción reaccionaria.

“La menstruación se ha demonizado en nuestra sociedad. Hay que disimular a toda costa con compresas cada vez más planas. Cuidar el olor. Eliminar molestias... hay que hacerla confortable y llevadera por la sociedad, pero lo que sienta la mujer o como la viva ella no tiene ninguna importancia porque no es importante” [Alu.8]

“No obstante el reto continúa siendo ocuparse de la menstruación (y de muchos otros procesos biológicos de las mujeres) con el rigor científico que merecen, para así darles la importancia que tiene dentro del ámbito de la salud, ofrecer tratamientos efectivos para las mujeres y darles la valoración que merecen en una sociedad en la que la reproducción continúa, siendo un elemento clave” [Alu.20]

También se hablaba de la relación con las actitudes y pensamientos como vestir de determinada manera, la diferenciación del cuidado o las diferentes percepciones que cada quien tiene en función de su recorrido vital.

“La obesidad por tanto, puede ser una respuesta a la desigualdad de los sexos, una rebelión contra la impotencia de la mujer, una disconformidad con su rol social, un rechazo simbólico a las limitaciones del rol de las mujeres, un arma de lucha ante las manifestaciones opresivas de la cultura sexista” [Alu.16]

Sea como sea, el punto final de este tema es tratar de entender porque las reacciones hacia un cambio de modelo o identidad en la posición de las mujeres en la sociedad pasa por la asimilación de comportamiento y estilos más masculinizados.

A lo largo de estos cursos se ha constatado como la sociedad se concibe desde las polaridades, desde las dicotomías, desde lo femenino y lo masculino, generando una guerra de sexos y descalificando e infravalorando lo que no está escrito como normativo y asumido como viable.

III. NARRATIVAS GLOCALES

CAPÍTULO 24: LA ÓRBITA CULTURAL

24.1 LA CULTURA FACILITADORA DE LOS DISCURSOS.

"Las funciones del cuerpo femenino como un" texto "de la cultura; es una de las formas simbólicas sobre la cual se inscriben las normas y prácticas de la sociedad. Los cuerpos de las mujeres pueden ser abordados como artefactos culturales; la cultura se encarna y literalmente inscrita en el cuerpo, donde se reproduce y mantiene categorías sociales " (Lee & Sasser-Coen, 1996: 16)

El ámbito de la cultura está constantemente cambiando e interactuando en función de las tendencias. Las hibridaciones, apropiaciones culturales, la transmisión de valores, de normas ético-morales, la incorporación de sistemas y hábitos culturales son los precursores de la elaboración simbólico-cultural que define a las personas.

La óptica de la antropología es fundamental para discurrir entre los diferentes significados y significantes que articulan los problemas, analizar las similitudes y también las discrepancias en cómo se conceptos como enfermedad o salud.

"Todo el tema de cómo la sociedad está influyendo en nosotras, las cargas que históricamente llevamos las mujeres al cuidado, la entrega ¿no?, creo que eso también hace que estemos un poco dando vueltas, igual algunas que no, que puede haber mujeres que no son tan conscientes de porque la fibromialgia es incidente en mujeres ¿no?, o sea que causas ¿no?, o que es lo que provoca, de donde viene... y el tema de las depresiones, del cuidado, de las dependencias ¿no? al final el rol que nos hace históricamente como mujeres, pues bueno influye." [C]

La pérdida de identidad se basa en no saber el porqué de las cosas; y por ello es necesario entender el origen de las actitudes y comportamientos llevados a cabo y que hacen mella en el discurso social predominante en el sistema.

Este estado psicológico de indefinición identitaria se manifiesta a través de los tres procesos vitales y es uno de los ejes comunes sobre la que versa la tesis.

La percepción que se tiene de sí, y que varía en función del rechazo o aprobación de las demás personas es el motivo para la aparición de signos y síntomas encasillados como enfermedades mentales, una de las lacras sociales más potentes y silenciadas que afecta sobremanera a la población joven, que son en mayor medida mujeres.

Pero no únicamente son ellas las afectadas ya que si analizamos las confluencias culturales de los países desarrollados que se orientan a la juventud como un estado de vitalidad, la percepción de la menopausia se ve truncada por aspectos como vejez y pérdida de la sexualidad, por tanto del disfrute y el gozo de vivir.

Este discurso social es precisamente el detonante de sumergir a las personas en la fragilidad de su propia autoestima y valorización. En esta dimensión opera la cultura y el simbolismo, es decir, de cómo el desencadenante de una desestructuración de los cuerpos en forma de malestares viene avalado por exigencias de la sociedad de consumo y la opulencia.

Mensajes como *Evax, fina y segura, sin pérdidas de orina o pásate ahora all'bran*, actúan como agentes tecnopresores del cuerpo, un punto de partida en donde las mujeres se ven atacadas y sometidas a ritos y costumbres culturales y tradicionales.

“Una sociedad poco sana en general que no cuida las horas de sueño, no cuida los ritmos de trabajo, de descanso, no cuida el ser feliz, una sociedad que es tan frágil en estos aspectos yo creo que es muy fácil orientar hacia donde tú quieres y de controlar (...) no es casualidad que las mujeres hayan sufrido éstas imposiciones de manera tan clara y que vamos, es el mundo la publicidad al final lo que nos esto, y es muy evidente y es tan fácil ponerte 5 minutos a ver los anuncios de la tele” [S]

Han sido varios los discursos que han criticado el uso de los cuerpos en los medios de comunicación, señalando la cultura y los factores sociales como agente motor que justifican las diferentes violencias estructurales y simbólicas.

No se ha de minusvalorar el peso simbólico y social del discurso dominante, pero sí se ha de exigir desde la antropología la ampliación hacia la dimensión política y económica, un conjunto de factores que han sido anulados en el marco social.

Un ejemplo de la afectación de la dimensión económica es el capital y la clase social como mecanismos conexos en el desarrollo de estos problemas sociales. La sociedad de la opulencia se presenta en las personas que más tienen y la libertad de decisión se hace presente para esculpir los cuerpos en la medida que se requiere.

“(...) pero creo que el origen, vamos yo con la chica que te comentado antes, lo teníamos clarísimo, era una chica de clase media muy alta, con una padre que estaba obsesionado con su trabajo, una madre que había abandonado sus... bueno tampoco te voy a contar la vida de esta familia, pero se notaba que aun siendo una familia con muchas posibilidades económicas, incluso formadas, eran dos padres muy formados (...) tenían unas cosas en la cabeza mucho más diferentes, más elitistas por lo tanto mucho más exigentes con todo ¿no?, con el físico, con la popularidad, con todo eso, y eso es lo que había llevado a esta chica, incluso inseguridades (...) pero yo sí que lo veo más en chicas de clase alta que de clase baja, por todo el tema de la apariencia, el aparentar, el físico ¿no?, igual que la cleptomanía, por ejemplo, yo he visto siempre casos más de gente de bien, consumo de ciertas drogas también ¿sí?” [S]

Es de suma importancia apuntar cómo los mecanismos del capital influyen en el desarrollo de los problemas sociales, y es por eso que no solo se habla de cultura o de símbolo como agentes potenciadores sino de ampliar las fronteras a los mecanismos más invisibilizados, el político y el económico.

En el caso de las mujeres estas objetivaciones se incorporan de forma inconsciente, a través de lo bello, del cuerpo, la cosmética, que están a cargo del interior, de la gestión de los bienes simbólicos y del capital. De ahí construyen las socializaciones, como poder de dominación, una representación kantiana que solo sirviera para sustentar a las estructuras de poder.

Ante este papel que juega la cultura, es necesario refrescar la influencia de los medios de comunicación y la representación de las mujeres en ellos. Las más jóvenes son, especialmente, las que más reciben estos mensajes desigualitarios. El uso del cuerpo como objeto en secciones como la cosmética, la limpieza, el hogar, las recluye al uso y desuso de sus cuerpos. Mujeres que valen por su exterior a expensas y demandas de la sociedad, una cuestión ético-moral de doble filo al que se le da escasa atención.

Si bien es cierto que hablar de los medios de comunicación, requiere de un análisis exhaustivo del mismo, esta investigación sí que quiere dejar constancia, aún en la mínima expresión, sobre la influencia y el peligro que estas nuevas vías suponen en la salud de las personas, y más preocupantemente la de las mujeres. Se afirmaría por tanto la cultura como una de las patas hacia la violencia sanitaria, denigración y dominación del cuerpo de las mujeres.

24.2 ENTRE EL DOLOR CULTURAL Y LA MOLESTIA SOCIAL

Esta interpretación que hago del dolor y la molestia, desde la lectura de que el dolor es construido social y culturalmente, surge a raíz de ver cómo muchas de las entrevistadas, experimentaban el sufrimiento como un tema de lesa importancia y que tenía que ser vivido en soledad. El dolor en la menstruación, en la menopausia y en los estares alimentarios está vinculado a la enfermedad, por tanto vivido en la esfera privada. Un tabú más del que lidiar.

“Los puestos de poder y los puestos de decisión es evidente que están copados por los hombres y el poder(...) encima lo más peligroso es que no se ha hecho una reflexión, no somos conscientes de todo eso, y en ese caso la repercusión de las mujeres es directa, yo creo, sin duda además, el otro día decía en la radio que una mujer se quejaba de los sacaleches y llego a pensar que los sacaleches los fabricaban hombres, y miró las patentes y eran de no sé cuántas, el 70% eran hombres” [G.D.4.2]

Es necesario atender a este matiz, especialmente si hablamos de la influencia que tiene en las mujeres la cultura, así como el análisis crítico de cómo el sistema actúa estratégicamente para dominar a las mujeres desde el plano de la molestia social.

Estos campos culturales son por tanto el sostén y el reclamo de una molestia¹⁵¹ social, necesaria para poder servir de advertencia y de correctivo a quienes utilicen estos comportamientos desiguales como reproductores de la sumisión femenina.

En la antropología social y cultural se tienen en cuenta estos parámetros como mecanismos de cambio y transformación que impone la cultura en mayor grado (la del dolor) pero que afecta a la sociedad en general en menor grado (la molestia) en tanto las exigencias culturales se enmascaran en libertades o formas de actuar en sociedad.

Es quizás en este punto donde se debe prestar más atención, de cómo el dolor culturalmente construido es capaz de gobernar los seres humanos con molestias sociales, creándolas como fundamentos naturales del sistema. Es decir, cómo las ideas y los discursos convertidos en prácticas funcionan de catalizadores en el orden social y cultural en los espacios públicos y privados.

“Lo único que buscan es enriquecerse, se aprovechan de la debilidad que tenemos, desde niños que, eh, que se meten con el gordito, los adolescentes, siempre la chiquilla que esta buena, el amigo ciclado (...) que yo he visto en los colegios, la sobrina de mi novia, tiene una amiguita que está gordita, que la humillan, y tiene 6 años, tu imagínate el trauma con 6 años, ya lo tiene para toda la vida” [B]

Es por tanto el cuerpo quien sufre, en su máxima expresión, estas dos vertientes antropológicas: la de la cultura y la de la influencia social, en tanto que la cultura durante años ha sido la madre de los cambios y las transformaciones tal como iba demandando las estructuras del sistema.

Esta fuerza cultural, infiere de manera cuasi totémica en la manera de elaborar un plan de salud propio, llegando incluso a promover verdaderos sacrificios, aunque con ellos, se vaya el deterioro de la salud y el bienestar físico y mental del ser humano. La fidelidad de la belleza y la perfección de los cuerpos, impera como matriz en la

¹⁵¹1. f. Acción y efecto de molestar o molestarse.

2. f. Desazón originada de leve daño físico o falta de salud.

3. f. Falta de comodidad o impedimento para el libre movimiento del cuerpo, originada por algo que lo oprime o la lastima.

cotidianeidad de las personas.

Este dolor cultural también viene determinado por la *infoxicación*, la masificación de prototipos y la gobernabilidad del capital, actuando como determinante de las relaciones personales hacia las demás personas y hacia una misma.

“Nos machacan constantemente, en la tele nos machacan, porque si tú ves alguna revista y dices mira que chica más mona, a mí me gustaría tener los labios de esta chica o me gustaría tener el pecho de esta chica o tal, y ¿sabes? Tú vas por la calle y la mitad de chicas están operadas. Hoy por hoy todo el mundo ¿sabes? La mayoría de mujeres, y es así, no nos conformamos con nuestro cuerpo” [L]

La apuesta antropológica de reflexionar sobre la cultura y los cuerpos es delicada, por el papel que ejerce una y otra en explicar la dimensión corporal y la identidad femenina sin caer en agravios sociales.

Estas estructuras como métodos de control, materializados en prácticas y discursos borran física y mentalmente a la personas. Hablamos por tanto de los malestares como un *locus de control* que permite la desfragmentación de las personas en espacios como el laboral, el del ámbito privado o incluso decisiones como la maternidad de la que hablaremos más adelante.

El cuerpo físico sustituye al currículum profesional basado, claro está, en un intercambio sexual, es decir, de cómo la división de los sexos y su justificación natural en las diferencias y comportamientos sociales, actúan como represores.

“Mi experiencia es tan simple como que yo fui a buscar trabajo y me acompañaba mi madre y llevaba el currículum, yo entro por la puerta y pregunto por el encargado, y a mí me atiende el primo del encargado, y dije que venía a buscar trabajo, y me dijo muy bien, pues nada ya miramos el currículum y ya pues si eso ya te llamaremos y tal, pues es dejar el currículum, dejar de hablar con esta persona, me salgo y nada más salir por la puerta el dueño de la instalación me vio salir, viene corriendo sin haber leído el currículum porque fueron segundos, y me dice si venía a buscar trabajo, y yo dije que sí, y me dijo bueno pues ya lo tienes, empiezas el sábado que viene con tres clases, empiezas a las 10, ¿sabes? No había

visto mi currículum, se guio por el físico(...) Luego otra vez me vio en bañador y me digo, me gustas te quiero para trabajar entre semana de lunes a viernes, te doy dos horas a la semana, y así empezó todo, y no había leído mi currículum, no había leído nada. Es así, es que es así, pero en la mayoría de trabajos, o al menos donde yo me muevo muchas veces es así” [L]

“No nos valoran como mujeres, nos valoran como máquinas de hacer niños, y como vivimos en un mundo capitalista pues solo se te valora por el dinero, y a nosotras como reproductoras” [G.D.3.1]

En este mundo de relaciones corpóreas o de sistema corpóreo, el cuerpo adopta una posición cultural difícil de resignificar, por su vinculación con el sistema capital y por la historia y los procesos simbólicos y sociales a la que se ven sometidas las personas desde su nacimiento.

Es por eso que en estas contradicciones de confluencias culturales, de formas de desnaturalizar las relaciones naturales dadas por la dicotomización, surgen los malestares por lo que no hablamos de *ser* en sociedad sino de *un estar*, y es por eso que este estudio contempla el análisis y la crítica reflexiva sobre la función de los mal/bien estares en la sociedad desde la óptica del género.

En este recorrido de desigualdades surgen las emociones como una herramienta de superación personal, que si bien es cierto actúan de invisibilizadoras del malestar y generan dolor y resentimientos, son importantes a la hora de analizar hasta qué punto las desigualdades irrumpen en la salud a través de las emociones, y unido a esto la sensación de culpabilidad y la victimización como fenómeno común a la mayoría de mujeres que han participado en esta investigación y que se trata a continuación.

24.3 LA CULPABILIDAD Y LA RESPONSABILIDAD EN EL MALESTAR DE LAS MUJERES.

Si entendemos la antropología como una mirada no universal ni abstracta, sino concreta y contextualizada, y por ello la delicada función que ejerce en tanto que adquiere una posición de subjetividad y relatividad, es posible reflexionar sobre la culpa y/o supervivencia desde el más experiencias que racionalista.

“Yo me acuerdo que cuando éramos pequeñas le decían a mi padre ¿Qué has tenido? Y él decía: de lo barato, de lo barato, y éramos chicas, eso sí que me acuerdo yo” [G.D.3.2]

La culpabilidad o la victimización, surge cuando existe discrepancia entre lo que se cree que es una conducta correcta y lo que en realidad se hace o lo que se le atribuye desde fuera a la conducta realizada desde un punto discursivo-simbólico.

Es en este punto, donde los límites del cuerpo expresan sus estados emocionales, y que ha sido común a muchas mujeres. La sensación de culpabilidad, responsabilidad ajena o el trato de victimización que reciben por la sociedad, han condicionado las conductas y los actos a un estado continuo de depresiones, ansiedades y un conjunto de emociones desencontradas que han hecho de la salud un estado enfermizo.

“(…)culpabilidad también, quieras o no, porque ves que estás haciendo algo que no está bien hecho, y sabes que eso te puede traer secuelas, te puede traer pues eso, puedes perder a gente que quieres, por tu comportamiento, porque es lo que te digo yo, yo mi comportamiento ha cambiado, yo me consideraba una persona muy risueña y la gente que a mí me conoce siempre, por ejemplo el otro día estaba haciendo limpieza y tenía postales y eso, y siempre las risitas, la sonrisa siempre ¿no?, y claro yo de eso no me acuerdo, de reírte, esa sensación de risa, es como si me hubiera echado una losa encima y no querer estar con mi gente, con mis amigos, no querer salir, no querer compartir, y entonces esa sensación de culpabilidad la tienes, porque te das cuenta que estás perdiendo muchas cosas” [L]

Este es un caso de una persona que padece un problema alimentario, pero de la misma manera ocurre en mujeres que se ven atadas corporalmente, añadiendo a ello el

componente familiar y social.

“Si alguien es el responsable soy yo, porque aunque ellos hayan cometido errores que también los han cometido, yo soy dueña de mí, yo era la que podía dirigirme y no lo hice, confluyen varias, varias, varias calles ¿no?, por decirlo de alguna manera. Yo soy la que conduzco, y me puedo saltar un semáforo si quiero o no, mis padres desde luego que lo han intentado hacer de la mejor manera posible, no ha salido bien, pero la culpa no es de ellos, la culpa si alguien la tiene, si alguien es responsable soy yo, eso lo tengo clarísimo, no supe plantarles cara, no supe decidirme cuando tenía que decidir, me acomodé, quise complacerles sobre todo que ellos estuvieran orgullosos de mí que, ellos vieron en mí una niña que sobresalía, y quisieron hacer de mi lo que ellos no pudieron ser” [A]

Insistir en la idea de la delicadeza de interpretar discursos como éstos, que hace emerger una sensación de tener que lidiar entre las imposiciones sociales, quien culpabiliza y responsabiliza, y la necesidad suprema de reinterpretar el discurso soberanista con el que bebe la sociedad y los roles adscritos a los géneros, como relaciones de poder.

En pocas ocasiones se ha puesto la influencia del sistema y el patriarcado como coordinada madre en el análisis de estos problemas, cayendo en el error de obviar que contribuyen a la causa para poder centrar la atención en el efecto.

Los malestares en las mujeres no son productos per se, sino generados. De la misma forma que el sentimiento de culpa no es propia de, sino generada.

“Me siento culpable por no tener trabajo, incluso he llegado a pensar que es cosa mía, que no valgo, aunque ahora la autoestima la tengo bien” [B]

“Si, si, y además de siempre, cuando mi hermano pequeñito tenía unos 5 años, mi madre tuvo un accidente de coche (...) estuvo mucho tiempo convaleciente, y la responsabilidad de la casa en parte la asumí yo, a parte de la compra que la hacía mi tía, el tema de la casa la asumía yo, de hecho yo tengo un hermano mayor y cuando mis padres se iban de viaje, la que le dejaban la responsabilidad era a mí, y de mis hermanos, o sea, mi hermano mayor no asumía la responsabilidad de hacerse cargo de nosotros” [E]

Aunque son muchos los estudios que discrepan en entender la depresión u otro tipo de malestares de carácter similar como problema socio-cultural y no como desorden mental, y aquí también hablaríamos del síndrome premenstrual o la menopausia atendiendo a la lectura que se hace de los problemas alimentarios como la expresión máxima del control del cuerpo con objeto fin de pedir ayuda. Estos malestares son también expresiones simbólicas y lenguajes para exigir más atención ante una situación de vulneración y desvalorización.

Cuando se habla de la implicación de los factores de riesgo para justificar que no hay patrones o claridad a la hora de llevar a cabo una intervención, explicación que da paso al entramado médico para actuar ante dicha duda, es necesario poner en valor la influencia de patrones y valores que interfieren de manera directa en las actitudes y comportamientos. Las influencias familiares y sociales son necesarias para no dejar todo en manos de la medicina.

La solución a los malestares violentados desde lo simbólico no es tratarlos sólo como objetos, ya que se olvidan otros patrones que influyen en la construcción de unos malestares por razón de género.

Siguiendo a Posada (2015) hace falta que estas realidades de las mujeres sean entendidas más allá de lo cultural y lo simbólico, y se atienda también a la expresión de dichas realidades; esto es la construcción identitaria.

Es necesario atender a como el escenario de identidad es el creador de los malestares, de las individualidades y con ellas un cúmulo de responsabilidades y culpas que no entienden de influencias externas. De eso se hablará en las siguientes líneas.

CAPÍTULO 25: IDENTIDAD COMO DETERMINANTE DEL MALESTAR

25.1 PERSONAS ENCADENADAS. EL JUEGO DE LAS (DE) CONSTRUCCIONES

*“La complicada tarea de reflexionar sobre mí,
la delicada tarea de hablar sobre mí,
la virtuosa tarea de saber sobre mí” (autora)*

El proceso de identidad es un punto que se ha tratado de forma transversal a lo largo de la tesis pero por la centralidad de la misma es conveniente dar un espacio para ver cómo se conecta con los malestares, y como su carácter universal es indispensable para entender los espacios políticos como herramientas de transformación.

“La deconstrucción de la identidad no es la deconstrucción de la política; más bien instaura como política los términos mismos con los que se estructura la identidad” (Posada, 2015:43)

Cuando hablamos de identidad estamos aludiendo a una conjunción de planos común e indisoluble; es decir, cuando se afirma que las mujeres son inestables emocionalmente, o deben asumir ciertos roles, se está homogeneizando a la mitad de la población, afirmando que las personas sujetas a esas características están inscritas a unos parámetros legitimados de la sociedad, aun estando en posiciones de desigualdad.

En los diferentes encuentros con mujeres, y en el espacio dedicado a la identidad, asumían la fuerte vinculación a los roles y formas de estar y ser en sociedad, subyugadas a los mandatos del patriarcado, o dicho de otra manera, asumían sus estados emocionales en la mayor parte de las entrevistas como un producto propio y exclusivo de ellas y no la entendían como un proceso de construcción continua ceñida a parámetros ajenos, asumiendo el malestar con la pérdida de su identidad.

“Yo es que ahora no tengo identidad ¿sabes?, no tengo identidad, es que ahora mismo estoy perdida, ¿sabes? Ahora mismo es que no sé quién soy, porque no soy Pilar ¿sabes?, porque soy tan cambiante soy tan, cada día me levanto de una manera, cada día...ahora mismo, no me conozco ni yo” [L]

¿De qué manera se interviene en los procesos identitarios de las personas? ¿Sería aceptable que las profesionales de ámbitos socio-sanitarios, hablen de la *falta* de identidad de las personas? ¿Es posible estar exenta de identidad? Profundicemos

Expusieron una tendencia a asociar la falta de autoestima o la pérdida de atributos con el rol de ser mujer y por tanto a una pérdida de su identidad, vinculada a su sexo, es decir, por el hecho de ser mujer desde la visión biológica.

Es cierto que tal como apunta la biología existen diferencias genéticas que justifican el carácter identitario, pero el problema reside cuando toda la justificación de las diferencias se queda ahí, y no se amplían las limitaciones o fronteras para entenderlas más allá de determinantes biológicos, pues ya hemos dicho que la identidad de los seres humanos sería imposible reducirla al nivel orgánico, por los procesos de socialización en los que se ven inmersos mujeres y hombres.

La identidad que viene condicionada por binarismos resulta también definida por las relaciones estructurales de poder, la heterosexualidad y la normatividad (Butler, 1993), que hacen que el género se desestabilice y con ella la percepción de identidad como individuo.

Es necesario definir exactamente qué peso tienen los determinantes biológicos y cuanto los culturales y sociales, en tanto que hay una tendencia a pensar en los procesos de identidad derivados del componente anatómico-genital y no de la interacción del individuo en el espacio. Se necesita de una vinculación dialéctica que permita conocer la identidad dentro de parámetros sociales, culturales, políticos y de género.

