



**Género y salud.
XII y XIII Jornadas
de la Red de Mujeres
Profesionales
de la Salud**

52

Género y salud. XII y XIII Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud

52



**MADRID
2012**

Catálogo general de publicaciones de la Administración General del Estado
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Edita: Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)
C/ Condesa de Venadito, 34
28027 Madrid
correo electrónico: inmujer@inmujer.es

Diseño de portada: Carlos Sendín & Asociados
Maqueta y realiza: Estilo Estugraf Impresores, S.L.
Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L. – Ciempozuelos (Madrid)
NIPO: 685-12-017-6
Depósito Legal: M-36371-2012





	<u>Págs.</u>
<i>PRESENTACIÓN</i>	5
PRIMERA PARTE XII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED CAPS	
<i>EL RIESGO QUÍMICO EN ESPAÑA: UNA VISIÓN SINDICAL</i> <i>Dolores Romano y Rafa Gadea</i>	8
<i>TÓXICOS Y DISRUPTORES ENDOCRINOS EN MEDIO AMBIENTE</i> <i>Y SALUD DE LAS MUJERES</i> <i>Carme Valls Llobet</i>	16
<i>EL CALVARIO DE LAS PERSONAS QUE SUFREN SQM: A PROPÓSITO</i> <i>DE UN CASO</i> <i>Mar Rodríguez Gimena</i>	23
<i>¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ IGNORAMOS DE LOS ALIMENTOS</i> <i>TRANSGÉNICOS?</i> <i>Pilar Parra</i>	30
<i>MUJERES, DROGAS Y GÉNERO: UNA MIRADA CUALITATIVA</i> <i>Eva Bolaños Gallardo</i>	34
<i>BIOGRAFÍAS DE DIVORCIO DE MUJERES Y HOMBRES. MIRADAS CRUZADAS</i> <i>Montse Solsona i Pairó</i>	41
<i>LAS MÉDICAS DE FAMILIA Y EL PRINCIPIO DE LOGRO</i> <i>Ana Delgado Sánchez</i>	73

SEGUNDA PARTE
XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED CAPS

<i>PRESUPUESTOS SANITARIOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO</i> <i>Carme Valls Llobet</i>	80
<i>MEDICINA INTEGRATIVA ¿LA MEDICINA DEL FUTURO?</i> <i>Maria José Hernández Ortiz</i>	86
<i>CRISIS SANITARIA Y MALESTAR PROFESIONAL</i> <i>Carmen Duchamp</i>	96

<i>LA ACCIÓN SANITARIA EN UN MEDIO RURAL DE CANARIAS</i> <i>Araceli de Armas Santana</i>	102
<i>REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES</i> <i>DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA</i> <i>Aurora Rovira</i>	110
<i>LAS VACUNAS A DEBATE</i> <i>Amalia Nácher Fernández</i>	114
<i>LA MEDICALIZACION DEL SUFRIMIENTO EN LA INFANCIA</i> <i>Ana González Uriarte</i>	119
<i>LA IMPORTANCIA PSICOLÓGICA DE DEJAR QUE LAS NIÑAS SEAN NIÑAS</i> <i>Gemma Cánovas Sau</i>	125

PRESENTACIÓN



Este libro contiene las comunicaciones presentadas en las XII y XIII Jornadas de la Red de mujeres profesionales de la Salud, organizadas por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) en los años 2.010 y 2.011.

Jornadas que se consideran Seminarios de Autoformación, ya que todas las participantes tienen conocimientos y experiencias que compartir en un espacio de aprendizaje, de respeto y que permite expresar también dudas o reflexionar en voz alta. Un espacio de intercambio y de relación.

Los textos de estos dos seminarios abordan diferentes temáticas sobre la salud laboral, drogodependencias, profesiones sanitarias -principio del logro en las médicas de familia o plantean temas relevantes referidos al sistema sanitario: presupuestos sanitarios con perspectiva de género, crisis sanitaria y malestar profesional.

Asimismo, se recogen experiencias concretas de acción sanitaria en el medio rural o en la atención a personas mayores desde la consulta de atención primaria, así como debates que tratan temas pendientes y desafíos como es el referido a las vacunas, finalizando con dos ponencias sobre la infancia: Una referida a la medicalización del sufrimiento y la última, que destaca la importancia psicológica de dejar que las niñas sean niñas.

Esperamos que la publicación sea de interés y cumpla con el objetivo de difundir las aportaciones realizadas durante estos seminarios para impulsar el conocimiento de esta línea de trabajo y de un compromiso vital, personal y colectivo. Un proyecto de mujeres para mujeres, que puede beneficiar a toda la población.

XII Seminario de autoformación de la Red CAPS



*EL RIESGO QUÍMICO EN ESPAÑA: UNA VISIÓN SINDICAL
Dolores Romano y Rafa Gadea*

*TÓXICOS Y DISRUPTORES ENDOCRINOS EN MEDIO AMBIENTE
Y SALUD DE LAS MUJERES
Carme Valls Llobet*

*EL CALVARIO DE LAS PERSONAS QUE SUFREN SQM: A PROPÓSITO
DE UN CASO
Mar Rodríguez Gimena*

*¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ IGNORAMOS DE LOS ALIMENTOS
TRANSGÉNICOS?
Pilar Parra*

*MUJERES, DROGAS Y GÉNERO: UNA MIRADA CUALITATIVA
Eva Bolaños Gallardo*

*BIOGRAFÍAS DE DIVORCIO DE MUJERES Y HOMBRES. MIRADAS CRUZADAS
Montse Solsona i Pairó*

*LAS MÉDICAS DE FAMILIA Y EL PRINCIPIO DE LOGRO
Ana Delgado Sánchez*



EL RIESGO QUÍMICO EN ESPAÑA: UNA VISIÓN SINDICAL

Dolores Romano y Rafa Gadea

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)

INTRODUCCIÓN

Se estima que cada año mueren en España 4.000 trabajadores y trabajadoras, al menos 33.000 enferman y más de 18.000 sufren accidentes a causa de la exposición a sustancias químicas peligrosas en su trabajo. Si ésta es una cuantificación rápida de los efectos del riesgo químico sobre la salud laboral, no menos graves son sus repercusiones sobre el medio ambiente. La liberación al entorno de las sustancias químicas provoca la contaminación de los ríos y mares, del aire, del suelo, de los alimentos y del agua, provocando importantes daños a la naturaleza y enfermedades a la población. Los niños y niñas, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de tercera edad son especialmente vulnerables a la contaminación ambiental. Según los datos aportados por las redes de medición de la contaminación de las administraciones autonómicas, el 84% de la población respira aire que supera los índices de protección a la salud recomendados por la Organización Mundial de la Salud¹.

Estamos pues ante un problema de salud pública de gran envergadura que afecta, especialmente pero no sólo, a los trabajadores y trabajadoras que manipulan o están expuestos a las sustancias químicas tóxicas.

Estado de conocimiento sobre riesgo químico

¿Qué sustancias tóxicas se fabrican o se utilizan en España?

¹ Ecologistas en Acción. La calidad del aire en el Estado español durante 2008. Ecologistas en Acción. Madrid, julio de 2009. Disponible en: http://www.ecologistasenaccion.org/IMG/pdf_Aire2008.pdf

No se conoce qué sustancias se fabrican en España, en qué