“Primero que tengo que decirte cuando te oído la palabra identidad lo primero que me dijeron que me faltaba, que tenía falta de identidad, de autoestima, de seguridad y de decisión, que no es cualquier cosa...entonces en cuanto a la identidad, pues dentro de que hace tres meses era cero, pues el nivel ha subido bastante. La autoestima también, me siento sobretodo, sobretodo útil, eso es lo que más me sube la autoestima, la moral, el optimismo, todo, el sentirme útil, poder ayudar, tanto a limpiar el váter de mi casa, como hacerle unas facturas a mi hermana como ayudar a mi padre, a lo que sea, no hablo de trabajo, sino sentirme útil, hacer en la vida diaria, ser, hacer algo, que mis manos sirvan para algo” [A]

De nuevo asistimos a una definición o saber estar en la sociedad vinculada al “dar a los demás” como una forma de ser útil, de valer, no sólo como individuo sino sentirse de utilidad en comunidad. No hace falta huir de la implicación como individuos en la sociedad, pero sí definir de qué manera se está.

Si analizamos el discurso de una de las entrevistadas, observamos que su funcionamiento útil al sistema pasa por el cuidado hacia los demás, y que eso se debe a un ejercicio de aprobación que recibe en la persona en forma de estímulo positivo.

Pero ¿es esta la emancipación que se busca en las mujeres? ¿Cómo delimitar el ejercicio individual sin estar atado a la norma patriarcal? Es necesario un concepto de emancipación que tenga en cuenta la igualdad, y para ello se precisa de un ejercicio de crítica feminista para entender qué lugar juegan las mujeres y sus identidades en la política, en la justicia, en los estratos sociales para que efectivamente se hable de una construcción individual y a la par colectiva.

“Realmente yo perdí mucho mi identidad en esa fase de anorexia, porque yo siempre he sido muy sociable, y yo de repente en la fase de anorexia he sido antisocial, y en esa fase perdí una parte de mi identidad, como que desapareció, como que se camufló, ahora la he recuperad, ¿no? Pero, si” [E]

Dicho esto, cuando una persona se encuentra perdida o exenta de identidad, tal como argumentan las entrevistadas, no se trata de recuperarla sino de intentar readaptarla en tanto que ninguna persona pierde su identidad sino que se transforma según el espacio y el contexto en el que haya crecido.

Los procesos de construcción de la identidad suponen una de las vías más importantes en el proceso hacia la igualdad, en tanto que en ella se insertan mentalidades tradicionales que aún creen en los roles reducidos al sexo, y es por eso que también debiera ser uno de los pilares fundamentales de todo pensamiento feminista; este y no otro, ha sido al debate que se ha propiciado de los géneros y que de manera cuasi directa ha repercutido en el interés de cómo se concibe las identidades, todos ellos constructos de un sistema cultural y simbólico moldeado por el patriarcado.

25.2 LOS TRES PILARES DE LA CATARSIS IDENTITARIA

En la cultura occidental, el cuerpo estilizado, y la huida de ciertos problemas, se convierten en numerosas situaciones en espacios de competencia, autocontrol, autoexigencia y necesidad de aprobación.

Esta óptica del éxito personal, da cuenta de la posición desigual que ocupan las mujeres respecto a los hombres en la estructura social. Actitudes que llevan dentro de sí la importancia de valorar la delgadez, el rol cultural del éxito y el consumo, las representaciones sociales del cuerpo femenino y la medicalización, esta última como forma de paliar el malestar de todos estos atributos impuestos.

Para ello conceptos como Auto-cuidado, Auto-exigencia y Aprobación, adquieren una función de continua servidumbre, en tanto que toda actitud o práctica se centra en los intereses ajenos que pasan desde lo simbólico y cultural a lo mercantilista.

La apropiación del cuerpo como un mecanismo de defensa y de bienestar tiene su dificultad en tanto que los cuerpos existen bajo las normas biologicistas. Pero procedamos a una revisión de cada punto, uno por uno, para entender cómo afectan al proceso identitario y las acciones que se emprenden, que como puede deducirse, no son las idóneas para una vivencia autónoma.

-Auto-cuidado: cuidar a un cuerpo non grato

La renuncia, la alineación y el malestar que genera amoldarse a unos ideales nada sostenibles en la realidad, provoca una serie de neurosis contra sí misma, una identidad confusa que induce el rechazo hacia el propio cuerpo, cuyo descuido, ni estético ni saludable, desemboca en la destrucción lenta, en la desfragmentación del Yo.

El tira y afloja de las exigencias impuestas por conseguir un ideal de esbeltez y los problemas personales de cada quién caen en el abismo de unas medidas exigentes y de riesgo, que desempeñan la función del cuidado, aún con la consciencia de saber que se está en el camino de la desfragmentación del cuerpo y de la mente.

“Yo me cuido mal, me cuido mal porque voy a temporadas, a ver sí, ejercicio hago y eso muy bien, ¿vale? Eso perfecto, hay veces que me machaco demasiado porque como no me veo bien, pues puedo estar toda la semana pegándome una paliza de ejercicio de, pues, hacerme tres clases seguidas y estar muerta pero yo continuar y dándolo no el 100, sino el 200% y luego apenas comer nada, entonces eso es no cuidarse” [L]

“El problema es que no nos queremos y a veces nos machacamos, yo he llegado a pensar algunas veces a ver si revientas, de verdad, lo he pensado, de hecho había una vez, eh, eso fue, hace ya bastantes años, el día después de mi cumpleaños, salimos todos de marcha y yo pues eso, me voy al baño, y me fui a casa arrasar con todo lo que quedo del cumpleaños, y estando en la cama estaba tan hinchada que, bueno yo tengo unas estrías que eso no se me irá en la vida, que me empezaron a sangrar del hinchazón tan grande que tenía, me empezó a sangrar las estrías. Es una asco de ti misma tan grande que tienes, que realmente lo que te estás haciendo es sabotear” [P]

-Autoexigencia: un sin vivir descontrolado

Se ejerce una autodisciplina férrea sobre su cuerpo a través del ayuno, el vómito y/o el excesivo deporte, no tanto con la finalidad de adelgazar sino como herramienta de control sobre su vida. Al final la autoexigencia cumple la tarea de regular y dirigir, aunque de forma extrema, todo aquello que ocurre dentro de uno/a mismo/a.

“Sólo te digo una cosa, ¿sabes cuantas galletas me como para desayunar? 10, ¿te dice algo? Siempre quiero hacerlo perfecto, todo, quizá eso en mi vida ha sido algo que, eh, he sido muy perfeccionista, con el resto no tanto, pero conmigo mismo mucho” [B]

Es en esta exigencia donde prevalecen unos modelos impositivos de poder que son bienvenidos cuando se trata de controlar los cuerpos, produciendo un efecto y una continuación de relaciones corporales de dominación-sumisión propio de la soberanía social en tanto que deudoras de un modelo exclusivo.

“Uf, soy súper exigente conmigo misma y con la gente con quien me rodea, muchísimo. No me parece que hago las cosas bien, nunca me parece que estén lo

suficientemente bien hechas, pero me pasa con todo en mi vida, ¿sabes? Con todo, que podía haberlo hecho mejor, súper exigente, intento controlarlo pero no puedo, es que no puedo, exijo muchísimo, muchísimo a la gente, y como vea algo que no me cuadre, ¿sabes? Ya... es un problema, un problema” [L]

Es precisamente cuando la autoexigencia irrumpe en la vida y en la salud en forma de malestares. A través de los poderes opresivos y represivos sobre las personalidades se crea una identidad que se ve desencajada de la realidad, cuyas acciones incontroladas responden a un estado de exigencia suprema para conseguir lo anhelado.

“Yo en marzo cuando empecé a perder kilos, perdí 10 kilos en nada, en muy poco tiempo, entonces yo me levanta de la silla me mareaba, de hecho me había desmayado ya un montón de veces, no sabíamos porque, y claro, pero también hacia mucho deporte antes de contarlo, y salía a correr una hora y el día anterior haber vomitado y no puedo, no puedo, claro ya, dices, (...)Demasiado, demasiado, demasiado y me agota, me agota, me agota un montón, mucho, mucho, la autoexigencia que tengo me agota” [A]

Un cuerpo social, una silueta de mujer perfecta, la idealización, esculturas demandas por la sociedad como forma de dominación y sometimiento en la constitución del cuerpo/sujeto mujer, bajo el prisma del lenguaje simbólico, de la imagen, de las técnicas polimorfos de la disciplina médica para controlar los cuerpos, manteniendo a las mujeres en un estado de orden y organización. Una manera de dominar que las sociedades modernas han utilizado, exigiendo mortificaciones corporales a través de intercambios mercantilistas.

-Aprobación de los demás: para sentirse “alguien”

La mujer se somete a un estatuto de prisionera para sentirse alguien en un mundo de dominantes y dominados que surge por una falta de aprobación y de autonomía. Las mujeres son dependientes de la opinión, de la mirada, de los sentimientos de las demás, y aquí también, la autoestima juega un papel importante en la necesidad de ser ese alguien que la sociedad propone.

“Sí, muy importante, para mí es importante que la gente me diga que lo que estoy haciendo está bien hecho, necesito escucharlo, necesito que me lo digan, porque para mí no va a estar bien hecho ¿sabes?, si la gente no me lo dice para mí no va a estar bien hecho, aunque hay veces que no, hay veces que pienso que me lo dicen por decir, la verdad es que es un problema” [L]

Ante la necesidad de aprobación, la medicina, la religión, las tradiciones se hacen eco de ello y la usan para sus intereses. En la utilización del cuerpo como reproductor, llega la religión argumentando que las mujeres deben obedecer al Dios, y no caer en el crimen del pecado carnal, por lo que deben someterlas a un control reproductivo como el caso de restringir o prohibir una interrupción voluntaria del embarazo.

La medicina también centra sus actuaciones, diagnósticos y tratamientos a través del aparato reproductor, y al mismo tiempo interfiere en el control de los estados de ánimos. A modo de ejemplo sería la vinculación de la menstruación o la menopausia con síntomas de depresión o ansiedad, pudiendo derivar en problemas alimentarios.

“Pensaba que lo más importante era que sí, de hecho aún me fijo mucho en lo que opinen, sé que lo importante es que uno se apruebe a sí mismo, pero, inconscientemente tengo una charlatán en mi cabeza, que me dice algunas veces, que sí” [B]

Ante esta cartografía de lo biológico y naturalista, no sorprende que las mujeres necesiten su aprobación en los diferentes escenarios a los que se ven sometidas, como el de la salud o el de los procesos de construcción de identidad. El estatuto de la mujer prisionera no es en balde, pues la categorización del cuerpo femenino las ha privado del derecho al estatuto de persona como principio fundamental en su desarrollo vital.

En estos tres pilares que atienden al concepto *cura sui*, o bien una actitud ante la vida para el cuidado hacia una misma, se ha querido plasmar las experiencias de las mujeres con su cuerpo cuando se vive en clave de dominación. La pretensión ha sido visibilizar una situación que no refleja la forma de ser, sino de *estar*, de cómo el poder y el cuerpo considerado como objeto, son capaces de condicionar conceptos que debieran entenderse desde la no esclavitud y el cuidado ético.

25.3 EL CASO DEL ACOSO ESCOLAR

Es en la niñez y en la adolescencia cuando los problemas de identidad y de desarrollo, en la relación y búsqueda del ser, en los problemas y la aceptación personal en un mundo confuso y de cambios corporales, se hace difícil el trato y el desarrollo.

“Fue en quinto y sexto de EGB, eh, se metían conmigo en clase, me llamaban la vaca y se burlaban de mí, y recuerdo una vez que hacíamos el amigo invisible que era por Navidades, no recuerdo a quien tenía que regalar yo , pero si recuerdo quién me tenía que regalar a mí, me tenía que regalar Alejandro, y estábamos todos ilusionados, y el comentario fue “bua, yo ya sé lo que voy a regalar, pues yo voy a regalarle una faja a la vaca, esto , lo otro...y llegó el día de los regalos, y recuerdo que estábamos en la clase, todo el mundo tuvo regalos y Alejandro no vino ese día, me quedé sin regalo, la verdad es que mal. Luego también, hubo una temporada que me juntaba con mi vecina Sonia, y se metían con las dos y una de esas veces que estábamos haciendo ejercicio, estábamos en la clase de gimnasia, recuerdo que cuando fui a cambiarme de ropa, porque yo siempre llevaba la ropa de gimnasia y luego me cambiaba, cuando fui a cambiarme de ropa no encontraba la ropa por ningún sitio, y me la habían tirado dentro del wáter, me la habían mojado todo. Y en séptimo, salí a la pizarra y empezar a burlarse todos de mí, y de estar tan nerviosa y asustada, de ver que todos me estaban mirando y todos están riendo de mí y eso, y no llorar pero me entró tal pánico que me oriné encima y todos me vieron, entonces el profesor se dio cuenta, me puso en su silla, y me siento en su silla y tuvo que venir mi madre a traerme ropa para que me cambiara del pánico que me entró. Sexto y séptimo lo pase muy mal” [P]

Los insultos, las vejaciones, las burlas, son hechos que se han dado en todas las personas entrevistadas, y aunque cada quién con sus diferencias todas ostentaban el denominador común de que las malas relaciones con compañeros/as del colegio han dejado secuelas en sus formas y actitudes alimentarias.

Ser el *gordito/a* de clase, llevar gafas, tartamudear o incluso ser la mejor del colegio académicamente, han sido los precursores del surgimiento de un trastorno de la alimentación.

Estas burlas ocurren en edades en las que el desarrollo personal y la autonomía están en fase de expansión, construcción y transformación, por lo que la existencia de relaciones no-sanas produce que la autoestima y el amor hacia uno/a mismo/a se vea deteriorada, por ende la necesidad de asemejarse al grupo de iguales y ser bien tratado/a es tal, que se hace lo que fuere necesario para ser uno/a más aunque eso suponga mortificar el propio cuerpo.

En este punto también es necesario hacer mención al desarrollo corporal como instrumento del mimetismo que muchas adolescentes y niñas llevan como vía de construir su proceso de identidad. La líder del grupo es en sentido práctico la que ejerce un papel dominador, sometiendo al resto a las demandas de la comunidad.

Esta necesidad de manejar a los actos y comportamientos del colectivo a demanda de la sociedad hace que el desencaje o asumir independencia interfiera en la construcción del desarrollo personal, y surgen represalias convertidas en acosos.

En la adolescencia también observamos relaciones objetivas de poder, a las que se le presta poca atención en tanto que defendidas como procesos normales, donde cabe mencionar la contribución de la familia dentro de lo que en su momento explicamos el capital cultural, el económico y el simbólico, tres conjunciones de *estar* que determinan las acciones del resto.

De hecho muchos de los problemas vividos en la infancia tanto en los centros educativos como en el hogar familiar, son a veces el motor de arranque de situaciones complejas, queriendo incluso el olvido y no retorno a esa etapa de la infancia.

“Realmente no quiero volver a la infancia, pero porque lo asocio a dependencia, lo asocio a tener que pedir permiso por todo, entonces yo lo que deseaba cuando era pequeña era tener libertad, yo cuando era pequeña pensaba, quiero vivir sola, entonces no quiero volver a eso (pausa) La época de la infancia para mí se ha quedado nula” [P]

Por tanto, y uniendo con las explicaciones de la corporalidad, no es una cuestión de imitar personas o modelos que ostentan más poder en un grupo, sino la carga

simbólica que su cuerpo adquiere en el contexto, en el espacio y de cómo los discursos y las acciones que genera son la fuerza mayor para establecer los límites de la exclusión o la inclusión social.

Hay una tendencia a manifestar preferencias por determinadas imposiciones, especialmente estéticas, en las adolescentes, siendo cada vez más temprana esta preocupación.

Esta necesidad de “encaje” ha propiciado que muchas lleven su preocupación de la imagen corporal a límites extremos, y caigan en una tendencia de adelgazamiento constante, generando comportamientos alimentarios peligrosos, o en su defecto, a un malestar psicológico convertido en acoso escolar.

“Pues lo pasé mal una primera etapa, luego como conseguí adelgazar pues ya fue distinto, que ahí fue yo creo cuando me provoqué la anorexia-bulimia” [P]

Esta realidad de querer disponer de la llave para entrar en el mundo de la adultez, donde conceptos como autonomía, valoración o emocionalidad positiva, se ven traducidos en acciones negativas, es el efecto de querer transformar el cuerpo como vehículo para lograr el poder y el afán del liderazgo-autoritario.

No podemos obviar la importancia del grupo como referencia de un colectivo, negarlo sería no atender a las realidades, pero sí se puede trabajar la construcción de la individualidad como proceso que pertenece a un grupo o comunidad, y se retroalimenta de forma ineludible; para ello, hay que prestar atención no sólo a los modelos o líderes al que se sigue, sino también a las prácticas, a las acciones y a las cargas simbólicas que éstas proyectan y generan en la sociedad.

“Yo estaba en un internado, la relación con las chicas no era buena, incluso me insultaban, me hacían dibujos de mí y me los pasaban por debajo de la puerta de mi habitación, o cuando era el cumpleaños de cada una de las alumnas, nos ponían en el corcho del hall, en la entrada y el día de mi cumpleaños escupieron en mi nombre, cosas así que yo me las callaba pero mis amigas más cercanas pues sí que se quejaron en los directores, y entonces los directores reunieron a todas las compañeras de colegio, y eso era en beneficio mío pero a mí me perjudicaba, a mí

lo hacía, porque ahora aquí no vamos , de quien ha sido que tal, pero a mi realmente, para la sociedad esa de la adolescencia era lo peor que me podía pasar y así fue, y yo en tercero de BUP llamada a mí , madres desde las terrazas y diciéndole ven a por mí , ven a por mí que yo no quiero estar aquí. Llegaban los lunes y yo no quería ir, y como ya, todo me fui al instituto de al lado de mi casa”

[A]

El *habitus* y los *capitales*, (Bourdieu, 1997; 1983), lo que expresan es precisamente eso, dar un *sentido práctico* a los cuerpos y a las acciones corpóreas; que el cuerpo social influya en cada persona y sus mecanismos de reproducción y control a nivel colectivo, aunque sea desde la inconsciencia.

La violencia simbólica en la educación es un hecho, pero sin la atención a los citados parámetros es imposible generar acciones en el fenómeno de la *política de estar*, para que el campo social se desnaturalice y exista una desapropiación androcéntrica. En el siguiente capítulo veremos la articulación de la cultura y la identidad con la cuestión del género, y cómo afecta en el entramado social.

CAPÍTULO 26: LA CUESTIÓN DEL GÉNERO

26.1 EL GÉNERO (DES) OCUPA

Partiendo de las ideas foucaultiana de que al sexo le viene asociado unas funciones que determinan los estados y el *habitus*, las mujeres se ven sometidas a las funciones biológicas dadas a la reproducción. Foucault (1999), utiliza el argumento del sexo-género para expresar de qué manera el cuerpo es interceptado por el sexo, y cómo su designación de la naturalidad y la normalidad hace que las mujeres se vean sometidas a las funciones vinculadas al espacio privado como por ejemplo el cuidado, la dependencia y la esclavitud corporal.

Estas discrepancias que vienen sostenidas por la diversidad de opiniones de las propias estructuras objetivas, y que en mayor medida no son respetadas, hacen que las construcciones de qué es ser hombre o mujer sean el precursor de una serie de

incongruencias vitales, y por tanto fruto de las discrepancias y las manipulaciones y controles de la sociedad en cada uno de los géneros.

“Yo creo que tiene mucho que ver con el rol de la madre, de la mujer, como te decía, es más la energía femenina como el cuidado a través de la nutrición, el que nutre ¿no? Entonces por eso yo creo que tiene que ver con el 95% de las mujeres, 90-95 y ese 5-10 % de los varones, la mayoría es verdad que son homosexuales, sobretudo en perfiles más de tipo anoréxico, ¿no? [R]

Introducir incertidumbres en un contexto de diversidades, hace más fácil que los micro-núcleos del poder se asienten en las estructuras y reproduzcan los modelos masculinos y femeninos como sujetos dominantes y dominados.

Una especie de representación en la que los métodos que atañen a la estética, en forma de belleza, cuerpo y cosmética, que paralelamente gestionan los bienes simbólico-corporales encargados de mantener los procesos de socialización y representación, afectando de forma inalienable afecta a las mujeres.

“Yo creo que nosotras somos más inconformistas, y estamos más pendientes de todo, yo pienso que somos más, yo siempre lo he dicho, que el hombre no tiene maldad y la mujer sí, la mujer sí que tiene, entonces siempre estamos tan pendientes, y siempre estamos pensando que la otra es mejor que yo, ¿sabes? (...) yo creo que eso también influye, los hombres son más pasotas, pasan más, sí van al gimnasio y se preocupan por su físico y tal, pero es que nosotras somos más, estamos más preocupadas en ser la mejor, que todas las miradas vayan a nosotras” [L]

La cuestión de género es una parte vertebradora en la aparición de los malestares, por la feminización de los mismos. El marcaje de la cultura dominante da cabida a entenderlos en su forma más simbólica, la representatividad corporal como punto de protesta y conflicto cultural.

26.2 ESTEREOTIPOS GENÉRICOS¹⁵²

Los estereotipos de la sociedad son reproductores del sistema patriarcal y a su vez la base que sostienen los comportamientos y actitudes de las personas. Las normalizaciones de actitudes sustentan las estructuras de poder promoviendo comportamientos duales, el caso que aquí aparece de la dominación de los hombres frente a la sumisión de las mujeres.

Los hombres no lloran es una de esas condiciones caracterizadas por el factor sexo-género, una de las variables latentes en esta tesis. La desestabilización que provoca el querer y no poder, a nivel emocional, también recae en los hombres; las inseguridades, los miedos y las incomodidades gestadas por hábitos psico-emocionales impropios de la persona como construcción generalizada crea barreras al desarrollo afectivo emocional.

En lo que concierne a los problemas alimentarios aun siendo conscientes de la escasez de estudios cuantitativos, hay un alto porcentaje de mujeres que padecen estos problemas, bordeando el 90% de los casos. Hay también al parecer, una tendencia de que parte de los hombres con esta afectación son homosexuales. Si bien no hay estudios rigurosos que lo muestren puede ser interesante tener en cuenta la vinculación del constructo social con la feminidad.

Cabe destacar además que en las últimas cifras manejadas por la Organización Mundial de la Salud (2006)¹⁵³, se muestra un aumento de las depresiones en los hombres por lo que el título de este apartado quiere mostrar que la imposición social de que los hombres no pueden expresarse en términos emocionales, hace que decaigan en una especie de ataque de nervios, al borde del precipicio.

“Yo creo que igual el estudio no refleja del todo la realidad y que puede haber cifras invisibles a esos estudios de hombres homosexuales que no lo dicen

¹⁵² El significado hace alusión a de qué manera los estereotipos están inmersos en nuestra sociedad, concebidos como puntos comunes de las mujeres y los hombres, y que en contadas ocasiones se analizan y critican, más bien diríamos que entran en el proceso de normalización. Ejemplo: “las mujeres no saben leer mapas o los hombres no lloran”

¹⁵³ Enlace a la noticia: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

precisamente por lo que hablábamos antes ¿no? un hombre heterosexual como va a reconocer que se siente inseguro, gordo y que a veces no come ¿no?” [S]

La generalizada afirmación de la existencia de *esto es cosa de mujeres* lanza un mensaje claro que alude a la responsabilidad y mantenimiento de sus *malestares* como una obligación, y actúan en respuesta de aquellos discursos comunes y aparentemente normalizados que construyen en las mujeres un *debo y no quiero*. Aquí nos encontramos por una parte los derechos que se perciben como adquiridos en una era que se plantea como llena de posibilidades y de conquistas para la mujer, y por otra, una que carga con las exigencias de los valores tradicionales establecidos.

“La sociedad nos está mostrando cada día una imagen para ellos de la mujer perfecta, entonces claro yo creo que se crea un bucle ahí que la mujer hasta los 26, 28 años ya no debe de pasar, hasta esa edad somos hermosas, las más guapas, yo no sé qué significado de belleza hay, yo no entiendo que significado de mujer bella hay y no tenemos este estereotipo de mujer de la sociedad de llegar a los 60-65-70 u 80 años, entonces claro nos quedamos en esto, y nos quedamos hasta en la ropa, hasta en el maquillaje, en la educación, y ya de ahí para delante es que tú ya no puedes educarte, tú no puedes hacer estas cosas y las cosas que complementan a la madurez de una mujer son, que aprendas a bordar, que aprendas a tejer, de hecho son los talleres que salen para estas mujeres” [C]

Este tipo de asertos vienen determinados por la falta de una mirada nítida y no tanto por desconocimiento, es decir por una ausencia de perspectiva, que muestre como la dominación es determinante para perpetuar la brecha sanitaria, y en donde las mujeres son vistas más como un *colectivo* limitado y determinado, que como un movimiento que engloba a más del 50% de la población mundial.

*“ (...)la probabilidad de experimentar el cuerpo (o la lengua) bajo los signos de la incomodidad, la torpeza o la timidez es tanto mayor cuanto mayor es la desproporción entre el cuerpo ideal y el cuerpo real, entre el cuerpo soñado y el *looking-glassself*” (Bourdieu, 1986:185)¹⁵⁴*

La autoestima es un pilar fundamental en la detección de los *malestares*, por lo

¹⁵⁴ TP

que no es casual que se manifieste más en las mujeres, y a su vez se traduzca en un problema emocional vinculado a los cambios fisiológicos de los ciclos.

Las connotaciones negativas y las formas de tratar a las mujeres en sus diferentes procesos hace que tanto autoestima y bienestar se vean alterados. Por ello, no es tanto qué pastilla tomar para saciar el malestar sino detectar qué puntos de desesperación consumen a las mujeres para que no se sientan realizadas en sociedad.

“Parte de presión, o de la depresión puede ir por ahí, el cómo te sientes tu contigo misma no porque lo que te digan los demás (...) sino por cómo te miras al espejo” [G.D.2.1]

Cabe apuntar cómo el género en su posición, también distorsiona los planteamientos acerca de la sexualidad, que al mismo tiempo forma parte de la construcción social de las relaciones heterosexuales.

La vivencia de la sexualidad es un punto frágil en las mujeres, y su optimización dependerá de la autoestima y valoración que tengan de sí mismas. Mujeres frías, sigue siendo un argumento machista de la sociedad para designar aquellas que quieren vivir una sexualidad diferente, independientemente de su edad, o simplemente no quieren tenerla y no ceden a las necesidades y obligaciones del patriarcado.

Bien es cierto de que el placer de las mujeres no recae únicamente en la penetración o el placer vaginal sino que el disfrute va más allá de eso. Experiencias que han ido apareciendo en las reuniones con grupos de mujeres y en las entrevistas, donde expresaban tener cierta liberación a aquellas que estaban viviendo su periodo menopáusico y que su función sexual ha ido siempre dirigida al complacer del otro, el cónyuge. Aquí la menopausia les otorga de poder para decidir cómo, cuándo y de qué manera quieren vivir su sexualidad.

26.3 LA DIFICULTAD DE SER MUJER EN LA VIDA COTIDIANA

A lo largo de la investigación, las relaciones afectivo-emocionales y el trabajo, han emergido como dos puntos cuyo trato discriminatorio y desigual ha venido dado por el estigma que las caracteriza. Dichas disfuncionalidades, dadas generalmente en parejas heterosexuales, han venido condicionados por la escala de dominación que impera en la sociedad; la mujer objeto descrita como deseo y pulsión para aquellas cuestiones y hechos que interesa a la figura varonil.

Un diálogo ente [G.D.4.3] y [G.D.4.5]

[G.D.4.3]: *Yo ahora me planteo, tengo una amiga que tiene 32 años, y que se ha ligado las trompas, con lo cual no tiene ningún problema que ya no va a ser mujer,*

[G.D.4.5]: *no va a ser madre*

[G.D.4.3]: *no va a ser madre, digo no va a ser mujer porque ya es parte del discurso ¿no?, esa no va a ser mujer...*

[G.D.4.5]: *¿ella se siente así?*

[G.D.4.3]: *Por dios, no, ella se siente mujer y se morirá mujer, nació mujer, eh más, antes de...*

[G.D.4.5]: *Yo no termino de entender el concepto de hombre o mujer*

Dentro d los malestares la menstruación es una de las afectadas, cuyos sentimientos de asco, pudor o repudio vienen derivadas de los mensajes lanzados por sus parejas y de la publicidad.

Llevar una relación desde los argumentos de discriminación sexual y cíclico, hace que muchas mujeres recurran a desvalorarse por si mismas o no obtener el completo placer que caracteriza tener y disfrutar de la menstruación en pareja.

“Yo si conozco a una mujer que se le retiró a los 42 y ha vivido toda su vida con depresión, lo que pasa que su fuga es trabajar, trabajar y trabajar, pero sí, y con el marido algunas cosas que dice, yo claro la veía tan joven que claro, es que el marido estas cosas están ausentes” [G.D.3.2]

Es importante la aprobación de los hombres en el caso de parejas heterosexuales por la aceptación de la relación bidireccionalmente. Cuando existe una presión que

viene dada no solo por la sociedad sino por las parejas en la que convives, ¿Quién tiene la responsabilidad ante las decisiones que se quieran tomar? En el caso que aquí se plantea, el del uso de los anticonceptivos no como método de regular algún desnivel hormonal sino como forma de incrementar el placer en las relaciones de pareja.

Hoy día existen alrededor de ocho métodos anticonceptivos en el mercado, frente a los dos que tienen los hombres, de los cuales uno de ellos es unisex (el preservativo). Ante esta imposición social que reciben las mujeres por todas partes, ¿estamos verdaderamente invirtiendo en una adecuada responsabilidad ética y moral en la salud y el bienestar de ellas?

“Creo que por lo que me ha tocado vivir a mí a nivel personal, como al final la solución por la que optan muchas parejas jóvenes es que tomar, que la chica tome la pastilla, puede tener consecuencias malísimas, en el sentido de la tía, a nivel emocional”[S]

El silencio, curiosamente dado en todas las personas informantes cuando se ha hablado de esta temática, ha dejado entrever la complejidad existente dentro de las relaciones familiares, bien por la distante relación con la familia, por la dificultad comunicativa, o bien por la pérdida de algún familiar u otro tipo de problemas familiares donde muchas se han sentido desbordadas.

“Mi madre era una mujer con muchísimo carácter, y si te digo la verdad nos llevábamos como el perro y el gato, pero para mí era como si fuera mi amiga sabes, porque yo le contaba todas las cosas le contaba todo, y claro, yo al irse ella como que me quede un poco con esa de falta, ¿sabes?, no sé, ese brazo, te falta esa, me quedé coja, y me vino todo, pues eso, toda la responsabilidad, mi padre es una persona que se asusta de todo, ¿sabes? Y lo dejó todo en mis manos y me vi un poco desbordada ¿sabes?, yo me asusté y tuve que asumir el cargo de todo, todas las responsabilidades, y pues la verdad que, para mí es que cambió todo, tan tan de golpe (...) asumí el papel de madre total, yo iba desesperada, ni dormiré ni vivía...es que no podría ¿sabes? No podía. [L]

Los patrones de una disfunción familiar en forma de transmisión de roles, lenguaje y valores culturales, son la médula en el desencadenante de una serie de

actitudes y comportamiento alimentarios, siendo estos actos una forma de romper esos esquemas que les han sido impuestos, aunque sea el control de su cuerpo.

“Si es el vómito, es normalmente, por algún desencadenante de problemas familiares, que me crea ansiedad (...) he llegado incluso, a veces estar enfadado, comer mucho apostada, y toma, a vomitar, luego me duele, y digo sí, pues ahora no lo limpio, para que vean, no sé, es como una forma de venganza, no sé, luego me sienta muy mal, me sabe muy mal” [B]

La existencia de estos roles marcados por una tradición cultural, hace que las niñas adopten una serie de responsabilidades familiares y personales que no adoptan los niños en el hogar, siendo estas disimilitudes en la educación familiar productoras de unas relaciones de género que hacen que las mujeres adopten más cargas, y cuyas valoraciones personales y sociales se ven infravaloradas.

“A ver, mi hermano es gay, y cuando era pequeño odiaba todo sexo femenino que se pusiera por delante excepto mi madre, yo estaba incluida en ese odio, entonces era como, yo siempre he sido la desplazada, porque mi madre siempre ha tenido a mi hermano, pues no sé si era porque era más débil, pero desde pequeña si a lo mejor eso influye” (...) No te comas eso que es para tu hermano, que no te comas eso que tú estás mu’ gorda, eso lo he oído decir desde siempre, o joder si estas mu gorda, no sé qué, es que no te cabe nada, eso sí le escuchado desde que tengo uso de razón” [P]

El problema se gesta en una familia donde hay unas relaciones de dependencia de carácter bidireccional, manifestando las mujeres una identidad donde se ejerce el autocontrol; se identifican con eso porque no han creado una sana autoestima, con comportamientos de autoexigencias, responsabilidad o culpa, y en ese estado de apego inseguro necesitan de la aprobación para su oxigenación y su salvación.

Otro de los temas es la interpretación que hacen de la pareja, como foco importante que les permite sentirse próximas, queridas y valoradas, a la par que pueda entrañar cierto peligro, pues en las rupturas o engaños recurrir al vómito, a la abstinencia o al aislamiento es una forma *paliativa* frente al malestar.

El deseo de amar y sentirse amadas/os es una forma de sentirse vivas, pero con el riesgo de no saber equilibrar los apegos que imposibilitan su crecimiento y su desarrollo personal.

“También es cierto que después de separarme he tenido un par de relaciones y una de ellas me hizo muchísimo daño, lo pasé muy, muy mal, y estuve con psicólogos y todo porque me afectó mucho. Se portó muy mal conmigo, el tema fue porque era compañero mío de trabajo, y bueno como no salieron las cosas como tenían que salir empezó acusarme de mobbing, me borraba las cosas del ordenador, y todo fue porque, porque el tiempo que estaba conmigo estaba con su ex novia y me enteré por ella misma, y claro yo venía, salía de haberme divorciado, estaba muy sensible, claro lo das todo, me junté con este, claro lo pase fatal, para superarlo eso a mí me marcó muchísimo” [L]

“Cuando empecé con él me dedicué hacerle la vida imposible, ¿por qué?, porque en el fondo pensaba que, yo decidí vivir sola, y dije, así no amargo a nadie, y cuando entró en mi vida, pensé que no me iba a enamorar, y cuando empecé a enamorarme dije, uy problema, lo tiraba de mi vida, porque claro para mí era una molestia, no me podía dar atracones con él delante” [P]

La sociedad también dictamina cuán de importante es poseer una pareja, sin la cual parece ser que no eres nadie, por lo que la significación simbólica aquí es que tener pareja cubre de manera transitoria la falta de cariño y amor propio. La pérdida o ausencia de esa figura es en ocasiones la bomba que puede desencadenar un problema en la alimentación, por la necesidad de adquirir la perfección y el éxito para recuperar a la persona que ha decidido marcharse.

“Recuerdo una, un episodio de, con mi exnovio, que lo habíamos dejado, bueno teníamos una relación un poco rara, lo dejábamos y volvíamos continuamente, y en una de esas decisiones estuvo con otra chica, y, ahí, empecé a dejar de comer, deje de comer, perdí una barbaridad e quilos de golpe, y yo creo que fue ese el inicio, al empezar a ganar todo lo que había perdido, y tenía ansiedad, yo ya no tenía confianza en él aunque seguía con él, yo creo que fue ahí. Además coincide con el tiempo, porque fue eso al empezar la carrera, primero, segundo de carrera” [A]

Se constata un hecho irrefutable y es que la mayor parte de las mujeres sufren depresiones asociadas a los roles, haciéndolas en muchos casos dependientes de la farmacología y culpabilizándolas por cómo están llevando su vida. Son mujeres que pasan a ser categorizadas como víctimas de la sociedad acogiéndose a las resignaciones y los fatalismos que viven en su cotidianeidad.

26.4 LA “POLÍTICA DE ESTAR” COMO RECONOCIMIENTO DE LOS CUERPOS

Las enmiendas a realizar en este punto parten de la teoría crítico-antropológica y feminista al reclamar en palabras de Posada (2015) “la incardinación corporal; y el cuerpo se erige en lugar clave para la resignificación del sujeto feminista” con la idea clave de apostar por una revalorización del cuerpo femenino y sus valores, desde una visión positivista para apostar por una *política de estar*. Es decir, apostar por la necesidad de una política social que entienda el cuerpo en sociedad desde un sujeto, no como objeto, desde un instrumento activo, que no pasivo, y desde una capacidad inmaterial, que apele a la razón de la misma manera que a la sensibilidad corpórea que es la que se asocia de forma totémica hoy día a las mujeres.

“Se propone una delimitación clara del concepto de ‘género’, de tal manera que, aceptando que es un constructo cultural, ello no invalide que pueda ser utilizado para la reclamación política y para la investigación histórica, antropológica social de la discriminación femenina” (Posada, 2015: 172)

Suscribo la teoría de Butler (1993), cuando expone que no es necesario un sujeto identitario para redefinir la política de la identidad sino que la propia acción política ya define la posición y expresión de identidad asumida desde la individualidad y colectividad. Es por eso que, la identidad de género y las acciones políticas deben trabajar a la par ya que una no es posible sin la otra.

“El control del cuerpo femenino, entendido como el control de lo femenino en tanto que cuerpo, también responde a prácticas no meramente discursivas: se impone por recursos de dominación tan materiales como también directos que, en casos límite, llegan incluso a la eliminación física” (Posada, 2015:114).

Esta erradicación de lo físico que habla Posada (2015), es lo que vendría a explicar cómo las adolescentes frente a la represión de lo femenino y corporal deciden someterse a tratamientos para eliminar parte de su rol de género, por ejemplo con la expropiación de la regla no como una cuestión de identificación corporal y sexual sino como un peso negativo que debe ser anulado.

Si bien es cierto que actitudes subversivas o de transgresión de lo normativo son una línea más de lucha contra el control y las imposiciones patriarcales, no es menos cierto que en el análisis etnográfico de esta tesis basado en las estructuras objetivas y subjetivas de entender este trabajo, da cuenta que las categorías subversivas no son suficientemente potentes para luchar por un género desarraigado de etiquetas y estructuras que reproducen un sistema de significados androcéntricos y de dominación.

A lo largo del trabajo con mujeres revalorizando la función de roles femeninos en la sociedad y asumiendo que la posición de los géneros femeninos o masculinos, transexuales, intersexuales, son significantes en tanto que se acentúan diferencias o hay una escotomización de las similitudes, sigue prevaleciendo el principio de los roles que legitiman y normalizan las identidades.

Esta afirmación, vendría a explicar cómo la *política de estar* es necesaria para entender los géneros desde un discurso neutral que no determine la posición de las personas por su género, y que el significado corpóreo no esté bajo la mirada de las personas que navegan entre un ideal de cuerpo y la realidad del propio cuerpo.

Resignificar las corporalidades y hacer que el género humano sea capaz de hacer virtuosos sus potencialidades como femenino, masculino y transgénero, bajo parámetros de igualdad para un mundo que, como dice Posada (2015), sea “más habitable, más regido por la lógica inter-dependencia, del apoyo mutuo y no por una lógica mercantilista, deshumanizadora y letal para la vida”.

La cuestión que planteo es que el género, y todo lo que supone ser mujer y cuerpo en esta sociedad, se (re)piense y (re) flexione y se haga un ejercicio de poner sobre la mesa la relevancia del cuerpo.

La emancipación femenina es necesaria para la liberación sexual y corpórea, beneficiando también a los hombres, por lo que la incorporación de la ética del cuidado desde el plano feminista puede restablecer la significación de ser persona en la sociedad.

CAPÍTULO 27: LOS NO DERECHOS Y SUS DISCRIMINACIONES

27.1 LA USURPACIÓN DE ALGUNOS DERECHOS: EMPLEO, IVE¹⁵⁵ Y MATERNIDAD

Cuando los derechos se vinculan a la ética, las dinámicas que aparecen o intervienen no son complementarias sino encontradas. La totalidad de los derechos frente a la individualidad es a lo que hoy en día se acoge la idea de la salud médico-céntrica.

Si retrocedemos a 1948, cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoció el derecho a la salud como tema de debate y la universal de la misma, también lo hizo con el concepto de enfermedad.

“Creo que es supermedicalizado, o sea, organizar desde el centro de salud grupos de conversación, o sea algo tan básico como el grupo de tabaquismo, pues decir, no sé, pues desde centros de atención a la mujer se puede organizar un grupo de mujeres que están en la menopausia y sólo con eso, con una enfermera con una educadora de apoyo, es que se solucionarían muchas cosas ¿no? (...) es que hay mucha más parte de la población y muchos más aspectos en los que si le darías esa visión amplia de salud, de encuentro, de conversación, o sea, que no solo haciendo grupos se soluciona, pero yo creo que estaría mucho solucionado.”

[S]

La salud argumentada desde lo sano o insano se ha convertido en una verdad absoluta, en un derecho totalizante: un reto para el mundo y la sociedad pero sobre todo para el ser humano. Tener salud como sinónimo de ausencia de enfermedad es una utopía que invisibiliza su otra cara, la que no tiene que ver con los parámetros médicos.

¹⁵⁵ Interrupción Voluntaria del Embarazo

“(...) Yo sí que veo que hay ciclo en el estado anímico y que coincide con las diferentes etapas de la menstruación, entonces asumir eso como parte de ti, puede ser como la solución sana y no como, o sea, qué pasa ahora, que si estoy triste, o tengo un día no sé cómo, me tengo que medicar ¿no? (...) sí que creo que estaría bien acomodar tu vida a cómo estés tú. Si unos días estas más...incluso relacionado con la sexualidad también, creo” [O]

Hace falta reconsiderar en el discurso y la práctica de los derechos humanos, el papel de las ONG's y sus posiciones humanitarias y universalistas en el articulado hacia quienes defienden la individualidad o la no acción de carácter global. Si bien es cierto que la salud tiene amplitud en sus quehaceres, precisa de reflexión en las formas llevadas a cabo por las políticas laborales, económicas y sociales.

El campo social y el sanitario no pueden, ni deben, estar deshilados. Ambos terrenos afectan al bienestar, y por tanto a la praxis que determina que es salud o enfermedad. La homogeneidad del sistema se enfunda en todo lo que aporta esa globalidad: la dimensión social, moral y ética, o lo que es lo mismo, la función de los derechos humanos en la determinación de una salud óptima.

La aplicabilidad de los no derechos desde el prisma ético es la base del sistema médico. Hombres y mujeres no son atendidos de la misma manera y la discriminación médica por razón de género es una realidad (Valls, 2009). La menstruación, los problemas alimentarios o la necesidad de garantizar un derecho laboral no discriminatorio serán ejemplos que se abordarán a continuación.

27.2 CUANDO EL TRABAJO REMUNERADO DISCRIMINA

Los derechos económicos, sociales y culturales han generado una relación de desigualdades que afecta a la cuestión de la naturaleza, sustentados en la teoría de los binomios de los sexos.

“Yo no sé si eso es la sociedad o qué es, yo eso lo achaco más a la religión, fíjate, porque las mujeres somos sucias, mira los musulmanes se pueden casar con varias mujeres en parte porque tú no has de dormir con tu esposa cuando ella tiene la regla porque es sucio, entonces claro, como hay muchos días que no puedes estar con ella y tú tienes unas necesidades, pues si te puedes permitir económicamente tener otra mujer, pues te casas con una segunda. Los ortodoxos igual, no pueden dormir en una misma habitación la mujer y el hombre cuando ella tiene la regla, y las mujeres en España, yo recuerdo cuando era pequeña que mi madre me decía que ella no podría hacer la mayonesa cuando tenía la regla porque se cortaba, y es como, alucino. Entonces yo creo que eso viene de antes, y tenemos la cosa esa de que somos sucias y estamos sucias, y además el pecado original y todo el rollo este, insisto es que es todo una cuestión de cómo en tu casa se trate”. [B]

Si se está de acuerdo en que la base de la discriminación es la teoría del patriarcado, e incluso tal y como afirma una de las informantes, la influencia de la religión. Se está de acuerdo en que los derechos y su legitimidad funcionan en base a los binomios supuestamente naturales, y por tanto guiados por unos principios moralistas que no éticos viendo los derechos según sexualidades.

Por tanto hablamos de *derechos opcionales* no elegidos que tanto en instituciones como empresas privadas por ejemplo, facilitan la expulsión social a las mujeres menstruantes, madres o con problemas alimentarios. Si la menstruación no es una elección, sino un condicionante biológico ¿por qué no se garantiza un derecho a la salud en estos supuestos? La menstruación por ejemplo sigue siendo cosa de mujeres.

“Y que tengan ellas algún día de descanso, las más delicadas o las que más lo necesitan me parece lógico y necesario, porque también muchas borracheras de hombres, muchas habían y ya se cogen la baja el lunes porque están mal, o ni te

digo los domingos que se van a jugar o hacer sus cosas y luego se lesionan, y yo creo que eso si lo puedes dominar y puedes decidir, pero la regla no, es algo fisiológico y ya está, pero nadie le importa” [G.D.3.4]

“Pues que tú quieras que no, que si puedes adaptar tus horarios en momentos en los que te apetece, o sea, tu cuerpo te pide quedarte una hora más en la cama, pues es que es totalmente diferente, conectas mucho más con el cuerpo con lo que te está pidiendo en ese momento y vas a otro ritmo, yo creo que eso también es un lujo [S]

El interés radica especialmente en que el sistema no apuesta por unas políticas que pongan en el punto de mira la ética y la moral de la situación de las mujeres a menos que su uso sirva para las descalificaciones o discriminaciones como el caso que se expone de la menstruación.

El temor de las mujeres a cogerse cualquier permiso laboral es debido a que lo conciben como un *problema de mujeres*, incluyendo la maternidad, por tanto una acción de doble discriminación. El contrato laboral no conoce ni reconoce el bien común desde el sentido ético de ser mujer, y el sistema laboral se rige por contratos de carácter masculino y todo lo que exceda el canon es motivo de expulsión.

El sistema médico y el laboral se ven abocados a una misma situación político-social donde la rentabilidad no se mide en función de la ética, sino de la estética mercantilista y rentabilidad económica.

“Es que estás enferma, en mi empresa si a ti te duele la tripa, y te coges la baja, estás enfermo, no puedes, estás incapacitado para ir a trabajar, que lo diga la OMS, que lo diga tal, y me da igual tener la regla, que, porque al final, en ese aspecto a mí me conviene tener la regla para eso, cuantas veces, es que tengo la regla no puedo, y a mí me duele la tripa o me duele una muela, ¿Veis lo que digo? es que estamos tan acostumbrados de que sea hombre o mujer, hombre o mujer, que aún en el 2015 seguimos viendo hombre y mujer.” [G.D.4.5]

“Como los hombres no van a tener regla, pues ya es un punto para que el responsable de recursos humanos teniendo una mujer en frente le diga que mejor no la contrata” [G.D.4.3]

Es muy interesante el análisis de las dos informantes de dos grupos de discusión diferentes. El primer informante parte del grupo de hombres y la segunda informante viene del grupo de mujeres. La interpretación en ambas se sustenta en ver la menstruación bien como una enfermedad (por tanto reconocida) de la menstruación comparándola con un dolor de muela o un dolor de tripa. Si bien es cierto no le da importancia y reniega de la dualidad de sexos, mantiene el discurso del *dolor de menstrual* como un interés social.

Este argumento choca con el miedo de la segunda informante que manifiesta como la menstruación o el diagnóstico de estar enferma, *síndrome premenstrual*, es la excusa para que las empresas las discriminen. Una desigualdad basada en lo biológico. Observamos cómo a pesar de que las mujeres son titulares de derechos, carecen de ellos en el sentido de que las demandas y exigencias no responden a la realidad social.

“Algunos antropólogos dicen, que los conceptos como PMS en los Estados Unidos permiten a las mujeres escapar de las demandas excesivas que se les imponen, tanto en el trabajo como en el hogar” (Womack, 2010:25)¹⁵⁶

Cuando la sociedad no toma parte sobre esta garantía social y sanitaria porque las industrias o instituciones se encargan de ello, las mujeres y especialmente las jóvenes se someten a las exigencias de las corporaciones para minimizar sus malestares y poder seguir en la sociedad con la mínima queja posible.

“La variable libertad es muy relativa y, pues es que al final son cuestiones de bioética que tampoco yo controlo mucho ni he conocido, pero vamos es que al final el debate este ético yo creo que también con la pastilla, o sea todo el rollo de las hormonas, o sea el control de los anticonceptivos que se basan en la ingesta de pastillas y tal, al final son eso, y como no dirigidos a mujeres (...) creo que han sido pensados y se utilizan y tienen unas repercusiones muy diferentes en hombres y mujeres, creo que son elementos de la vida de las personas que de manera más clara establece las diferencias de lo que tiene que hacer un hombre, de lo que tiene que hacer una mujer, entonces, lo mismo que decía antes, creo que no se están cuidando bien” [G]

¹⁵⁶ TP

Es innegable cómo el patriarcado ha prevalecido como paradigma de la humanidad, también en los derechos humanos, al considerar al hombre como eje de las teorías, valores, creencias, lenguajes o ideas; y por esta concepción de tomar como referencia al hombre también se ha visto dañado el sistema de salud.

Las investigaciones científicas y los estudios empíricos biologicistas han estado centrados en la figura masculina, ubicando a toda la sociedad desde ese eje etnocentrista y patriarcal, silenciando el derecho a las identidades genéricas. Y aquellos casos en que se ha investigado el cuerpo de las mujeres lo ha sido por una estrategia mercantilista.

27.3 UNA AYUDA (PER) VERTIDA¹⁵⁷

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ¿PRISIÓN O LIBERTAD?

Por ese motivo cabe hacer un inciso a las experiencias sobre el uso de métodos anticonceptivos, el rol de los hombres y el uso y abuso de éstos en las más jóvenes.

“Sí que he escuchado comentarios de amigas mías, en plan, bua yo no quiero tener la regla, hay unas pastillas que hacen que te quieten la regla, yo quiero quitármela, ¿no? esto de adolescentes...” [S]

Seguramente profundizar en este campo, el de ser libres o actuar por opresión, sería una aventura dolorosa si contrastamos a hombres y mujeres en esta aventura. En las declaraciones de muchas mujeres existe una delgada línea entre el miedo a desposeerse de estos métodos y la idea de dejarlos de lado.

“(...) lo grave de esto es que no se es consciente de que cada mes no es tu regla” [S]

Las implicaciones que supone tomar o no tomar un anticonceptivo son conocedoras pero están dispuestas a pagar las repercusiones que puede acarrear en su salud y disfrutar de la supuesta libertad de no hacerlo.

¹⁵⁷ Los dos significados en uno muestran como la ayuda de los métodos anticonceptivos puede describirse como un comportamiento inmoral y falta de legalidad, o un mecanismo de verter en el cuerpo de las mujeres material residual, con el objetivo fin de vaciarlas de contenido.

El rol social que asumen también en el área de la salud tiene un punto de debilidad en la toma de decisiones ya que algunas se justifican por *recomendaciones* médicas, sin cuestionar las que las toman por motivos médicos como el caso de la endometriosis.

Estas *obligaciones moralistas* de toma de decisiones por un *bien común* de que con los anticonceptivos no existe riesgo de quedarse embarazada adolecen de un sistema de cuidados que contrapesa o limite el daño infringido a las mujeres pues ellas son castigadas al sufrimiento psicológico y social.

Hoy día pocas son las que no toman pastillas anticonceptivas o las que se someten a tratamientos reguladores para controlar sus cuerpos. La voluntad se ve sometida a una situación de malestar endémico.

“Pues mira, a nivel emocional hay las, yo me pongo el anillo cada tres semanas ¿no?, cada 21 días, pues a la segunda semana de ponérmelo, hacia mitad de semana o así, tengo como un día de bajón, o sea yo me lo pongo y me lo quito los miércoles, pues hacia el jueves, miércoles de después de dos semanas que me lo pongo, estoy como muy de bajón, y después de la regla estoy como muy, muy, más, como una actitud más violeta, la semana que me lo pongo. Cuando me lo puse como mucho bajón, sí, me puse a llorar, no sé porque, o sea no sé por qué, pero sí, como que igual tampoco quería ¿sabes? como que lo hacía más, por prevención, no es prevención, o sea que igual yo no quería eso realmente para mí ¿no?, no sé si la sexualidad como tal, el acto sexual como tal o ponerme eso, pero vaya” [Y]

Resaltar en estas exigencias de derechos algunos como: el de la integridad física hacia la toma de decisión de los propios cuerpos¹⁵⁸, el derecho al trabajo¹⁵⁹, el derecho a una vida sexual y reproductiva y el derecho a ser tratada con dignidad. Sin hacer una lista exhaustiva de los derechos sí se pretende señalar la vulneración a la que se hayan

¹⁵⁸ El 23 de Julio de 2015, la ONU lanza un informe en el que pide a España la retirada de la reforma de la Ley del aborto, que obliga a las mujeres de 16 y 17 años a ejercer una IVE con el consentimiento de sus padres. Según el Comité de Derechos Humanos, que sacó un informe de 10 páginas alertando a España sobre la preocupación y vulneración de los Derechos Civiles y políticos, dice que esta medida es incompatible con las normas internacionales de derechos humanos y contraria a las obligaciones contraídas por la Convención de los Derechos del Niño. http://cadenaser.com/ser/2015/06/26/sociedad/1435312713_456658.html

¹⁵⁹ La indisposición en la que se encuentran algunas mujeres cuando padecen de dolores menstruales o incluso bajas por maternidad, hace que sus derechos se vean vulnerados en el trabajo, discriminándolas por su razón de ser, por su condición de mujer y/o de madre.

sometidas, entre otras cuestiones porque la situación de vulneración acarrea graves consecuencias para la salud.

“Un amigo decía que una interrupción del embarazo era más sana, bueno más sana, más improbable, en el caso de ser sería más sana que no obligar a su pareja a tomar pastillas, que una persona se viera sometida a eso” [G]

La transformación asumida de los métodos anticonceptivos ha sido una forma de mostrar cómo este tratamiento ha ido evolucionando, pasando de un hecho puntual de ayuda a ser un artefacto que se inscribe de forma innata cuando la menstruación aparece. De hecho y como expone el informante anterior se prefiere tomar el tratamiento *del día después* en el caso de que se haya quedado embarazada a tomar los métodos anticonceptivos de forma continuada. El uso que se hace de ellos cambia en función de quienes lo utilizan, regulando sus formas y sus tiempos.

“La píldora en principio se inventó para gestionar mejor los ciclos y poder aumentar la fertilidad, o sea, me parece bien la retirada de la regla para esos casos, tú no te sientes identificada con el cuerpo que te ha tocado, pues bien, perfecto, pero en general, me parece muy peligroso.” [B]

Las actitudes y los prejuicios sexistas acerca del disfrute sexual son un impedimento hacia una misma y por consiguiente, su aceptación. La salud autopercebida tiene mucho que ver con los discursos sociales y los displaceres que viven las mujeres condicionadas por la falta de comprensión de un mundo que se encuentra paralelo al resto de la sociedad. Un mundo que por su tabú no deja entrever las posibilidades existentes hacia el cuidado en una misma.

“A mí no me apetece regular mis hormonas y meterme nada químico para, para evitar embarazos...Sí que hay mucha gente que los toma por el tema de quistes en los ovarios y para regular y reducir el dolor (...) creo que hay otras maneras naturales de reducir y controlar el dolor ¿no? (...) para los hombres el preservativo y la vasectomía y apenas se hacen” [O]

Los estereotipos que dibujan a las mujeres han hecho que se propicie un alejamiento y/o rechazo hacia sus estares placenteros, lo que se ha nombrado como *el*

beneficio de los in, en el caso de la menopausia asociada a la infertilidad y la inapetencia sexual; la menstruación asociada a la indisposición para trabajar o tener buen rendimiento académico e incomprensible por la alteración hormonal y las emociones suscitadas; todas excusas de la sociedad para perpetuar los displaceres y/o los malestares.

Estamos ante una ilógica sustentada por un mercado que ofrece, a través de las corporeidades modificar al individuo, generando reacciones emocionales llenas de incertidumbres y de desidentificación.

27.4 LA PRESENCIA DE LA MATERNIDAD Y LA SUPERVIVENCIA SOCIAL.

A lo largo de los grupos de discusión se ha detectado como la maternidad ha ido apareciendo tratar sin ofrecer un espacio específico para hablar de ello, lo que demuestra el peso social que ostenta la maternidad en los malestares en las mujeres, y como de alguna manera tiene una repercusión con las experiencias individuales de cada una, siendo la investidura más importante para la autodefinition de la mujeres, incluidas aquellas que no sienten la maternidad como algo propio.

Discusión sobre el instinto maternal

“Yo creo que la mujer sí que tiene su instinto de querer tener hijos, pero la sociedad marca lo negativo, y pienso que llega a una edad en que lo sientes (...) el instinto lo tienes pero luego ves situaciones, el tema laboral, el tema...” [G.D.2.3]

“Yo considero que el instinto materno es muy general pero no es común para todas la mujeres, es un porcentaje muy alto de mujeres que si tienen ese instinto pero hay otro porcentaje que no lo tienen, eh aquí, yo no lo tengo, yo sé que no lo tengo.” [G.D.3.4]

“Pero a ver si llego a una edad en que no quiero tener hijos, pues me lo quiero quitar. En realidad hay mucho cáncer de todo y porque voy a tener eso. Es una decisión mía y además pienso que sí que sí que te conlleva mucha responsabilidad el hecho de ser madre, que te cambia la vida totalmente” [G.D.2.4]

Las mujeres siempre han estado confrontadas en la reproducción, sentir esa tirantez como ser indispensables en la sociedad, como parte esencial y fundamental para procrear y *aportar* a la sociedad, y la sensación de no querer asumir esos papel o rol, causa una profunda aflicción en sí mismas.

La muy noble función asociada a las mujeres, es sin lugar a dudas, la maternidad como acto de colaborar en sociedad, una funcionalidad que carece del cuidado hacia una misma. El *dar a las demás* es un sacrificio que toda mujer *debe hacer* si quiere ser la *mejor madre del mundo*.

“Las mujeres solo valemos para procrear, y que si no has tenido descendencia no has cumplido tu misión en la vida” [B]

Esta exigencia maternal, crea el *exilio de las mujeres*, una trampa inherente a las responsabilidades y tradiciones asumidas por las madres: cuidado, hogar y trabajo, llevadas a cabo en soledad, aislamiento, miedo y esfuerzos, en tanto que intentan transformar la vida desde las exigencias sociales externas, y por tanto desvinculadas de sus personales proyectos sociales o políticos.

“Creo que también socialmente está muy unido de tienes la regla y ya eres mujer, o tienes la menopausia, dejas de tenerlo y también eso lo que genera en las mujeres ¿no? si una mujer es infértil, por lo tanto puede llegar a ser valorada como que no es mujer del todo, por lo tanto no puedes ejercer la maternidad, o te vacío ¿no?, la operación de el vaciado, también es como muy simbólico, te vacío, te quito el útero, y es como que te quito una parte y ya estás incompleta” [S]

La aparición de la maternidad y la menstruación están íntimamente relacionadas y es por ello que disociar esta unión ayudaría a vivir una menstruación basada en las experiencias y vivencias y no tanto en imposiciones y responsabilidades sociales. Menstruar no debe ser sinónimo de ser madre, ya que tal y como expresa la informante problemas como infertilidad puede llegar a tener una afectación hacia la autoestima personal.

La voluntad de la maternidad no debiera estar vinculada con el proceso menstrual ya que, con esta relación biologicista las cuestiones como los vientres de alquiler que utilizan los cuerpos de las mujeres para fines mercantilistas no solventarían los deseos e imposiciones de tener que construir una familia basada en el modelo tradicional. Con esta formas de utilización de los cuerpos se pone en cuestión el mito de la libre elección (De Miguel, 2015), así como no atender a otras dimensiones de familia como la adopción o la acogida, y escapando de la vía biologicista como el método válido.

“La maternidad nos afecta porque sí que te presionan, y te preguntan a ti y no a tu pareja cuando quieres tener hijo o cuando piensas tener un hijo, y es que lo que te apetece decir es, déjame en paz es mi cuerpo y la verdad que sí, es una presión, también como te lo tomes, yo como lo tengo muy claro, pero si” [G.D.3.3]

Cuando los malestares son entendidos como un hecho excluido socialmente, es decir, que afecta sólo a las mujeres, y por tanto responsables ellas de las consecuencias, el estado deja de garantizar una correcta atención e intervención, regida y garantizada por el propio derecho a la salud.

Hablamos de la maternidad como un punto de inflexión, de lucha, de desposesión, de venganza, de silencio o de imposición social que refleja muy claramente la presión social a la que se ven sometidas las mujeres cuando no tienen un sentimiento obvio en lo que respecta a la maternidad.

A lo largo de este apartado se ha pretendido exponer en modo sintético y con brevedad, las consecuencias que los malestares descargan en la sociedad, no sólo desde el plano de la salud, también desde el terreno de lo laboral, afectando incluso a la vivencia o no de una maternidad libre y sin imposiciones, de igual forma que la asistencia a una menstruación medicalizada o no. Por esa misma razón, los problemas alimentarios o la menopausia también serían malestares que afectan no sólo al escenario social, también al de las relaciones interpersonales.

Los ideales, los roles, el dolor y el malestar cultural que los acompaña y las imposiciones y exigencias de las grandes corporaciones y la propia estructura social, no sólo crean desidentificación sino que su estado vital se ve alterado y por ende, todos sus ejes vertebradores: el laboral, el educativo, el económico o el relacional.

Una realidad que no atiende a la expresión de los propios derechos humanos, sino que está fundamentada en intereses económicos y alejada de una realidad tangible pero puesta en disolución como es la experiencia de las mujeres. Como decía Sau (1991) “es un orden cultural determinado quien decide que se las va a mantener en estado natural impidiendo *por la fuerza* el desarrollo cultural-ético que les es propio”

Cabe decir por tanto que la igualdad fáctica no se agota en sí misma con la igualdad jurídica, incluso llegan a alimentarse. Siguiendo a Posada (2015) “*Pero la igualdad fáctica es más compleja: ha de enfrentar factores psicológicos, sociales, estructurales, que desbordan el ámbito de lo puramente formal*”.

Hace falta una visión y acción política que establezca por una parte la vulneración de los derechos humanos en materia laboral y de salud, en el caso concreto del fenómeno M.E.M, y por otra generar vías que atiendan a la igualdad formal y real, donde no se centren únicamente en los discursos normativos y jurídicos, sino que atiendan también a las aportaciones y visiones de disciplinas como, en el caso que acontece, la antropología.

IV. NARRATIVAS PARA UNA NUEVA SÍNTESIS

CAPÍTULO 28: LA COINCIDENCIA ANHELADA

28.1 EDUCACIÓN EN LOS AVATARES MÁS IMPRECISOS: ¿INDIVIDUALISMO O COLECTIVISMO?

“Yo creo que todo el mundo tiene ganas de sentirse bien y libre (...) La oportunidad que te brinda una enfermedad para cambiar y para vivir, y también quitarte el miedo”[MJ]

Señalar que esta parte de la investigación, no pretende ser una síntesis correcta de los pasos a seguir en la intervención de estos malestares, ya que la visión interdisciplinar no supone un punto de vista ecléctico a llevar a cabo, sino precisamente, asumir la especificidad y complejidad que engloba la propia investigación.

La realidad necesita de posibilidades y no de juicios puros. Necesita de condiciones filogenéticas y ontogenéticas adaptadas a la realidad social. Una historia para ver las cosas de formas diferentes.

“Todo lo que son las funciones propias, si, fisiológicas de la mujer, tiene muchísimo que ver con lo heredado, con la educación y con un estado de actitud.”

[B]

Resulta muy difícil comprender cómo las mujeres siguen manteniendo y ejerciendo la culpabilidad como algo interiorizado en ellas. El sistema nocivo que lo perpetúa ha creado mensajes tan virulentos como *la culpa es de nosotras*.

Frene a la contestación de tal afirmación no podemos hablar de culpables, cuando en realidad son supervivientes del sistema en donde las relaciones personales vienen determinadas por una conjunción de situaciones, y es por ello que hablamos de una *culpabilidad corresponsable*. Me refiero a que, de la misma manera que se está empezando hablar de la implicación de los hombres en el ámbito familiar y en el hogar,

la llamada corresponsabilidad en el hogar, también haríamos lo mismo con el sentimiento de culpa.

El objetivo de las entrevistadas es claro, apostar por una salud basada en la autoatención, y la recuperación de hábitos que no impliquen malestares. Una forma de gestionar su salud no sólo a título individual sino en unión con una realidad social y cultural que vayan en la misma sintonía.

“ Si, dentro de la psicología, está la sistémica, que veía la anorexia como un síntoma del malestar en la familia, o sea, en la corriente sistémica, cuando una persona de una familia tiene un problema de cualquier tipo se toma como síntoma de un problema de un conjunto, de esas red de personas ¿no? esa persona es la que está sacando a la luz ese problema, entonces desde esa corriente se ve la anorexia o como una forma de llamar la atención, es decir, hola estoy aquí, hacedme caso... no tanto como que la sociedad me bombardea y tengo que estar así y yo me veo gorda y tal (...) pero como todo sí que puede haber parte de las dos.” [O]

No hay que olvidar que la salud es una responsabilidad social y política, en tanto que también de la persona, y en este traspaso de valores hacia una sociedad con más *corresponsabilidad sanitaria* entra en tela de juicio la necesidad urgente de no medicalizar los procesos vitales de las mujeres y apostar por la integración del cuidado ético como un proceso de bienestar.

Es evidente que aquí tiene peso la educación transmitida que va desde lo recibido en casa hasta los mensajes que vemos en los medios de comunicación, publicidad y espacios de ocio y de relación.

(...) hubo algo que a mí me mosqueó mucho en el colegio ¿vale? Porque la educación que les dan a través de los primero momentos de los que tú te baja la regla, ella tenía una inquietud, le habían dicho en el colegio, bueno le han dado la clase de que es la menstruación, y ella viene y me pregunta a mí, me dice a ver que me han dicho que en el momento que a mí me baje la regla me voy a engordar, me voy a poner dice como más fuerte, y ella ya se consideraba una persona fuerte”.

[G.D.1.3]

“Tu propio cuerpo te forma, entonces yo me pongo a pensar si en el propio colegio te están diciendo que una vez que te baja la regla vas a engordar, esa criatura va a dejar de comer desde el momento que le viene la regla (...) desde los 13 años que más o menos te baja la regla, pues como vas a superar una niña de 13 años el hecho de que te baje la regla y vayas a engordar.” [G.D.1.3]

“(...) yo creo que a los de mi clase por ejemplo, les va atrayendo más el tema de saber por qué te duele, y cómo funciona la cosa, no sé yo creo que poco a poco, a mí me hace ilusión que se interesen por el tema (...)te das cuenta que poco a poco, como hacen charlas le quitas a ese tema un poco más de importancia, lo ves ya como algo más natural, entonces yo creo que si se hace sobre la regla, la menstruación y así, yo creo que a la gente ya lo va a ver un poco más natural” [M]

Esta parte pretende adentrarse en la importancia que tienen los fenómenos relacionales, aquellos que bajo el concepto de responsabilidad relacional como opuesto a las tendencias individualistas en la sociedad posmoderna, plantean que la participación y aportación en las situaciones difíciles y en los contextos que precisan de deconstrucción social. El movimiento colectivo como potencia para la implicación de las personas y el diseño de líneas y marcos de actuación es imbatible generando un nuevo sentido de realidades y acciones posibles.

“Yo creo que primero la mujer necesitaría más información y apoyo social, primero tiene que venir de arriba, as instituciones se tienen que comprometer, eso está claro, y comprometer significa ayudar más a la mujer, más programas, más información, atención más directa... pero claro todo esto es una panacea porque viviendo en el momento que vivimos pues al final lo último, eh, refuerzo si lo necesita, apoyo psicológico, terapias de grupos, es que no sé, yo pienso que tiene que ser una cosa más abierta, más concienciación social, más abierta para que se normalice, para que la mujer lo pueda vivir con más normalidad y para que ella misma no se autocastigue [G.D.1.2]

“Por ejemplo estos grupos que estamos haciendo, pues es una cosa que nos viene bien, que compartimos y nos reflejamos pues todas esas cosas la mujer lo necesita (...) y luego claro que la mujer lo empiece a pedir, lo empiece a exigir también ¿no? [G.D.2.2]

Las más jóvenes son las que dan rienda suelta a su tratamiento con la auto-medicalización estando más inscrita en las jóvenes que en las más adultas. Son conscientes de que no es la opción más correcta, y refieren a la necesidad de educar más no solo para tener unos hábitos más correctos, pues la mayoría mostraban signos de conocer perfectamente lo que hacía, sino para sentirse bien y aceptadas socialmente.

“Si no te dan la oportunidad a ti de demostrar lo que puedes llegar a ser realmente, yo creo que ahí no va a ver nada, pero yo creo que ahí si nos diesen la oportunidad solo una vez de demostrar que podemos ser mejor que ellos, lo demostraríamos y la gente se daría cuenta tanto hombres como mujeres que podemos ser mucho más de lo que significa una mujer bonita por fuera, mucho más podríamos hacer, y yo creo que lo podemos hacer con el día a día, con el trabajo y esfuerzo de día a día una mujer trabajando y haciendo lo mismo que un hombre (...) y sobretodo ir al colegio y decir, una mujer, ninguna mujer se tiene que avergonzar de nada, ni de cómo vaya vestida, ni porque tiene la regla, ni se sienta triste...” [M]

De nuevo el anhelo de una educación que sea capaz de transformar la realidad social, y el escenario cultural. La apuesta y eficacia que está mostrando la industria farmacéutica, lanzando mensajes y campañas que promueven la familiaridad con los medicamentos y que todo persona tiene la capacidad de abastecerse, está produciendo que la intervención médica quede en segundo plano y el malestar cultural invisibilizado.

Los cuerpos y las sexualidades han sido temas de debate y reflexión, generando propuestas y necesidades de acción que anteriormente no habían sido tenidas en consideración.

Identidad, sexualidad, género, cultura han sido los ejes que han marcado la posición y el estar de las entrevistadas, remitiendo a la educación como el engranaje para cambiar la realidad y hacer protagonistas a los malestares así como a la catarsis emocional asociado.

Visibilizar para tratar, y dejar de ver lo enfermo como una oportunidad y experiencia vital, e incluir a los hombres en estos procesos han sido las demandas de la mayoría de las mujeres partícipes de este proyecto.

“Sí que supongo que muchos de los chicos que participan en tus grupos, en las entrevistas, o se le pregunta a un ciudadano varón participando en una encuesta sobre estos temas, yo creo que si se dan cuenta de que no es algo presenta en las cuestiones del día a día, o estás en un grupo de amigos que tienes mucha confianza y además tienes afinidad con las amigas y por tanto confianza para hablar de estos temas y entenderlo y saber escucharla y que te enseñen, yo creo que al final, no sé, yo sobre la menstruación poco puedo entender sino es por lo que me cuentan, lo que he vivido, o lo que me cuentan mis parejas o mis amigas, entonces es una oportunidad también ¿no?, el que los hombres reflexionemos o nos paremos a pensar durante una hora (...) yo creo que avanzaríamos mucho en las relaciones entre hombres y mujeres si aprenderíamos más de éstos temas [G]

“Yo creo que solo si se dedicaran los esfuerzos a dar sesiones a chicas adolescentes para prepararlas y que entendieran como es el proceso y dejaran de lado a los chicos, seguirían existiendo todos esos condicionantes sociales, muchas veces creado por los hombres que son los que emiten mensajes publicitarios, o los que crean cine o los que crean series o los que, y bueno viceversa no me lo imagino ¿no?, [G]

Este giro copernicano de lo fisiológico y enfermo como un lenguaje y simbología tratada y biológicamente utilizada, provoca un cambio de sentido en el que el cuerpo, la sexualidad, los hábitos y las inquietudes despiertan otra manera de entender y vivir los diferentes procesos vitales por el que pasan, en este caso, las mujeres.

Cabe recordar que fue el motivo por el que hablamos del fenómeno M.E.M como malestares que se generan en las mujeres por el hecho de serlo, no que acontece en ellas, es decir, no son malestares propios de las mujeres.

“Es que cuando a ti te permiten y relajarte y verlo de otra manera, pues es que igual ni te duele, entonces se acaba, estas más feliz y contenta porque te entienden, lo emocional es muy importante, o al menos es mi experiencia” [G.D.3.1]

Reparar el cuerpo a través de la despersonalización y de las influencias médicas es una tarea de hostigamiento moral y ético, por ende, de irresponsabilidad y mal trato hacia los derechos humanos. La educación y la apuesta de políticas que respalden la

lógica social y cultural de la que hablamos es la herramienta perfecta para captar la raíz del problema en cuestión.

No hablamos de enfermedades sino de estares que precisan de realidades empíricas, teóricas y por supuesto, de aplicabilidad social. La feminización de estos estares como sinónimo de individualidad y esencialismo social hace que cuando se habla un problema que lleva nombre de mujer, es mucho más que un problema, es una táctica social donde lo económico se antepone a cualquier derecho que suscite cambio para estas estructuras.

“El empoderamiento de tu como mujer es ser consciente de una realidad que sí o sí te va a pasar, entonces como dices, al tener un grupo de apoyo o un lugar en donde tú sabes, que tu detectas ciertos problemas ciertas cosas en la que tú no puedes avanzar vas a estos grupos y sientes ese empoderamiento ... (...) antes de que se convierta en un problema tomarlo como una ventaja, porque también llegar a la menopausia solo vemos los contras y dejamos de ver los pros [G.D.2.5]

“ Después del embarazo, después del parto, mi relación con el cuerpo cambió de forma radical, porque de pronto como que mi cuerpo tenía sentido, me empezó a caer mejor mi cuerpo, las cosas que no me gustaban e mi cuerpo me parecían menos importantes, y las que me gustaban, me gustaban más, y mi cuerpo me demostró que servía para algo, como que estaba diseñado para algo y había cumplido, entonces cambió y fue muy guay, este es mi vivencia personal, no pienso para nada que el cuerpo de la mujer esté únicamente creado para tener hijos, que cada ser humano hace con su vida lo que quiera, no creo que para que te sientas plena, tienes que ser madre o ser mujer.” [B]

La socialización y la educación son quienes tienen una de las tareas más arduas de proporcionar credibilidad y legitimidad al derecho a la salud como derecho fundamental, y por ende, entender los malestares como eso, malestares sociales, exentos de estigmas y connotaciones que delimiten el uso y tratamiento.

Despolitizar el cuerpo femenino es un paso, pero esto solo es posible generando discursos políticos que conviertan el cuerpo en armadura de cambio. El cambio hacia un cuerpo político, propiciará que las mujeres tengan el poder sobre sí mismas, y por ende,

sobre la sociedad para que tal cambio sea una responsabilidad que los estados deben tomar, asumiendo la necesaria obligación ética y social sin apelar a moralismos desde el derecho de ciudadanía.

CUARTA PARTE

RETOS PARA UNA SOCIEDAD ECLÉCTICA

CAPÍTULO 29: UNA LABOR INCONCLUSA.

29.1 ¿HACIA DÓNDE DEBE VIRAR LA SALUD?

La intención de este capítulo es mostrar que mientras existan lagunas en la protección de derecho de las mujeres, estas conclusiones no estarán completadas. EL juicio crítico de esta tesis es manifestar que el fenómeno M.E.M, necesita ser interpretado y analizado desde la amplitud de miras, en este caso lo que afecta a la menopausia, a la menstruación y a los estares alimentarios.

Por esa razón se reivindica la urgencia de seguir apostando por estudios que pongan en evidencia y manifiesten otro paradigma de vivir los procesos de salud y que los nuevos cuerpos emergentes tengan su espacio y adquieran un tinte no convencional, clasista o clínico.

La tendencia hacia una vida medicalizada y controlada por agentes externos, ha generado tal naturalización de la enfermedad que ha debilitado las capacidades de autoatención del ser humano sumergiendo a las mujeres en un cosmos de dependencia con el capital y la salud autómeta.

Desacreditar un hábito o estar que no se relacione con prácticas que la clínica impone, es una vía para deslegitimar cualquier derecho propio tal como expuso la 68ª Asamblea mundial de la salud el 15 de mayo de 2015:

“7. Pese a los progresos realizados, las sociedades continúan fallando a las mujeres en lo que respecta a la salud, lo cual se observa especialmente en los países pobres y entre las mujeres más pobres de todos los países. La discriminación de la mujer en razón de su sexo pone a esta en situación de desventaja en el terreno de la salud. Las diferencias de género en materia de salud siguen siendo una cuestión que hay que seguir de cerca.”¹⁶⁰

Los malestares deben confrontar la realidad a la que se les intenta supeditar y esto

¹⁶⁰ 68.ª Asamblea Mundial de la Salud A68/16. Punto 14.4 del orden del día provisional del 15 de mayo de 2015.

significa que se tiene que acabar con el viejo paradigma de que la salud no es propiedad de las personas. Hay que reformular un nuevo concepto que ponga en valor la vida y el bienestar respetando los procesos vitales, especialmente los de las mujeres, y para ello es urgente romper con el concepto simple de enfermedad y exigir que todo enfoque médico tenga en cuenta la dimensión social y cultural, así como el enfoque de derechos y la inclusión de la perspectiva de género.

Cuando el sistema de salud no atiende a los procesos que afectan o intervienen en la generación de los malestares pasa por alto la influencia y acción directa que tiene tanto en el ámbito doméstico como en las prácticas discriminatorias del ámbito laboral; y así permite la supremacía de los tratamientos químicos y nocivos que deterioran la salud y se evade de las imposiciones sociales y culturales que someten los cuerpos de las más jóvenes a un estado de represión constante.

Esta tesis muestra motivos suficientes y serios para reflexionar a fondo sobre hacia dónde va la política sanitaria, su validez científica y los intereses aplastantes de la industria farmacéutica.

“Lo que deducimos de todo esto es que nuestro sistema de vida actual no es compatible con un estado de salud deseable, y por lo tanto, no se trata de que nos igualemos en el modo de enfermar, sino de que propongamos y promovamos cambios que favorezcan el acceso de las mujeres a cualquier medio o recurso social y económico, y al mismo tiempo, que se modifiquen los modelos sociales de referencia y los esquemas de organización social, en función del acceso de mujeres y hombres a un mejor estilo de vida y estado de salud” (Fuentes, 2012:94)

Siguiendo a Uribe (1998), deberíamos mirar hacia un concepto de salud pública que introdujese de forma activa el individuo y su contexto cultural, implantando una atención y tratamiento desde la salud más holística, perfilando como el autor llama un concepto de salud comunitaria.

La salud confiere la forma máxima de expresión del ser humano en todas sus dimensiones, biológicas, físicas y mentales, por lo que la necesidad de transformar dichos conceptos pasa inexorablemente por entenderlos como forma de libertad; que se abra al ser humano como un abanico de posibilidades a través de la autonomía, la

elección y la toma de decisiones.

Cuando hablamos del apoyo social no hablamos de filantropía, sino de una obligación esencial del estado de bienestar que debe transformar los servicios inadaptados, agotados y carentes de recursos y facilitar que la intervención se convierta en un campo a incentivar en los sistemas sanitarios, así como la necesidad de incluir expertas/os en estas instituciones.

29.2 EL OLVIDO DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

El malestar cultural y corporal, perenne en la percepción y la mirada invisible y negativa hacia las mujeres, sigue coexistiendo en forma de estereotipos y mandatos patriarcales por parte de las estructuras sociales. A pesar de que la igualdad se haya declarado, cabe la duda de si de facto es perceptible en los tiempos que vivimos. Estas turbias travesías hacia la igualdad permiten reflexionar sobre la feminización de estos estares y darnos cuenta de la voluntad y apuesta por seguir enfermándolas desde el ámbito de la ciencia.

La racionalidad médica debe traspasar la frontera hacia un nuevo sujeto emergente. El objetivo no es tanto crear sujetos dependientes y desiguales sino apostar por un estado de salud interdependiente, en sintonía con la igualdad y la coeducación.

“(...) La verdadera virtud de los seres humanos es la capacidad de vivir juntos como iguales sin reclamar nada para sí excepto las mismas cosas que están libremente dispuestos a conceder a los demás” (Stuart, 2010:111)

Tenemos que trabajar en una salud no basada en éticas médicas o abstractas, ni controladora del sujeto como instrumento para la sociedad y para ello es preciso que la intervención social apueste por la diversidad, el respeto a las identidades, los géneros y los cuerpos y atendiendo a una dialéctica que sea factible con el desarrollo y protección de los derechos humanos centrada en la práctica de la no discriminación.

Las políticas que regulan las estructuras sociales juegan una importante labor a la hora de poner en práctica el tipo de políticas públicas influyendo sobremanera en las formas de generar hábitos, promover estigmas o crear responsabilidades que afectan al pensamiento y a la norma social.

“Los sistemas de antropología y las políticas de salud pública es un campo de investigación importante para un análisis más detallado de la relación entre el poder médico y la libertad individual, la incertidumbre política y el determinismo en las actuaciones preventivas, las ideologías dominantes y la resistencia popular.”(Massé, 2001:25)

Repensar y atender al fenómeno M.E.M, es centrar la mirada en cómo la política sanitaria debería estar estructurada en base a unos criterios de protección de derechos y de igualdad. Reconocer esto es dirigir las líneas que llevan a la institución social a cumplir con las necesidades y demandas de la sociedad.

El orden internacional no debe facilitar, permitir o garantizar este fenómeno de la mercantilización y el uso del cuerpo de las mujeres, sino apostar por un sistema de valores basado en la justicia de género y en la importancia de los determinantes sociales y culturales.

“Quedarse en la reclamación de la libertad individual para elegir el género, el sexo o el deseo, desoyendo las urgencias de la desigualdad, podría resultar un débil efecto de una teoría que, como la teoría queer, tiene indudablemente una gran carga potencial de crítica e impugnación de las relaciones de poder” (Posada 2015: 62)

Cabe por tanto preguntarse si se quiere más un mundo donde la medicalización y la creación de enfermedades prevalezca o un sistema médico que se preocupe por garantizar los derechos evitando construir una salud basada en terapias de *por si acaso*; una salud que ante la potencialidad del riesgo desaconseje la iniciativa de las mujeres ante la intervención técnica.

Los métodos anticonceptivos, el tratamiento farmacológico o el control del cuerpo a través de otras técnicas más o menos invasivas empiezan a tener una presencia

extendida en la sociedad. Cabe plantearse si tal nivel de normalización y acostumbamiento no tenga una fuerte vinculación con el miedo social y la prometida seguridad médica.

Sin prestar mucha atención a los maximalismos que sustentan la medicina como algo que debiera desaparecer, y que se justifica con el paraguas de lo natural, cabe afirmar que no se trata de una ciencia totalitaria, de blanco o negro, sino la complementariedad de ambas. La salud no es un mercado, sino un derecho, y es por eso que hace falta pensar en políticas garantistas y no oportunistas.

La cuestión a plantear aquí es saber si sería posible que el imperio médico que actúa como estrategia funcional y de control del orden social, deje espacio a otras formas de concebir la salud y reformular los paradigmas desde la ideología de la inclusión que actúe como mecanismo político para transformar el sistema y la práctica sanitaria.

Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas fue el título del libro del Colectivo de las Mujeres de Boston (2000), que marcó un antes y un después en la reivindicación de la sexualidad y la salud de las mujeres contra el rearme patriarcal (Cobo, 2011), y apostar por una distribución de las políticas sanitarias que tengan en cuenta a las mujeres.

29.3 EL VISLUMBRAR DE UNA NUEVA ECLOSIÓN

Frente a la realidad del título que sustenta esta apartado final se expone a continuación una serie de alumbramientos como aliento de esperanza que derrumbe el estado eclipsado por intereses en el que hoy día se sustenta el sistema de bienestar, el de la sanidad y los derechos.

La sustitución indiscriminada que ha sufrido el feminismo ha sido una cuestión de metonimia política, ya que si se despolitiza el feminismo, el o los sujetos integrantes en él quedan vacíos de poder e influencia política y por tanto de su capacidad de transformación social.

Si una de las claves de esta tesis es poner en las agendas políticas cómo la sociedad trata a las mujeres en materia de salud, necesariamente debemos criticar el sistema político y social o de lo contrario se seguirá perpetuando la invisibilización de una realidad que pretendo sea visible para transformarla. Y esto es imposible si no se hace desde el feminismo que, como herramienta de cambio social, merece ser tenido en cuenta. Si no atendemos a este ojo crítico que lucha por la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, esta investigación como tantas otras que apuestan por una transformación social quedará anclada al país de los eufemismos.

Hace falta una cultura que revalorice a las mujeres. Ser mujer no supone una esencia monolítica, pues en ella se inscriben una multitud, en concreto más de la mitad de la población mundial. Por esa razón este estudio se centra en el malestar en las mujeres, en sus experiencias y sus subjetividades para entender la salud, la sexualidad y las relaciones en una sociedad y en una cultura que tiende a ser determinante.

En el proceso de creación de una cultura de los géneros, la matriz central no es otra que alcanzar los estares salutogénicos de las mujeres para que queden provistas del reconocimiento, de su multiplicidad, de sus diferentes valoraciones y de sus diversidades y derrotar la carga proveniente de los dogmatismos y moralidades exclusivas del estado del capital y patriarcal.

Para ello es necesario que también desde el plano de la educación las pulsiones más elementales del género humano estén presentes.

“Pero en el caso concreto que estamos hablando pues lo mismo, no se han generado sistemas educativos en los que las mujeres puedan conocer todas las posibilidades no médicas del conocimiento del cuerpo y controlar todos estos procesos.” [S]

El proceso de reconstrucción de la identidad es tarea ardua e incipiente en tanto que el género se manifiesta como oportunidad o amenaza, y es por esta razón que se precisa de una educación que resignifique modelos de convivencia y de valores donde se respeten las diferencias y se apueste por la diversidad y la igualdad.

La realidad corporal se ha convertido en símbolo expresivo del posicionamiento del individuo dentro de la sociedad, y en ella se inserta la necesaria misión de conocer de cerca las identidades de género.

Ante esta demanda, cabe plantear la obligatoriedad de una acción formativa en materia de género a todas aquellas personas que trabajen en el área sanitaria, que se dediquen a las investigaciones y que apuesten por programas y proyectos que tengan en cuenta esta razón social.

El cambio cultural y la transformación de las prácticas sanitarias pasa indiscutiblemente por la inclusión de la perspectiva de género y el enfoque de los derechos humanos para una implementación de las políticas de equidad y sanitarias.

Frente al ocultismo, este estudio difunde la necesidad de hablar de problemas alimentarios y no de trastornos del comportamiento alimentario; habla de la apuesta de poner sobre la mesa la urgencia de reflexionar sobre los permisos menstruales; y habla de la defensa de los cuerpos como sujetos políticos que precisan de derechos. Asimismo la crítica a un sistema que debe plantear otro modelo de salud que contemple las experiencias de las mujeres y que proteja sus derechos también desde la implicación en las políticas públicas.

La antropología es capaz de articular todo esto y desarrollar un campo multidisciplinar que potencie y promueva una nueva vía de visión y trabajo conjunto. La salud y el feminismo deben estar en caminos paralelos. Para dignificar los derechos sociales y sanitarios es necesario que identidad de género y acción política trabajen a la par, pues la una no sería posible sin la otra.

BIBLIOGRAFÍA

-A-

Adams, R. (2012). Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 640-659

Alonso, A. (2007). Un 20 por ciento de las consultas diarias en los centros de salud se refieren a “enfermedades inventadas”. *EL MEDICO interactivo*. Núm.1847 Sección OMC y sociedades científicas.

Álvarez, N. (2007). *Yo vencí la anorexia*. Madrid: Temas de hoy

Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante. *Índex de Enfermeria (Granada)* (30), 30–35.

Anderson, P. (1993). *Comunidades imaginadas: reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México: Fondo Cultura.

Andrieu, B. (2007). Contra la desencarnación técnica: ¿un cuerpo híbrido?”. En Jean-Marc Lachaud y Olivier Neveux (dir). *Cuerpos dominados, cuerpos en ruptura*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Apostólides, M. (1999). *Vencer la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Urano.

Arias, R. (2007). Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI. *Trabajo Social. Universidad Nacional de Colombia* (9), 25-36.

-B-

Barsky A.J. (1988). The Paradox of Health, *New England Journal of Medicine*. 319-379.

Bartoli, P. (1989). Antropología de la Educación Sanitaria. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (7), 17-25.

Bañuelos, C. (1995). Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68.

Bauman, Z. (2009). *El arte de la vida*. Barcelona: Paidós.

Beauchamp,T&Childress,J.F.(1999).*Principios de ética biomédica*. Barcelona:Mason.

- Behar R., De la barrera M. & Michelotti, J. (2002).** Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista médica de Chile* (130), 964-975.
- Berger, G. (1999).** *Menopause and culture*. PlutoPress: London.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1993).** *La construcción social de la realidad*. 11ª Edición, Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernal, M. (2011).** *Cuerpo, comida y migraciones. Un análisis transcultural de los (mal) estares alimentarios*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Facultad de letras, Tarragona.
- Bibeau, G. (1999).** Una troisième voie en santé publique. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6 (2), 209-236.
- Blázquez, M. (2007).** La incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria: Propuesta de una metodología de sensibilidad de género. *Actas del VII Seminario de la Red Caps de Mujeres Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer. 48–61.
- Blázquez, M. (2009).** *Ideologías y prácticas de género en la Atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: El caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Rovira y Virgili. Facultad de Letras, Tarragona.
- Boltanski, L. (1975).** *Los Usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- Boothby, S. (2013).** Women want more control over their menstrual cycles. *Healthline*: <http://www.healthline.com/health-news/policy-women-want-greater-control-over-menstrual-cycles-051413#1>
- Bordó, S. (1993).** *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Boston Women's Health Book Collective (1998).** *Our body, ourselves for the New Century: A book by and for Women*. New York: Touchstone.
- Botell, M.L. (2001).** El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. *Revista cubana de medicina general integral*, 17 (2), 206-208.
- Bourdieu P. (1980).** *Le sens pratique*. Paris: Editions de Minuit. (Trad. esp. en ed. Taurus, 1992)

- Bourdieu, P. (1983).** The forms of capital. En John G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and research for the Sociology of Education* (pp.214-258). New York: Greenwood
- Bourdieu, P. (1986).** Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En VV. AA.: *Materiales de sociología crítica* (pp.183-194).Madrid: La Piqueta.
- Bourdieu, P. (1997).** *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2010).** *El oficio del científico*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (2010).** *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama
- Briones, G. (2002).** *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES.
- Brokmann, C. (2007).** Antropología y derechos humanos. *Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos*, (12), 55-76.
- Bullen, M.&Pecharromán, B. (2005).** Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. FARAPI. *Antropología Aplicada*, (27), 179-186
- Burin M. (1990).** *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós;
- Butler, J. (1993).** *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

-C-

- Calaf, M., León, M. Hilerio, C. & Rodríguez, J. (2005).** Inventario de Imagen Corporal para Fémias Adolescentes (IICFA). *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 347-354. Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico
- Canals, J. (2003).** Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: Reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 71-81.
- Canguilhem, G. (1943).** *Lo normal y lo patológico*. Argentina: Siglo Veintiuno.
- Castillo, J. (1997).** El cuerpo recreado: La construcción social de los atributos corporales. *Sociológica: Revista del pensamiento social*, 2, 27-44.
- Cañas, J.L. (2013).** Psicoterapia y rehumanización de las adicciones. Un modelo para la bioética personalista. *Cuadernos de Bioética*, (24), 101-112.

- Cisoux, H. (1976).** The Laugh of Medusa. *Signs*, 1 (4), 875-893.
- Cobo, R. (2011).** *Hacia una política sexual. Las mujeres ante la reacción patriarcal.* Madrid: Catarata.
- Comas, D. (1995).** *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres.* Barcelona, Icaria.
- Comas, D. (2011).** La violencia sobre las mujeres en la agenda política, en la sociedad y en los medios de comunicación. *Ankulegi*, (15), 175-190
- Comelles, J. M. (2000).** De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. *Trabajo Social y Salud*, (35), 151-172.
- Comelles, J.M. & Martínez, A. (1993).** *Enfermedad, cultura y sociedad.* Madrid: Eudema
- Conrad, P. (1992).** Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1987).** *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness.* Ohio: Merrill.
- Contreras, J. (1992).** *Antropología de la alimentación.* Madrid: Eudema
- Contreras, J. & Gracia, M. (2005).** *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas.* Barcelona: Ariel
- D-**
- Das, V., Kleinman, A., Pamphile, M., & Reunolds, P. (2000).** *Violence and Subjectivity.* Berkeley: University of California Press.
- Daskal, A.M. & Ravazzola, C. (1991).** *El malestar silenciado: la otra salud mental.* Chile: Isis International y Emerger.
- Day, K. & Keys, T. (2008).** Starving in cyberspace: a discourse analysis of pro eating-disorder websites. *Journal of Gender Studies*, 17 (1), 1-15
- De la Cruz, I., Jociles, M.I., Piqueras, A & Rivas, A.M. (2002).** *Introducción a la antropología para la intervención social.* Valencia: Tirant lo Blanch
- Delaney, J.,Lupton, MJ. & Toth, E. (1988).** *The Curse: A Cultural History of Menstruation.* Chicago: University of Illinois Press.

- De Miguel, A. (2006).** La 'violencia de género' y otras iniquidades. *Cuadernos de Pensamiento Político*, (9), 175-196.
- De Miguel, A. (2015).** *Neoliberalismo sexual: el mito de la libre elección*. Madrid: Cátedra
- Del Valle, T. (2000).** *Perspectivas feministas desde la antropología social*, Barcelona: Ariel
- Del Valle, T. (coord.) (2002).** *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.
- Delvecchio, M., Brodwing, P., Good, B. & Kleinman, A (1992).** *Pain as human experience*. Berkeley: University of California Press.
- Devillard, M.J. (1990).** La construcción de la salud y de la enfermedad. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, (51), 79-90.
- Devillard, M.J. (2010).** Antropología y Derechos Humanos: multiculturalismo, retos y resignificaciones. *Revista de Antropología Social*, 19, 25-51.
- Domenech, Y. (1998).** Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas: cuadernos de Trabajo Social*, (6), 179-195.
- Douglas, M. (1966).** *Purity and Danger: an Analysis of concepts of pollutions and Taboo*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Douglas, M. (1999).** *Implicit Meanings. Selected essays in anthropology*. New York: Routledge.
- DSM IV (1994).** *Criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia nerviosa*. Academia Americana de Psiquiatría.
- Durkheim, E. (1992).** *El suicidio*. Madrid: Akal.

-E-

- Ehrenberg, A. (2000).** *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Esteban, M.L (2004a).** *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, M.L (2004b).** Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12.

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2 (1), 9-20.

Esteban, M.L. (2009). Identidades de género, feminismo, sexualidad y amor: los cuerpos como agentes. *Política y Sociedad*, (46), 27-41.

Esteban, M.L., Comelles, J.M. & Díez, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

-F-

Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 51-80.

Fernández, A. (2002). *Una hoja de lechuga: anorexia, una enfermedad del alma*. Barcelona: Plaza & Janés.

Fernández, A. & Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

Figueras, M. (2002). *La imatge corporal en les revistes juvenils femenines*. Generalitat de Catalunya. Premi Joventut 2002.

Fitte, A. L. (2009). La clasificación de la mujer menopáusica en el saber biomédico: La mujer como anormalidad. *I Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género*, 29 y 30 de Octubre, La Plata, Argentina.

Fombuena, J., & Alonso, R. (2006). La ética de la justicia y la ética de los cuidados. *Portularia*, 6(1) 95-107.

Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (1998). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (1999). Sexualidad y Poder. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales. Volumen III*. (pp.175-198) Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1999b). Polémica, política y problematizaciones. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales. Volumen III*. (pp.353-362) Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza.

- Foucault, M. (2006).** *La hermenéutica del sujeto (curso en el College de France 1981-1982)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (2006).** *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza.
- Friedan, B (1963).** *The feminine mystique*. New York: W.W. Norton & Company.
- Fromm, E. (1991).** *Del tener al ser*. Barcelona: Paidós.
- Fuentes, M. (2012).** *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género* (4ª ed.). Barcelona: Icaria.

-G-

- Garcia, F.J. & Pulido, R. (1994).** *Antropología de la educación*. Madrid: Eudema.
- García-Calvente, MM., Ruiz, MT., Lozano, M., Borrell, C. & López, MP. (2015).** Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014). *Gaceta Sanitaria*, 29 (6), 404-411
- García, N. (1991).** ¿Construcción o simulacro del objeto de estudio? Trabajo de campo y retórica textual. *Alteridades*, 1(1), 58-64.
- García, J. L. (1985).** Enfermedad y cultura. *Jano*, 643-H, 83-90.
- Gergen, K. (1991).** *El yo saturado*. Buenos Aires: Paidós
- Giddens, A. (1997).** *Las Consecuencias de la Modernidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gil, F. (1998).** La bonne description. *Enquête, anthropologie, histoire, sociologie*, (6), 129-152.
- Gilligan, C. (2013).** La ética del cuidado. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols & Lucas*, 30.
- Giner, S., De espínosa, E.L. & Torres, C. (2006) (Eds.).** *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza
- Giorgio, N. (2009).** *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Paidós
- Gómez, P (2003).** *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. Valencia: Tilde
- Gracia, E. (1997).** *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós
- Gracia, M. (coord.) (2001).** *La incidencia de los factores socioculturales en los trastornos alimentarios de las mujeres: el caso de la anorexia nerviosa*. Informe de

investigación Instituto de la Mujer de Madrid.

Gracia, M. (2003-2005). *Género, dieting y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*. Instituto de la Mujer”, en Programa Nacional sobre Problemas Sociales i Benestar Social. I+D+I Exp. N°87/03

Gracia, M. (coord) (2007). *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona: Ariel.

Gracia, M. (2010). Alimentación y cultura en España: una aproximación desde la antropología social. *Revista de Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 20 (2), 357-386.

Gracia, M. & Comelles, J.M. (Eds.) (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.

Grau, A., Sánchez, M., Hernández, G. & Turón, V. (2010). Aproximación histórica y evolución conceptual de los trastornos de la conducta alimentaria. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis.

Greenwood, D. (2000). De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. *Revista de Antropología Social*, (9), 27-49.

Greenleaf, C., Petrie, T., Carter, J. & Reel, J. (2009). Female Collegiate Athletes: Prevalence of Eating disorders and Disordered Eating behaviors. *Journal of American College Health*, 57 (5), 489–496.

Greer, G. (1993). *El cambio: mujeres, vejez y menopausia*. Barcelona: Anagrama.

Gregorio, C. (2006). Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica. *Revista de Antropología Iberoamericana I* (1), 22–39.

Goodale, M. & Merry, S. (2007). *The practice of human rights. Tracking law between the global and the local*. Cambridge: Cambridge University Press

Guidonet, A. (2010). *¿Miedo a comer? Crisis alimentarias en contextos de abundancia*. Barcelona: Icaria.

-H-

Hammersley, M & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

- Haraway, D. (1988).** Situated Knowledge: The Science Question in Feminism as a site of discourse on the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 3 (14), 575-599.
- Harding, S. (2002).** ¿Existe un método feminista? En: Bartra, E. (comp.). *Debates en torno a una metodología feminista*. México: Pueg/Uam Xochimilco, 9–34.
- Harris, M. (2004).** *Antropología cultural*. Madrid: Alianza
- Helman, C. (2000).** *Culture, Health and Illness* (4th ed). London: Arnold.
- Herzlich, C. & Augé, M. (1984).** *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Payot.
- Hidiroglu, S., Tanriover, O., Pinar, A. & Karavus, M. (2014).** Qualitative study on menopause described from the man's perspective. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64 (9).
- Hoggan, S. (2008).** Una visión indígena de la menopausia. Guatemala: <https://elrincondesusu.wordpress.com/2008/04/30/una-vision-indigena-de-la-menopausia/>

-I-

- Iglesias, P. (2003).** *Mujer y salud: las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, Facultad de Filosofía y Letras.
- Illich, I. (1975).** *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Imaz, E. (2005).** Réflexion sur quelques images pour penser le corps de la femme enceinte. *Zainak*, (27), 187-19.
- Iraburu, M. (2005).** *Con voz propia. Decisiones que podemos tomar ante la enfermedad*. Madrid: Alianza
- Iraburu, M. (2006).** Confidencialidad e intimidad. *An. Sist. Sanit. Navar*, 29 (3), 49-59.
- Izquierdo, MJ. (1996).** *El Malestar en la Desigualdad*. Madrid: Cátedra
- Izquierdo, MJ. (2003).** El sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. *Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado"* Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer.

-J-

Jacobi, M. (1876). *The question of rest for women during menstruation.* New York: University of California Librarires.

Jociles, M.I. (1997). “Nigel Barley y la investigación etnográfica”. *Política y Sociedad*, (24), 97-120

Jociles, M.I. (2005). El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibáñez. *Revista de Antropología*, (7), 147-169.

Johansson, E.E., Hamberg, K., Westman, G. & Lindgren, G. (1999). The meanings of pain: an exploration of women’s descriptions of symptoms. *Social Science Medicine*, 48(12), 1791-1802.

Juliano, D. (2010). El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología. *Quaderns de psicología*, 12 (2), 149-160.

Juliano, D. (2010). El cuerpo del guerrero. El modelo perverso. En M.L, Esteban, Comelles, J.M. & Díez, C. (eds). *Antropología, género, salud y atención.* (pp.317-327). Barcelona: Bellaterra.

-K-

Kant, I. (1999). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* Barcelona: Ariel.

Kirstensen, S. & Koster, A. (2014). Contextualising eating problems in individual diet counselling. *Health: An interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 18(3), 319-331.

Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine.* Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (1995). *Social Suffering.* Berkeley: University of California Press.

-L-

Lachaud, J. M. & Neveux, O. (2007). *Cuerpos dominados. Cuerpos en ruptura.* Buenos Aires: Nueva Visión

Lagarde, M. (1997). *La política de las mujeres.* Madrid: Cátedra.

Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas.* Buenos Aires: Ediciones del Sol

- Le Breton, D. (1990).** *Anthropologie du corps et modernité. (2^oed.)* France: Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (1994).** Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 197-210.
- Le Breton, D (2002).** *La sociología del cuerpo.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lee, J. & Sasser-Coen, J. (1996).** *Blood stories: Menarche and the politics of the female body in contemporary U.S. Society.* New York: Routledge.
- Leininger, M. (1999).** Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, (6), 5-8.
- Lesar, M.D., Arnow, B., Stice, E. & Agras, S. (2001).** Private high school students are at risk for bulimic pathology. *Eating Disorders*, 2 (9), 125-139.
- Lipovetsky, G. (1997).** *La troisième femme. Permanence et révolution du féminin.* Paris: Gallimard
- Lobera, J. (2002).** Trastornos de la conducta alimentaria. La madurez psicológica del menor para la toma de decisiones. Tratamiento forzado. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del niño y del adolescente*, (1), 23-32
- Lock, M. (1986).** Ambiguities of ageing: Japanese experience and perception of menopause. A biocultural analysis. *Culture Medical Psychiatry*, (10), 47-71.
- Lock, M. & Scheper-Hughes, N. (1990).** A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent". En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.). *Medical anthropology. A handbook of theory and method.* New York: Greenwood Press.
- Lock, M. (1995).** *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America.* Berkeley: University of California Press.
- Lock, M. (2001).** Containing the elusive body. *Hedgehog Review Summer*, 3(2) 65-78.
- Löwy, I (2005).** Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale? Le Women's Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, Genre et Sociétés*, (14), 89-108.

-M-

- Maisonneuve, J. (1976).** Le corps et le corporéisme aujourd'hui. *Revue française de sociologie*, 17 (4), 551-571.
- Marion, I. (2000).** *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid: Cátedra.
- Martin, E. (1987).** *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press
- Martín, E. (1988).** Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause. *Internatioinal Journal of Health Services*, 18 (2), 237-254.
- Martinez, I. (coord.) (2001).** *Género, desarrollo psico-social y trastornos de la imagen*, Instituto de la Mujer, Serie Estudios, Madrid.
- Martorell, A., Comellas, J.M. & Bernal, M. (2009).** *Antropología y enfermería*. Publicacions URV: Tarragona
- Massé, R. (1998).** La santé publique comme nouvelle moralité. *Les cahiers de recherche éthique*, (22), 155-176.
- Massé, R. (2001).** La santé publique comme projet politique et individuel. In B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, (pp.41-64) Paris: Karthala.
- Mead, M. (1961).** *Masculino y femenino*. Buenos Aires: Compañía General Fabril.
- Mead, M. (1981).** *Sexo y Temperamento en las sociedades primitivas*. (3.ªed) Barcelona: Laia
- Menéndez, E. (1984).** El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu de Catalunya*, (3), 85-119
- Menéndez, E. (1996).** Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16 (46), 37-67.
- Menéndez, E. (2002).** *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. (2003).** Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.

- Mercado, C. (2008).** *Aplicación del análisis de género a los trastornos de la conducta alimentaria*. Fundación FESALUD.
- Merlinsky, G. (2006).** La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. *Cinta Moebio*, (27), 17-33.
- Merry, S. (2003).** Human rights and the demonization of culture. En *Polar: Political and legal Anthropology Review*, 55-77. Wellesley College, USA.
- Morin, E. (1962).** *El espíritu del tiempo*. Madrid: Taurus.
- Moreno, J.L. (2010).** *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. CSIC
- Morrison, L.A., Lynnette, L., Sievert, D.E., Brown, N.R. & Reza, A. (2010).** Relationships between menstrual and menopausal attitudes and associated demographic and health characteristics: The Hilo Women's Health Study. *Women & Health*, 50 (5), 397-413.
- Moya, A. (2006).** Trabajar con personas mayores: reflexiones desde la bioética. *Informes Portal Mayores*, (55), 1-22
- Murillo de la Vega, S. (2009).** Productividad e igualdad: revisado modelos. *Temas para el debate*, (179), 33-36.

-N-

- Narotzky, S. (1995).** *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en Ciencias Sociales*, CSIC, Madrid
- Noddings, N. (1984).** *Caring: a Feminine Approach to Ethics and Moral Educations*. Berkeley: University of California Press

-O-

- Olivier, J.P (1995).** La politique du terrain. Sur la production des dones en anthropologie. *Enquête, Les terrains de l'enquête*, (1), 71-109.
- OMS (1981).** Investigaciones sobre la menopausia, Ginebra, OMS 1981. (Serie de Informes Técnicos nº 670)
- OMS (1984).** Glosario de términos. En la serie *Salud para Todos*, nº 1-2, 18.
- OMS (2000).** Promoción de la Salud. En *Trabajo Social y Salud*, (35), 1-55.
- OMS (2005).** *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra.

OPS (1999). *Equidad de género y políticas de reforma del sector salud. Guía para la preparación de informes.* Washington, Organización Panamericana de la Salud

Ortiz, T. (2004). Género y profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, (18), 189–194.

Ortiz, T. (2006). *Medicina, historia y género, 130 años de investigación feminista.* Oviedo: KRK

Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En *Harris y Young (comps.). Antropología y feminismo* (pp.109-132). Barcelona: Anagrama

-P-

Pastor, R. & Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del psicólogo*, (75), 34-39

Perdiguero, E. (2009). La salud a través de los medios. Propaganda sanitaria institucional en la España de los años veinte y treinta del siglo XX”. En *Mètode: anuario*, 142-151. Universitat de València.

Perdiguero, E. & Comelles, J.M. (Ed.) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina.* Barcelona: Bellaterra

Pérez, J., Nogareda, C., Martín, F. & Sancho, T. (2006). *Mobbing, violencia física y Acoso Sexual* (2ªed). Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Pérez, M. & Gervas, J. (1999). Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN*, 25(3), 239-248

Piqueras, A. (2010). *Movimientos sociales y capitalismo. Historia de una mutua influencia.* Alzira: Germania.

Plaza, J.F. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia *Revista ICONO* (14), 62-83.

Posada, L. (2015). *Filosofía, crítica y (re)flexiones feministas.* Madrid: Fundamentos.

Profet, M. (1993). Menstruation as a Defense Against Pathogens Transported by Sperm. *The Quarterly Review of Biology*, 68 (3), 335-386.

Pujadas, J.J., Comas, D. & Roca, J. (2010). *Etnografía*. Barcelona: UOC

-Q-

Quiles, Y., Terol, M.C. & Quiles, M.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2), 313-333.

-R-

Redman, S., Webb, G., Hennrikus, D., Gordon, J & Sanson-Fischer, R. (1991). The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. *Journal of Behavioral Medicine* 14(5), 527-540.

Reynoso, C. (1998). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa.

Riessman C. K. (1983). Women and medicalization: A new perspective. *Social Policy*, 14 (1), 3-18.

Robledo, D. (2014). *(La) salud como representación: apostasía del cuerpo o sofisma de sí mismo*. Tesis Doctoral. Universitat Politècnica de Valencia, Valencia.

Rockwell, E. (1994). La etnografía como conocimiento local. En Mario Rueda, Gabriel Delgado y Jacobo Zardel (coords), *El aula universitaria. Aproximaciones metodológicas*. (pp.55-72). México, CISE-UNAM.

Rubin, G. (1975). The traffic in women: notes on the 'political economy' of sex. From Reiter, R., *Toward and anthropology of women*. (157-210) New York: Monthly Review Press.

Rubio, A. (2009). *Adolescentes y jóvenes en la red: factores de oportunidad*. Instituto de la Juventud de España.

Ruiz-lázaro, PM., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L & Lobo, A. (2010). Prevalencia de los Trastornos Alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (4), 204-11

-S-

Sánchez, M.J. (2004). Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria. *Gazeta de Antropología*, (20), 1-16

Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel

- Sarradon-Eck A. (2008).** Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue: dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique", *Ethnographiques.org*, 17 (En ligne). <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>
- Sartre, J.P. (1984).** *El ser y la nada: ensayo de ontología fenomenológica*. Madrid: Alianza.
- Sau, V. (1981).** *Un diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria.
- Sau, V. (1991).** La ética de la maternidad. *Mujeres y Sociedad*, (13), 177-182.
- Scheper-Hughes, N. (1992).** *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987).** The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. En: *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1), 6-41.
- Shore, C. (2010).** La antropología y el estudio de la política pública: Reflexiones sobre la 'formulación' de las políticas. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (10), 21-49.
- Sontag, S. (2005).** *La Enfermedad y sus metáforas; El sida y sus metáforas*. Barcelona: Debolsillo
- Sontag, S. (2003).** *Ante el dolor de los demás*, Buenos Aires: Alfaguara
- Stice, E., Burton, E. & Shaw, H. (2004).** Prospective Relations Between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *American Psychological Association*, 72 (1), 62-71.
- Stolcke, V. (1999).** ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Cuadernos para el Debate*, (6), 87-111.
- Stolcke, V. (2006).** La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Desarrollo económico*, 180 (45), 523-546.
- Stuart, M. (2010).** *El sometimiento de la mujer*. Madrid: Alianza
- Subirats, M. (2007).** De la escuela mixta a la coeducación. La educación de las niñas: el aprendizaje de la subordinación. En AnaVega (coord). *Mujer y educación. Una perspectiva de género*. (pp.137-148). Málaga: Aljibe

-T-

- Talarn, A. (2007) (Comp.).** *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder
- Toro, J. (1996).** *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., Gila, A. & Pombo, C. (2005).** Evaluación de las influencias socioculturales en el modelo de la imagen corporal en adolescentes masculinos con anorexia nerviosa. *European Eating Disorders Review*, 13 (5), 351-359.
- Tucci, S. & Peters, J. (2008).** Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*, 20 (4) 521-524.
- Tulchinsky, T. & Varavikova, E. (2010).** What is the “New Public Health”? *Public Health Reviews*, 32 (1), 25-53
- Turner, B. S. (1994).** Avances recientes en la teoría del cuerpo. En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 11-39.

-U-

- Uribe, J.M. (1996).** *Educación y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*. Ministerio de cultura, Madrid.
- Uribe, J.M. (1998).** Atención primaria y centro de salud: la construcción social de la salud. *Revista Trabajo Social y Salud*, (29), 235-249
- Uribe, J.M., Otegui, R. & Martínez, À. (2002).** Bioética, ciudadanía y biopoder. La reproducción institucional de los poderes médicos. *IX Congrésd'Antropología FAAEE* Barcelona.

-V-

- Vohs, K., Todd, F. & Herrin, M. (1999).** *Disordered Eating and the Transition to College: A Prospective Study*. Department of Psychology, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire
- Valère, V. (2002).** *Diario de una anoréxica*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Valles, M. (1997).** Técnicas de observación y participación: de la observación participante a la investigación-acción-participativa. En *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (pp. 142-176). Madrid: Síntesis.
- Valls, C. (2006).** *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo

- Valls, C. (2009).** *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Cátedra
- Van Dongen, E. (2000).** La forza dell'anoressia. Resistenza, energia e controllo. *Revista della Società italiana di antropologia medica*, 9 (10), 59-80.
- Velasco (2006).**
- Vélez, C. (2001).** Teología de la mujer. Feminismo y género. *Theologica Xaveriana*, (140), 545-564
- Vinel, V. (2004).** Ménopause et andropause à la lumière du «dispositif de sexualité». *Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines*, (13-14).
- Virginie, V., Dorlin, E., Demanget, M., Diasio, N., Tenoudji, P., et al. (2007).** Feminin, masculin :anthropologie des categories et des pratiques medicales. *Le Portique, Les Cahiers du Portique*, pp. 280.
- Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C. & Cresson, G. (2006).** La santé est politique. *Nouvelles questions féministes*, 25(2) 4-15.

-W-

- White, L. (1982).** *La ciencia de la cultura: un estudio sobre el hombre y la civilización*. Barcelona: Paidós.
- Weideger, P. (1976).** *Menstruation and menopause: The physiology and psychology, The myth and the reality*. New York: Knopf.
- Wolcott, H. (2007).** Etnografía sin remordimientos. *Revista de Antropología Social*, (16), 279-295. Universidad Complutense de Madrid
- Womack, M. (2010).** *The anthropology of health and healing*. United Kingdom: AltaMira
- World Health Organization (2004).** Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. *A report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse* ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, p.45
- World Health Organization (1981).** Research on the Menopause. Technical Report Series No.670. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1996).** Research on the Menopause in the 1990s. Technical Report Series No. 866. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1997). Violence against women: A priority issue. Geneva: WHO

-Y-

Yabur, J.A. (2006). La menopausia puesta al día. *Gaceta Médica de Caracas*, 114 (1), 1-12.

-Z-

Zafra, E. (2008). Los trastornos del comportamiento alimentario como "estares alimentarios": Entre el placer (bienestar) y el conflicto (malestar). En *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: De las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas* (pp. 233-247).

Zafra, E. (2009). Los criterios de diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario desde una perspectiva antropológica. *I Congreso Español de Sociología de la Alimentación*, Gijón (La Laboral), 28-29 de mayo.

Zafra, E. (2011). Miedo a comer. Relaciones entre alimentación, emociones y cuerpo. *II Congreso español de sociología de la alimentación*. Vitoria-Gasteiz.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

-Action for Equality, Development and Peace:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm#diagnosis>

-Antroposmoderno: sobre mujeres y derechos:

<http://www.antroposmoderno.com/textos/Mujeryderechos.shtml>

-Artículo sobre “Trastornos mentales “culturales” en el DSM”:

<http://www.medciencia.com/trastornos-mentales-culturales-en-el-dsm/>

-Artículo en “El País”: Colgados de ansiolíticos:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411732159_601236.html

-Artículo en “El País”: convertimos problemas cotidianos en enfermedades:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html

-Artículo en “el País”: Estados Unidos aprueba el Viagra Femenina:

http://elpais.com/elpais/2015/08/19/ciencia/1439944664_755542.html?id_externo_rsoc=FB_C
[M](#)

-Artículo en “La Opinión A Coruña”: LA OMS alerta de que la Depresión será la primera causa de discapacidad en 2030: <http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2015/02/18/oms-alerta-depresion-sera-primera/928903.html>

-Artículo en Infosalus: Cuánto gasta el estado en medicinas:

<http://www.infosalus.com/farmacia/noticia-cuanto-gasta-estado-medicinas-20150728154946.html>

-Asociación Española para estudio de la menopausia: <http://www.aeem.es/aeem/1.html>

Health for the world’s adolescents. A second chance in the second decade

<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>

-Asamblea General: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

-Asamblea Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/es/>

-Asociación española para el estudio de la menopausia: <http://www.aeem.es/>

-Banco de Datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>

- Canadian Women's health network: <http://www.cwhn.ca>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Declaration of Alma Ata, 1978. International Conference on Primary Health Care. World Health Organization: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Derechos de las Mujeres por Amnistía Internacional: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/inf-mujeres-hist.html>
- Encuesta nacional salud: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Encuesta nacional de salud España 2011/12 serie informes monográficos 3 calidad de vida relacionada con la salud en adultos: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf
- Estrategia salud mental del sistema nacional de salud. 2009-2013 ministerio de sanidad, política social e igualdad: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
- Human Rights Watch: <https://www.hrw.org/es>
- Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p01/&file=pcaxis>
- International Menopause society. Promoting, education and research on all aspects of adult women's health: <http://www.imsociety.org/>
- Investigaciones sobre menopausia: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41316/1/WHO_TRS_670_spa.pdf?ua=1
- Ley General de Sanidad: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499
- Menstruation, menopause and mental health: <http://www.womenshealth.gov/mental-health/menstruation-menopause/>
- Ministerio de educación y cultura; ministerio de sanidad y consumo (2001). *Nutrición Saludable y prevención de los Trastornos del Comportamiento alimentarios*: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia_nutricion_saludable.pdf
- Our bodies. Ourselves: <http://www.ourbodiesourselves.org/>
- Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)
- The United Nations. Fourth World Conference on Women: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/>

-Women's health initiative: <https://www.nhlbi.nih.gov/whi/>

-Women's Link: <http://www.womenslinkworldwide.org/>

-Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht: <http://www.anad.org/>

-*Museum of Menstruation*: www.mum.org

ANEXOS

ANEXO I. GUION DE PREGUNTAS Y TEMAS A TRATAR

TEMA A TRATAR	PREGUNTAS
<p>La representación y el discurso social que gira entorno a la salud y el malestar.</p>	<p>¿Cómo definirías la salud?</p> <p>¿Cómo es para ti estar saludable?</p> <p>Si te hablo del concepto del malestar ¿Cómo lo describirías?</p> <p>¿De qué forma influyen los malestares en tu día a día? ¿Puedes ponerme un ejemplo?</p> <p>¿Te preocupa lo que digan fuera?</p> <p>¿Crees que influye tu forma de alimentarte en cómo te sientes? ¿Cómo?</p> <p>¿Si te dijera que me digas una palabra para explicar cómo estas ahora, cuál sería?</p> <p>¿De qué manera afecta esto al hecho de ser mujeres?</p>
<p>La representación social del género. Identificar los límites/condicionantes</p>	<p>¿Qué es para ti ser mujer?</p> <p>¿Me podrías definir esa palabra? ¿Te sientes identificada?</p> <p>¿Crees que los malestares influyen igual en hombres que en mujeres? ¿En qué pueden diferenciarse?</p> <p>¿Por qué crees que las mujeres tienen un alto índice de problemas de depresión, ansiedad...?</p>
<p>Los Estares Alimentarios.</p>	<p>¿Qué es para ti un trastorno de la conducta alimentaria?</p> <p>Viendo un poco lo que hemos hablado, ¿podríamos decir que más que una enfermedad es una forma de estar (sana o no) en la sociedad?</p>

	<p>¿Cómo es la vida diaria de alguien que tiene esta problemática? ¿Qué piensas? ¿Cómo te sientes?</p> <p>¿Cómo concibes la delgadez en la sociedad?</p> <p>¿Por qué crees que este tema afecta más a mujeres que a hombres?</p> <p>¿Cómo describirías a los hombres que padecen de estares alimentarios?</p> <p>En cuanto a tu sexualidad ¿sientes que te condiciona de alguna manera?</p> <p>¿Podrías decirme si ha habido factores sociales y culturales que han podido influir en tu estado actual? ¿De qué forma?</p> <p>¿Qué es lo que mejor ha funcionado para tu mejora y recuperación? ¿Podrías describirme situaciones, acciones o personas?</p> <p>¿Qué cosas has cambiado, porqué y cómo te sientes al respecto?</p> <p>¿Qué podrías decir, recomendar, sugerir...tras tu experiencia, a las personas que lean esta tesis?</p>
<p>MENSTRUACIÓN</p> <p>¿Porque se niega la menstruación? ¿Qué posiciones/opiniones hay al respecto? ¿Existen reivindicaciones?</p>	<p>Descíbeme en una palabra que es para ti la menstruación/regla.</p> <p>¿En algún momento alguien te explicó qué era o qué significaba?</p> <p>¿Podrías recordar reacciones de familiares, amigos/as o alguna experiencia peculiar/significativa?</p> <p>¿Hablas de ello con naturalidad? ¿Sientes que tienes algún rechazo o cierto pudor?</p> <p>¿Sientes que tu discurso sobre la menstruación va en sintonía con el discurso social?</p> <p>¿Has percibido algún cambio en ti misma como por ejemplo en la alimentación o en maneras de cuidarte en el paso del tiempo relacionado con tu periodo menstrual? ¿Podrías contarme?</p> <p>¿Y a nivel emocional?</p> <p>En relación a los mensajes que transmite la sociedad. ¿Qué mensajes crees que se lanzan? ¿Estás de acuerdo?</p>

¿Qué mensajes has recibido de las mujeres que te rodean: madre, abuela, amigas? ¿Y de los hombres? ¿Por qué crees que existe esa diferencia?

¿Qué opinas de los anticonceptivos como método de regulación? ¿Los usas? ¿Con qué fin? ¿Desde cuándo?

¿Sueles adoptar medidas farmacéuticas para paliar el dolor? ¿Conoces otras alternativas? ¿Qué opinas?

¿Piensas que existe una dimensión cultural que manipula las formas de vivir la menstruación y que reafirma el condicionante de género de ser mujer vinculada a la feminidad? ¿Podrías explicarme un poco esto?

¿Conoces el activismo menstrual? ¿Qué opinas del movimiento feminista en estos temas?

MENOPAUSIA

Describeme en una palabra que es para ti la menopausia.

¿Sientes que hay alguna relación con la menstruación? Formas de vivirla, de cuidarse, de maltrato...

¿Podrías recordar reacciones de familiares, amigos/as o alguna experiencia peculiar/significativa cuando informas de que estas menopáusica?

¿Te molesta que digan que eres una mujer que tiene la menopausia? ¿Es la misma sensación que cuando te dijeron que eras menstrual?

¿Cómo crees que se vivía la menstruación en aquel entonces?

¿Qué papel crees que juegan los hombres en todo esto?

¿Hablas de ello con naturalidad? ¿Sientes que tienes algún rechazo o cierto pudor?

¿Sientes que tu discurso sobre la menopausia va en sintonía con el discurso social? ¿Se habla de ellos en entornos cercanos?

¿Has percibido algún cambio en ti misma como por ejemplo en la alimentación o en maneras de cuidarte en el paso del tiempo relacionado con este nuevo ciclo?

¿Podrías contarme? ¿Y a nivel emocional?

En relación a los mensajes de la sociedad.
¿Qué mensajes se lanzan? ¿Estás de acuerdo?

¿Qué mensajes has recibido de las mujeres que te rodean: madre, abuela, amigas? ¿Y de los hombres? ¿Por qué crees que existe esa diferencia?

¿Sueles adoptar medidas farmacéuticas para paliar dolencias u otras sensaciones?
¿Conoces otras alternativas? ¿Qué opinas?

¿Piensas que existe una dimensión cultural que manipula las formas de vivir la menopausia? ¿Cómo crees que son percibidas las mujeres menopáusicas?

¿Conoces o acudes a sitios de apoyo o trabajo en grupo para hablar o compartir experiencias con otras mujeres? ¿Cómo te sientes cuando te encuentras en esos sitios?

¿Piensas que el movimiento feminista es importante en el empoderamiento de las mujeres vinculado a la menopausia?

¿Cómo ha influido en tu vida? ¿De qué manera?

¿Qué mensaje transmitirías a las mujeres y hombres que lean esta tesis?

ANEXO II. EJEMPLO DE ENTREVISTA**ENTREVISTA A [B]****-Para empezar, me gustaría que me contaras qué es para ti la salud.**

La ausencia del cansancio, eso es el estado de salud, el estado de buena salud, y la salud es todo lo que condiciona a tu día a día, que te permite o te obstaculiza en tus labores en lo cotidiano.

-¿Y cuáles son esas cosas que nos influyen?

Pues un resfriado hace que pienses con menos claridad, porque estás embotado. Que has dormido fenomenal, has comido bien y estás lleno de energía, pues te enfrentas a cualquier cosa con otro ánimo, con más fuerza. Que tengas buena salud o mala salud, lo notas en la manera que te enfrentas en el día a día, y supongo que cuando tienes una enfermedad más grave que tu salud se ve afectada de forma más seria, en mayor medida. Si tienes una mononucleosis no te puedes ni levantar de la cama.

-¿Hablaríamos también de un malestar psicológico, no?

Sí, también eso es salud, lo psicológico y lo físico, todo. Si tú estás feliz y contento te enfrentas mejor a tu día a día. Si tienes una depresión o estás triste o melancólico, no vas a poder enfrentarte igual. Así lo noto yo.

-Y en cuanto a la sociedad, ¿cómo ves que la sociedad nos está influyendo, en qué es saludable, para mí, para los niños...?

La verdad es que no me había parado a pensar en eso, no me había parado a pensar en eso, sí que es verdad que nos están mandando mensajes constantemente cuando voy, desde la línea 4 hasta la línea 2 en Goya, haciendo transbordo, ahí un anuncio, no sé si lo han quitado, pero había un anuncio de una chica que está dormida encima de la rama de un árbol, y es de un medicamento para darte energía y para el cansancio. Tienes mensajes constantemente de que tienes estar aquí, y tienes que hacer un montón de cosas y si no estás al 100% todo el tiempo es que algo va mal entonces te tienes que tomar algo. Nunca es tienes que dejar de tomar algunas cosas, siempre es tienes que tomarte algo y comprar algo para estar mejor.

-Y en relación a la forma en cómo nos alimentamos, ¿tú crees que los hábitos alimentarios...o cómo son los hábitos alimentarios en tu día a día, afectan a nuestra emocionalidad, a nuestra salud?

Sí que lo creo. Yo por ejemplo tengo una adicción muy importante con el azúcar, y yo sé que me afecta, cuando dejo de comer bollería y demás, estoy triste y de mal humor, y cuando como me encuentro mejor, aunque sé que no me viene bien. Y luego por ejemplo hay cosas que están súper aceptadas, como están bien, que no pasa nada, y a mí me parece un poco aberración. El azúcar está súper presente en nuestra vida, en todas partes. Las papillas de bebe de farmacia hay azúcar, en la pasta de dientes para niños hay azúcar, en cosas en las que no te esperas encontrar, hay. Te enteras de cosas como por ejemplo, José Bobé un europarlamentario de los verdes, está haciendo campaña contra los productos que tienen E171, que no se ha estudiado, no se ha hecho ningún control de ninguna agencia, ni europea, ni de los países miembro de la UE. Los pocos estudios que se han hecho son independientes, y establecen un vínculo entre el uso del E171 y el cáncer. Y es algo que además no hace falta, lo encuentras en los M&M, en chicles, para que brillen más. Y nadie dice nada de eso.

O hay cosas que están súper demostradas como la lactancia materna es lo mejor para los bebés. No le puedes decir eso, que lo mejor es tetar, te van a decir, yo a mis hijos les di leche artificial y están estupendamente. Todo lo que tiene que ver con alimentación o crianza, parece un ataque personal. Luego hay una industria que te mete por los ojos cosas que no son beneficiosos. Tú no le puedes decir a la gente que no tome Coca-Cola porque es veneno. Te dicen, tampoco hay que exagerar. Me parece muy complicado, el tema de la alimentación y la salud, porque es tabú. No se puede decir lo que se piensa, si va un poco contra la tendencia general.

-¿Crees que puede tener cierta relación en el desarrollo de problemas alimentarios?

Sí, o en cuanto al déficit de atención. Han hecho estudios que demuestran que simplemente quitando el azúcar, niños que tienen ese síndrome...que ahora también eso cuestiona. Cuanta más sana sea tu relación con la comida, menos rechazo vas a tener hacia ello. Si tú sientes que te estás alimentando mal y que no lo puedes evitar porque al fin y al cabo tienes una adicción como es mi caso, pero encima no te gusta tu cuerpo por

lo que sea puedes desarrollar un rechazo radical hacia la comida en general, simplemente porque no tenías una relación sana desde el principio, si, es que está todo ligado, somos lo que comemos.

-Ese rechazo al cuerpo, ¿por qué crees que puede generarse, de la sociedad, de la autoexigencia?

Ese es un tema muy complicado del que hablamos un montón X y yo, porque yo tengo una idea de que es verdad de que la sociedad ejerce una presión muy importante sobre las mujeres y nuestra visión de nosotras mismas y al final somos nuestros peores enemigos las unas con las otras. Porque nos criticamos muchísimo las unas a las otras, porque “ay mucha libertad y no sé qué”, y todas podemos ser bellas seamos como seamos, pero luego no es cierto y somos las primeras en hundirnos las unas a las otras. “Es que Barbie se ha cargado la seguridad en sí mismas de generaciones de mujeres”. Pues Hi-Man no lo ha hecho con hombres. Y no puede ser más musculoso. Si de mayores son unos tirillas barrigones no tienen ningún problema. ¿Por qué a los hombres no les afecta? ¿Cuántos casos de anorexia masculina hay frente a la femenina?

Yo creo que es algo nuestro también, lo tenemos en el ADN. No sé muy bien a qué se debe pero tenemos dentro a nuestro peor enemigo las mujeres la mayoría de nosotras. No creo que sea solo culpa de la sociedad. Insisto, tú ves a los Hooligans y los forofos del fútbol en los estadios están jaleando y enamorados de hombres la mayoría de ellos con cuerpos perfectos, se lo pasan pipa, son felices durante el partido y se vuelven a casa y siguen igual de enamorados de los jugadores de su equipo, y el haber visto a hombres con cuerpos perfectos o casi, no les afecta en absoluto en su visión de sí mismos. Las chicas que están en la moda, y que van a todos los desfiles y todas las semanas de la moda, los ven, les encanta y demás pero vuelven a casa pensando tengo que ponerme a dieta porque, mira lo que he visto y mira como estoy.

¿A qué se debe que la reacciones sean diferentes? Yo no creo que se la sociedad, yo creo que en cierta medida somos nosotras.

-Los bombardeos de mensajes publicitarios, la moda pesa mucho más en ellas que en ellos.

Pero porque nosotras queremos. Los modelos tíos están buenísimos todos. Los chicos

ven esos anuncios y no piensan, debería adelgazar...No, se compran AXE, pero no piensan en ponerse buenísimos. Estás programados de manera diferente.

Que sí que hay mucha presión por parte de la sociedad, pero porque se han dado cuenta que pueden explotar nuestras inseguridades para sacar dinero, si hubiesen encontrado la forma de conseguir sacar la misma cantidad de dinero en los hombres, lo habrían hecho también. Si es una cuestión de pasta, nadie tiene interés en que las mujeres sean infelices, simplemente quieren su dinero.

-Lo que dices ahora de la industria detrás, la farmacéutica que dice que esta pastillita en verano, las cremas anticelulíticas.

Durante los tres meses antes del verano, pastilla para un moreno más sano y duradero, las cremas para la celulitis, las estrías, el acné...pomada para que tus pestañas sean más fuertes, cremita por la noche para que tus labios sean más voluptuosos...y los tíos pasan. Lo intentan pero...

Y lo curioso, los que más caen en estas cosas, son los componentes del colectivo gay, ¿qué pasa, que todo ser humano que quiera atraer a los hombres termina cayendo en la estupidez suprema de querer cambiarse constantemente? Y me incluyo, ¿eh? Lo único que me ha quedado claro, y que estoy intentando hacer como madre es que no vale que tus padres te digan lo maravilloso que eres y lo estupendo que eres y que vas a poder hacer todo en la vida, tienen que hacer eso y al mismo tiempo demostrar que están a gusto consigo mismo. Porque dices que eres maravillosa, guapísima y luego cada vez que pasa por un espejo dice que ¡ay que fea soy, que gorda y que tal! La niña va a pensar, si mi madre que es la mujer más maravillosa del mundo se ve gorda, yo no puedo ser guapa. Al final tienes que dar, transmitir a tus hijos la seguridad que quieres que tengan aunque sea fingiendo que tu tengas la misma seguridad.

X a veces me dice, “tienes un poco de tripita”. Y yo le digo, no, yo estoy estupenda. Y yo tengo mogollón de inseguridades, pero a ella le digo, estoy guapísima, y me quedo más ancha que larga. Les quiero transmitir eso, y que se puede ser feliz trabajando y teniendo una familia, porque es la decisión que yo he tomado. No es fácil, en absoluto. Darles a ellas, entre los dos esa protección, del “siempre nos vas a parecer maravillosa, aunque a veces o estemos de acuerdo con lo que haces y te regañemos”. Y por otro lado, nosotros somos maravillosos, aunque tengamos nuestros días bajos. Si tengo un día que

me veo horrorosa, lo digo cuando estamos solos. Intento que no les llegue eso de mí.

-Y es parte de la educación también, transmitirles que tú estás segura de ti misma en la sociedad que vivimos.

Creo que las mujeres tenemos un defecto congénito.

-Es curioso, no sé si conoces el DS5.

Sí que lo conozco, el que se inventan enfermedades nuevas cada año.

-Ahora sacaron los síntomas de depresión en mujeres frente al de los hombres. Ahora a raíz de la crisis, muchos hombres se quedaron sin trabajo, y tuvieron que depender de la economía de la mujer. Qué pasó, que gran parte de los hombres tuvieron síntomas de depresión y ansiedad. Y ahora se están empezando a plantear que no era una enfermedad (con baja, medicación...), porque ahora también los hombres lo tienen.

Pero si es así con todo. Normalmente los grupos de estudio, suelen ser con pacientes hombres y no tienen en cuenta que muchas medicaciones que dependiendo de tu nivel hormonal van a tener un efecto o vas a tener una reacción u otra dependiendo de la fase en la que te encuentres, entonces para realmente ver la efectividad de según qué medicamentos, tendrían que hacerlo con una población únicamente femenina, para saber si ese medicamento funciona con las mujeres, pero son cosas que no se plantean.

-En relación con dsm5, han sacado como enfermedad el síndrome pre-menstrual. ¿Qué opinas? ¿Qué consecuencias puede tener?

Como te decía antes. La seguridad en sí misma que tuviera tu madre, es muy importante para tener luego tú esa seguridad. Pues esto igual, yo creo que los dolores de menstruación, de parto, lactancia, etc., son heredados. Si tu madre ha vivido la regla como algo natural, algo normal, algo que no le imposibilitaba un día a día normal, era simplemente pues a lo mejor una molestia, pero algo que... tú lo vas a vivir como algo natural. Si tu madre se metía en la cama cuando iba a tener la regla porque es que no se podía, tú ese miedo lo heredas y al final lo acabas reflejando.

Mi madre lo pasó fatal con la lactancia. La recordaba como mucho más dolorosa que con el parto. Estaba convencida de que le habían puesto la epidural, porque era una

ignorante la pobre, y le habían puesto oxitocina. Y pensaba que había tenido a su niña con epidural, pero no. Pensaba que no le había dolido el parto porque llevaba anestesia. Placebo total. Entonces yo al parto no iba con miedo, pero a la lactancia sí, porque lo tenía heredado.

Mi madre. Le dolía mucho la regla, se le hinchaba el pecho, y tenía casi fiebre en el pecho y entonces lo pasaba muy mal y para mí la regla era algo que me daba un poco de miedo, pero sabía que era algo, que era una putada muy grande, pero que tu seguías con tu día a día, porque mi madre nunca se metía en la cama ni nada, simplemente estaba fastidiada pero seguía. Entonces es algo que yo tenía asimilado, la regla duele, la regla es una maldición, pero se sigue adelante, en cambio tenía compañeras que sus dos primeros días de regla de todos los meses no iban al cole, porque en su casa era normal eso. Entonces creo que es mucho una actitud. Todo lo que tiene que ver con el ciclo, que son las funciones propias, fisiológicas de la mujer, tiene muchísimo que ver con lo heredado, con la educación y con un estado de actitud.

-Cuando hablas de herencia, entiendo que te refieres a transmisión cultural, ¿no?

Totalmente. Es como lo hayas vivido en tu casa antes de tenerlo, porque has estado años preparándote para lo que estaba por llegar que no sabías como ibas a vivirlo, si en tu casa es un tabú, para ti va a ser algo sucio, seguro. Que es lo que pasa en la India, por ejemplo, todo es una cuestión de cuanta mayor sea la naturalidad, cuanto más normalizado todo, mejor. Y creo que es en gran medida es un tema cultural.

-Cómo viviste tú tu menstruación. ¿Ha habido algún cambio en tu vida?

No me dolía muchísimo. Me duraba muchísimo, a lo mejor eran 7 días sangrando. Durante mucho tiempo, hasta que tuve a X. Cuando tuve el primer embarazo, ya se me reguló. Pero lo veía como eso. Sí que duele. Es molesto, pero no se para el mundo. La primera vez tuve dos días sangre y luego no me volvió en 1 año y medio. Entonces como que no fue algo especial.

El gran cambio que yo he sentido con la regla, fue cuando descubrí la copa, porque fue cómo que de pronto era consciente cuanto flujo tenía, de cómo poco a poco había habiendo menos. Para mí, la copa ha sido súper guay, lo de descubrir la copa ha estado muy bien. Pero también claro, como empecé a usarla cuando tuve a X. Me la compré

justo cuando estaba embarazada sin saberlo. Así que tuve que esperar todo el embarazo y después 2 años y medio hasta que volví a tener la regla.

Después del embarazo, después del parto, mi relación con el cuerpo cambió de forma radical, porque de pronto como que mi cuerpo tenía sentido. Me empezó a caer mejor mi cuerpo, las cosas que no me gustaban de mi cuerpo me parecían menos importantes, y las que me gustaban, me gustaban más, y mi cuerpo me demostró que servía para algo. Como que estaba diseñado para algo y había cumplido, entonces cambió y fue muy guay. Esta es mi vivencia personal. No pienso para nada que el cuerpo de la mujer esté únicamente creado para tener hijos, que cada ser humano hace con su vida lo que quiera. No creo que para que te sientas plena, tienes que ser madre. Que tiene dos tetas para dar leche, y tienes las caderas anchas porque luego el bebé va a salir por ahí. Hace un click, “¡ahí va!, era para esto”.

-Una de las cosas que también ocurre, es que las mujeres que no controlan su cuerpo a nivel emocional, les afecta la forma en como comen, y además es el detonante de los problemas alimentarios. Una de las cosas que muchas mujeres piensan, es no quiero tener la regla porque ser mujer significa esto, pues la salida es, no como.

Como concepto, yo siempre había pensado eso, que la anorexia era un poco la salida de mujeres muy perfeccionistas que la vida se les escapaba de las manos, que dejan de controlarlo todo, o sea, dejan de tener control sobre su vida y piensan esto sí lo puedo controlar. Yo que soy una persona perfeccionista y que tengo mucha voluntad y tesón, no voy a comer, no voy a comer y mi cuerpo va a ser como yo quiera que sea, y yo quiero que mi cuerpo desaparezca, y voy hacer que desaparezca, entonces empieza la sensación de que desaparezca. Empiezas haciendo que desaparezca la regla, que no haya un cambio físico, pues eso, que se ensanchen las caderas, que los pechos crezcan, etc., y terminas haciendo que desaparezca tu cuerpo, y lo has hecho tú porque tú querías, entonces cada gramo que pierdes es una victoria. Lo entiendo, en teoría, pero sería incapaz de pasar por eso. Por cómo estoy diseñada yo.

-Sobre la medicalización en relación a la menstruación. No sé si sabes, que están empezando a diseñar medicamentos para retirar la regla.

Cuando era pequeña, yo no tomaba, esas pastillas... Saldeba. Para mí era como

quitarme la regla, algo de *loser*. Cómo no voy a poder con esto que es normal. Entiendo que haya gente que se lo quiera retirar, sobre todo para mujeres que no se sienten a gusto en un cuerpo de mujer porque son hombres. Al final los avances científicos se hacen por algo, y acaban utilizándose para cosas totalmente distintas. La píldora en principio se inventó para gestionar mejor los ciclos y poder aumentar la fertilidad. Me parece bien la retirada de la regla para esos casos, tú no te sientes identificada con el cuerpo que te ha tocado, pues bien, perfecto, pero en general, me parece muy peligroso.

-¿No crees que la sociedad tiene parte de culpa? O esa transmisión de valores, cuando hablas con amigas, es tabú...Y luego que hay una excesiva medicalización, porque te lo imponen los médicos, y por mí misma, para que acabe pronto.

Yo no sé si eso es la sociedad o qué es, yo eso lo achaco mas a la religión, fíjate, porque las mujeres somos sucias, mira los musulmanes se pueden casar con varias mujeres en parte porque tú no has de dormir con tu esposa cuando ella tiene la regla porque es sucio, entonces claro, como hay muchos días que no puedes estar con ella y tú tienes unas necesidades, pues si te puedes permitir económicamente tener otra mujer, pues te casas con una segunda.

Los ortodoxos igual, no pueden dormir en una misma habitación la mujer y el hombre cuando ella tiene la regla, y las mujeres en España, yo recuerdo cuando era pequeña que mi madre me decía que ella no podría hacer la mayonesa cuando tenía la regla porque se cortaba, y es como, alucino. Entonces yo creo que eso viene de antes, y tenemos la cosa esa de que somos sucias y estamos sucias, y además el pecado original y todo el rollo este, insisto es que es todo una cuestión de cómo en tu casa se trate.

Yo creo que eso está cambiando. Igual que del parto en casa se empieza a hablar más, pues también se habla de la lactancia, de la copa menstrual, pero en determinados círculos. Yo creo que es una revolución silenciosa que se irá dando. Si tus hijas te ven y se lo vas explicando. A mi X me ve cuando me cambio la copa, y al principio me preguntaba si tenía una herida. Y yo le explicaba, y lo fue normalizando. Ahora no le da más asco que si fueran...mocos, porque todos los fluidos internos, como que dan un poco de asco. Como yo no lo transmito en plan “sal, sal, que no quiero que veas esto”.

-Es curioso, en entrevistas con adolescentes demandaban que hubiera charlas en los coles. Siempre los chicos se burlan de esas cosas. Y puede crearles un trauma a ellas.

Igual no pueden hablarlo con las madres. Muchas de esas cosas empiezan en la familia. Está bien lo de los talleres porque así se habla delante de todo el mundo, pero tienen que ser profes guays, porque si te toca un profe idiota, se va todo al garete.

Lo de la regla sí, se tiene que hablar más del funcionamiento del cuerpo en general. También las chicas tienen que conocer más sobre el cuerpo del hombre. Mira en EEUU, que son los que están desarrollando esta droga para quitar la menstruación, también son los que a todos los hombres les quitan el prepucio a los hombres nada más nacer, se supone que es higiénico. No lo es, lo único que es higiénico es lavarse correctamente.

-¿Cómo se vive en la pareja la sexualidad cuando se tiene la regla?

Por lo que me han contado amigas, era muy de durante la regla no se hacía nada. Durante algún tiempo yo no me sentía muy cómoda, por el hecho de que a mí me apetecía hacerlo cuando tenía la regla, entonces yo soy rara. Porque si a mí me gusta tener relaciones sexuales cuando tengo la regla y resulta que eso es una guarrería, asociaba a que yo era una guarra.

A mí, ahora me ha cambiado. Antes me apetecía a lo largo de toda la regla, pero ahora hay un día en el que me duelen mucho los labios. Pero la sangre no es un obstáculo para tener una relación placentera. Pero al principio sí que es verdad que era un tema que me sentía muy rara, porque me decían que no era muy normal.

-Y sin embargo hay muchos beneficios. Hasta que no te conoces no cambias.

No es solo que no te conozcas, también depende de la pareja en la que estés, si tú estás con una persona que se le suda que te salga flujo transparente o con color de sangre, que lo que le apetece es estar contigo (...) pero hay muchos chicos a los que les da un rechazo tremendo, entonces no es ya que tu aprendas a conocerte a ti misma, no es ya solo que tu aprendas a conocerte, sino que aprendas a conocerte y estés acompañada por alguien a que no le de asco.

Con lo de los talleres, si todos nos conocemos un poquito más, si vemos a la menstruación como algo más natural, menos engorroso...pero ya está. Bueno, yo siento

que me huele muy fuerte. Como trabajo en cabina, un espacio cerrado, lo pienso. Pero ya está. Hace mucho tiempo que no me afecta para tener intimidad.

Pero lo generalizado es que las chicas cuando tienen la regla no tienen relaciones.

-¿Me puedes hablar de tu proceso, del embarazo? ¿Cómo lo viviste a nivel personal, con tu pareja, con la sociedad?

No pensé que me iba a quedar embarazada tan pronto. Queríamos adoptar. Pero era difícil, así que dejé de tomar la píldora. Decidimos intentarlo 6 meses, y yo creo que a los 4 días ya me quedé. Además tenía una gastroenteritis muy grande, con vómitos. Me hice el test, fui al médico, y ya me dijo que era por la gastroenteritis. Luego tuve una fisura anal que amargó los últimos meses de embarazo. Pillé un poco de miedo a parto. También me salió una variz en labios, que el médico no me explicó bien y me daba también un poco de miedo. Se murió mi perro... Fue un fin de embarazo triste. El parto fue en casa. La Lactancia al principio muy dura, hasta que empecé con la lactancia a demanda.

En cambio la pequeña no era buscada. Yo estoy a favor del aborto. Pero nos iba bien, así que decidimos tenerla. Noté el embarazo más cansada. El parto fue en un hospital, y peor. Era una presión constante de las comadronas. El nacimiento fue distinto. Noté el mismo amor pero con herramientas. Más fácil. Se enganchó nada más nacer 1 hora y media. Luego la tuvieron en observación unos 5 días porque estaba con antibióticos. Fue una conexión muy fuerte. Yo creo que porque yo estaba más tranquila. Te dejas guiar más por el sentido común frente a la bata blanca. Me gustaba sentir evolución del cuerpo.

-Hay cierta relación entre la ausencia de regla que es la menopausia, y el ser mujer. Cuando oyes esa palabra, qué te transmite, cómo lo aborda la sociedad. También relacionado con la maternidad. Una vez me dijeron que “una mujer sin hijos es como un jardín sin flores”.

No creo que tener hijos te complete como mujer, para nada, creo que además eso habría que dejarlo muy claro, creo que hay gente que tiene hijos porque le toca tener hijos. Y creo que eso hace que mucha gente sea infeliz y estropea muchas parejas, y es muy peligroso. Si tu vida te encanta como es, no tengas hijos. Solo si lo necesitas, si estás

dispuesto a enfrentarte a ello todos los días y si sabes si te va a hacer feliz.

Para mí la menopausia no creo que sea el principio del fin, porque para mí la menopausia puede aparecer mucho antes, te pueden hacer histerectomía radical con 30 años y no dejas de ser mujer. Y es que de hecho tú puedes haber nacido con cuerpo de hombre y ser mujer. No lo veo así para nada.

-¿Crees que la salud tiene género? Antes hablábamos de cómo la salud viene determinada por la figura del hombre.

Es que no creo que sean diferencias entre mujeres y hombres, es que yo creo que son diferencias entre individuos.

No es que la salud venga determinada por cómo el hombre lo entiende, son los remedios, o sea es la medicina, es otra cosa, una cosa es la salud y otra cosa es como trates de mantener la buena salud ¿no? De todos modos cada vez se ve más que los alimentos son casi secundarios, que si tú tienes una enfermedad, tienes un cáncer cambiando tus hábitos alimenticios, cambiando tus hábitos de vida, cambiando tu forma de enfrentarte a los problemas mentalmente puedes curarte de un cáncer, se puede, pero tienes que creerlo de verdad.

-¿Hablaríamos entonces de que la salud es una cuestión de actitud?

Mira. Yo comparto mi vida con una persona que no se quiere poner mala. Y que cuando se pone mala dice no estoy malo, esto no es nada. A los dos días se me pasa. Y a los dos días se le ha pasado. Y yo de siempre he pensado, estoy malita, pues me quejo. Y lo hago, y hasta cierto punto es un momento de pausa, y que me mimen. Pero es que estar malo es que te mimen, para mí, entonces...

Con esto no quiero decir que la ciencia no sirva. La quimio y la radio salvan vidas. De hecho pienso que ese cambio de hábitos y de actitud tiene que ir acompañado de un buen tratamiento oncológico. Pero hay muchas cosas que podemos volver a lo más natural, o a remedios mucho más básicos, por así decirlo que hacen el mismo efecto que los tratamientos más novedosos.

-Los dolores de la regla, ¿por ejemplo?

Es que lo de los dolores de la regla, sí que creo que es mucho de estado de ánimo y

cómo te lo quieras tomar. Es como los dolores del parto. Yo soy muy quejica. Pero el parto requiere de los dolores de parto para que su cuerpo sepa lo que tiene que hacer. Necesitas las contracciones para saber cuándo tienes que empujar. Yo no quise epidural, porque para mí era muy importante vivir el parto como viene dado. Con la epidural hay mil efectos secundarios, y no me merecía la pena. Es que la regla es algo que nos pasa a todas, y no es toda la vida. Como mucho estás mal dos días, en realidad.

Es que si todos los días estuvieras contenta, luego no sabrías lo que es estar contenta. Necesitas contrastes. Y hay que saber hasta qué punto tenemos que tirar de medicación para cualquier cosa. A mí me parece mal la epidural. No digo que sea de flojas, sino que no les han explicado lo que es un parto. Si no querías enterarte de nada, adopta. “Ay, es que es una lata estar embarazada”. Que no te ha obligado nadie. Vívelo todo del parto, de la lactancia. “Es que es una esclavitud”, dicen. Es que has tenido un hijo y vas a ser esclava de tu hijo durante toda la vida. Todo depende de cómo te lo tomes. Pero es que no es hacer sacrificio. Eres tú la que ha invitado al niño a tu vida, no al revés. Tienes que tener unos horarios adaptados a él. Yo es que soy una talibana. Claro, me dicen, “tú porque tienes mucha suerte.”

-Si quieres aportar alguna cosa que te apetezca compartir.

Me dan mucho miedo la anorexia y la bulimia. Espero que mis hijas no pasen por eso. No se cómo reaccionaría. Ver cómo tus hijas van desapareciendo delante de tus ojos. Es un suicidio a cámara lenta. Me da pánico. Eso, y que se hagan del PP, son dos cosas que me dan mucho miedo.

ANEXO III.

CURSO ONLINE "No Seas PRESA DE LA TALLA: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO"



LANZAMIENTO DE LA III EDICIÓN DEL CURSO ONLINE "No Seas PRESA de la Talla: prevención e intervención en trastornos del comportamiento alimentario con población adolescente"

Dentro de nuestro proyecto "No Seas Presa de la Talla", para la prevención, sensibilización y formación sobre los problemas de la conducta alimentaria, propio de Federación Mujeres Jóvenes presentamos la III edición del **curso de formación Online "No Seas PRESA de la Talla: Introducción a los problemas alimentarios"**, subvencionado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la convocatoria IRPF 2015.

Un curso introductorio a este problema social complejo y multidisciplinar en el cual, a través de la experiencia de Federación Mujeres Jóvenes, se pretende compartir conocimiento con el fin de fomentar **espacios especializados de formación participativa**.

A través de una metodología participativa se propone desarrollar **cuatro módulos**:



**No seas
PRESA
de la talla.com**

Módulo I: Conceptos generales de los problemas alimentarios

Módulo II: La salud y la enfermedad. Entre el malestar y la patología con perspectiva de género.

Módulo III: Análisis de los modelos culturales y medios de comunicación.

Módulo IV: Promoción y prevención de la salud: repensando los Trastornos Alimentarios desde un enfoque multidisciplinar

El curso tiene una duración de **32 horas**. Un módulo por semana. **Comenzará el 3 de Octubre y finalizará el 31 de Octubre**. Incluye parte teórica, participación en foros y actividades que invitan a la reflexión.

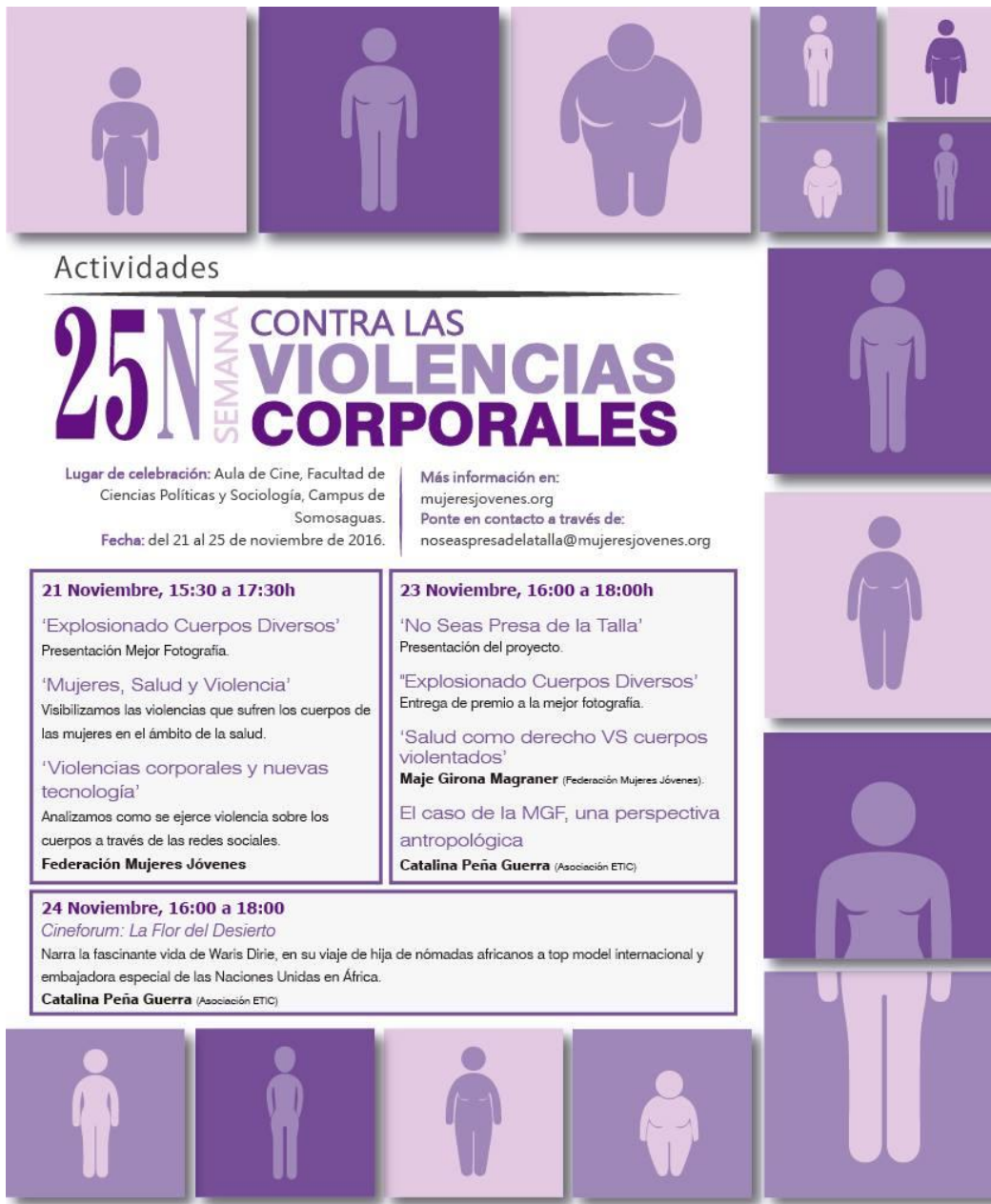
Personas destinatarias: profesionales y personas relacionadas en el ámbito de la salud y social, profesorado, personas que participan en asociaciones/ONG e interesadas en el tema de los problemas alimentarios.

Curso **GRATUITO**, con **plazas limitadas**. Fecha última de **inscripción hasta el 23 de Septiembre** a través del siguiente formulario <http://ow.ly/BCU93047obR>

C/ Bravo Murillo, 4 local, oficina 6 y 7. • 28015 Madrid
Telf: 91 164 03 68 • Móvil: 607 283 237
www.mujeresjovenes.org • www.noseaspresadelatalla.com
mujeresjovenesf@yahoo.es • noseaspresadelatalla@mujeresjovenes.org

ANEXO IV.

JORNADAS CONTRA LAS VIOLENCIAS CORPORALES.



Actividades

25 SEMANA CONTRA LAS VIOLENCIAS CORPORALES

Lugar de celebración: Aula de Cine, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Campus de Somosaguas.
Fecha: del 21 al 25 de noviembre de 2016.

Más información en: mujeresjovenes.org
Ponte en contacto a través de: noseaspresadelatalla@mujeresjovenes.org

<p>21 Noviembre, 15:30 a 17:30h</p> <p>'Explosionado Cuerpos Diversos' Presentación Mejor Fotografía.</p> <p>'Mujeres, Salud y Violencia' Visibilizamos las violencias que sufren los cuerpos de las mujeres en el ámbito de la salud.</p> <p>'Violencias corporales y nuevas tecnología' Analizamos como se ejerce violencia sobre los cuerpos a través de las redes sociales.</p> <p>Federación Mujeres Jóvenes</p>	<p>23 Noviembre, 16:00 a 18:00h</p> <p>'No Seas Presa de la Talla' Presentación del proyecto.</p> <p>"Explosionado Cuerpos Diversos" Entrega de premio a la mejor fotografía.</p> <p>'Salud como derecho VS cuerpos violentados' Maje Girona Magraner (Federación Mujeres Jóvenes).</p> <p>El caso de la MGF, una perspectiva antropológica Catalina Peña Guerra (Asociación ETIC)</p>
<p>24 Noviembre, 16:00 a 18:00</p> <p><i>Cineforum: La Flor del Desierto</i> Narra la fascinante vida de Waris Dirie, en su viaje de hija de nómadas africanos a top model internacional y embajadora especial de las Naciones Unidas en África.</p> <p>Catalina Peña Guerra (Asociación ETIC)</p>	

Organiza:



Subvenciona:



Colabora:



Asociación Estudiantil de Antropología Social y Cultural

ANEXO V.

JORNADAS “NO SEAS PRESA DE LA TALLA.”

JORNADAS:

NO seas PRESA de la TALLA.



www.noseaspresadelatalla.com

SERVICIO DE INFORMACIÓN
Y ASESORAMIENTO
TELEFONICO Y ON LINE




607 283 237

noseaspresadelatalla@mujeresjovenes.org



Mujeres Jóvenes
Región de Murcia
8 - Marzo

Entidades colaboradoras:



UNIVERSIDAD DE MURCIA



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE POLÍTICA SOCIAL Y FAMILIA



Unidad para la igualdad
entre mujeres y hombres

9 y 10 de octubre

Aula Antonio Soler

(Campus de La Merced).

Jueves 9:

17:00h: INTRODUCCIÓN A LOS TCA.
POR PILAR SALORIO (PSICÓLOGA).

17:45h: HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TCA.
POR MARIA JESÚS GIRONA.

18:30h: LA PRINCESA DEL GUISANTE.
POR ROSA PEÑALVER (SEC. IGUALDAD PSRM).

Viernes 10:

17:00h: CUERPOS DESORDENADOS.
POR LOOLA PÉREZ (RED FEMINISTA).

17:45h: BLOGS PRO MIA Y PRO ANA.
POR MARIA JESÚS GIRONA.

18:30h: ¿LA PRESIÓN SOCIAL INFLUYE EN LOS TCA?
POR CLUB DE DEBATE UMU.



ESPANOL - E-RE DE 2020: UN SOC-AL



CIEN AÑOS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA
1915 | 2015

ANEXO VI.**CURSO. LA OTRA MIRADA DE LOS PROBLEMAS ALIMENTARIOS. REFLEXIONES DESDE LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y EL FEMINISMO.**

Centro de Creación e Investigación Cultural

LA TORTUGA 

Taller de Antropología

LA OTRA MIRADA DE LOS PROBLEMAS ALIMENTARIOS.

Reflexiones desde la Antropología de la Salud y el feminismo.

- Fomentar el juicio crítico ante los estereotipos y las imposiciones sociales asociadas a los roles de género.
- Herramientas para reflexionar sobre los ideales de belleza, observando los problemas alimentarios desde las estructuras sociales.
- Conceptos como autoestima, valoración y empoderamiento como mecanismos influyentes en el desarrollo de los problemas alimentarios.
- Analizar por qué del aumento tan alarmante de estas problemáticas, especialmente en las mujeres.



Del 26 de enero al 9 de marzo
(7 sesiones)
Jueves 19:00 a 21:00 h
Aportación curso: 35 €



Centro de Creación e Investigación Cultural LA TORTUGA
C/ Espada, 6 (junto a Tirso de Molina)
91 071 09 51
www.centrolatortuga.com
Facebook: La Tortuga Lavapiés
Info e inscripciones:
centrolatortuga@gmail.com

Actividad para socios/as. La cuota de asociación se incluye en la aportación mensual para el centro

ANEXO VII.

I JORNADAS INTERNACIONALES DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y FEMINISMOS.

I JORNADAS INTERNACIONALES DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y FEMINISMOS

PROGRAMA:

Las desigualdades en salud

Miércoles 26 y Jueves 27 de Abril de 2017

SALÓN DE ACTOS POLIVALENTE.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.
Universidad Complutense de Madrid

Organiza: Grupo de Salud IMA (Instituto Madrileño de Antropología), Grupo investigación: Antropología, Diversidad y Convivencia, UCM, Departamento de Antropología Social de la UCM y FMJ (Federación Mujeres Jóvenes).

ENTIDADES FINANCIADORAS:



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología



INSTITUTO
MADRILEÑO de
ANTROPOLOGÍA



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Departamento de Antropología Social



Federación
Mujeres Jóvenes



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

✓ POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

MÁS INFORMACIÓN
<https://ijornadasantropolo.wixsite.com/antropologia>

Jornadas gratuitas

Miércoles 26 Abril (10 horas)

9:00-9:40 Inauguración de las Jornadas.

- Dra. Concepción Anguita, vicedecana de Máster y Prácticas Externas de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, UCM, en sustitución del Sr. Decano de la Facultad.
- Dr. Ignacio Elpidio Domínguez, tesorero del Instituto Madrileño de Antropología, IMA.
- Dr. José Ignacio Pichardo Galán, representante del grupo de investigación: Antropología, Diversidad y Convivencia.
- Dra. Maribel Blázquez Rodríguez, profesora del Dpto. de Antropología Social, UCM y Grupo Salud IMA.
- Dr. Fernando Villaamil Pérez, director del Dpto. de Antropología Social, UCM.

9:45-11:45. Mesa de debate I: *La especificidad de las desigualdades de género en la salud.*

Ponencia inaugural: "Incertidumbres químicas: la percepción social del riesgo sobre la contaminación interna". Dra. Cristina Larrea Killinger, profesora titular de Antropología Social y Cultural, Universitat de Barcelona.

Modera: Dra. Maribel Blázquez Rodríguez, profesora del Dpto. de Antropología Social, UCM y Grupo Salud IMA.

11:45-12:15 PAUSA CAFÉ

12:15-14:15 Mesa de Comunicaciones I: *Intersecciones entre género, clase social, edad, etnia, diversidad funcional, orientación sexual y otras variables en los procesos de salud/enfermedad y atención.* Comunicaciones:

"Personas LGBTQI+ y con diversidad funcional. Propuestas para erradicar la discriminación múltiple", Soledad Arnau Ripollés.

"De la anorexia a la reconquista del cuerpo: pasajes a través de las grietas del binarismo de género", Amaia Lekunberri Ansoa.

"Hombres, salud e igualdad. De las conductas de riesgo a los malestares inespecíficos", Juan Antonio Rodríguez del Pino.

"El aborto en Bolivia. Una etnografía sobre cuerpos invadidos y cuerpos dislocados", Patricia Vicente Martín.

"Poder y discriminaciones por género y etnia en las relaciones entre población y personal de los servicios de salud en Guatemala", Ana Mateo González.

Modera: Maje Girona Magraner, Federación Mujeres Jóvenes.

COMIDA

15:45 – 17:45 Mesa de debate II: Tecnologías, cuerpos y género en la gestión de la salud y el malestar.

Ponencia: "The politics of vaccinations". Dr. Stuart Blume, Emeritus Professor University of Amsterdam (UVA), Netherlands.

Modera: Gara Pérez García, Coordinadora Grupo Salud IMA.

17:45-18:15 PAUSA CAFÉ

18:15-20.00. **Ponencia: "Jóvenes, desigualdades y salud: drogas y género"**, Dr. Oriol Romani, profesor Emérito Universidad Rovira i Virgili (URV-MARC), Tarragona.

Modera: Maje Girona Magraner, Federación Mujeres Jóvenes.

I JORNADAS INTERNACIONALES DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y FEMINISMOS

Jueves 27 Abril 2017 (10 horas)

9:00-11:00 Mesa de debate III: *Metodologías que abordan las desigualdades en salud*. Ponencias:

"Evaluación cualitativa de los servicios de salud en el Salvador: el género una barrera de acceso", Dra. Teresa Blasco Hernández, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

"Antropología y Reproducción Asistida: la participación de pacientes como forma de reducir la comercialización en el biocapitalismo", Carlos Bezos Daleske, director del Instituto para la Experiencia del Paciente, IEXP, Madrid.

"Abordaje de las desigualdades de género en la salud desde la epidemiología social", Dra. Lucía Artazcoz Lazcano, directora de Promoción de la Salud, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Modera: Fernando Lores Masip, profesor del Dpto. Antropología Social, UCM y Grupo Salud IMA.

11:00-11:30 PAUSA CAFÉ

11:30-13:30 Mesa de Comunicaciones III: *Experiencias profesionales desde la Antropología*. Comunicaciones:

"Poner el cuerpo: el feminismo como práctica de resistencia y acompañamiento a mujeres que abortan en contextos de ilegalidad", Virginia Hidalgo Rivas.

"Retos de la participación femenina en los procesos de salud: conflictos, negociaciones y conquistas en los ámbitos domésticos y públicos de las mujeres piroa en la Orinoquia colombiana", Vivian Paulina Rosado Cárdenas.

"¿Y yo qué hago ahora? Un itinerario terapéutico en primera persona a través del cáncer de mama", Marta Maella Rius.

"Genitalidad mutilada y maternidades estigmatizadas en contextos subsaharianos: ¿prevalencias en la diáspora?", María Luz Oliva Santiago.

Modera: Patricia Rubio López, UCM.

COMIDA

15:00-17:00 Mesa de debate IV: *Procesos de inclusión/exclusión en la gestión de los cuerpos y su atención*. Ponencias:

"Mediadoras interculturales en los proyectos de inclusión". Hodan Sulaman, Médicos del Mundo, Madrid.

"Diagnóstico Participativo en Salud Sexual, reproductiva y Derecho a la Identidad de la población TLGBQI del municipio de Madrid. Programa Comunitario de Salud, diversidad sexual y de género", Sandra Fernández Garrido, Medical Anthropology Research Center (MARC-URV), Madrid.

"Exclusión y segregación en el Sistema Nacional de Salud: un recorrido desde 2012 hasta ahora", Marta Pérez Pérez, Yo Si Sanidad Universal, Madrid.

"Privilegios, derechos y otras historias para no dormir", Montse Pineda, coordinadora Incidencia Política, Creación Positiva, Barcelona.

Modera: Catalina Peña Guerra, UCM.

17:00-17:30 DESCANSO

17:30-19:30 Mesa de Comunicaciones IV: *Procesos de inclusión/exclusión en la gestión de los cuerpos y su atención*. Comunicaciones:

"El prejuicio hacia las personas gordas en la intervención y diagnóstico. Causas y

consecuencias", Lara Gil Manés y Laura Fernández.

"Procesos de inclusión/exclusión en salud a través de las esterilizaciones forzosas en Perú", Ignacio Gallardo Lorenzo.

"Cuando el suicidio no tiene género ni prioridad pública: el caso de la Comunidad de Madrid", Andy Eric Castillo Patton.

"La inclusión de la perspectiva de las usuarias en las reformas sanitarias en la atención perinatal: logros y límites", Serena Triuzzi.

Modera: Virginia Hidalgo Rivas, UCM.

19:30-20:00 Clausura de las Jornadas

- Dra. María Bustelo Ruesta, Delegada del Rector, Unidad de Igualdad de Género, UCM.

- Dra. Asunción Bernárdez Roda, Instituto de Estudios Feministas, UCM.

- Dña. Maje Girona Magraner, Federación Mujeres Jóvenes.

- Dra. Maribel Blázquez Rodríguez, profesora del Dpto. de Antropología Social, UCM y Grupo Salud IMA. Representante del Comité Organizador de las Jornadas.

ENTIDADES COLABORADORAS:



Antropología,
diversidad
y convivencia
GRUPO DE INVESTIGACIÓN



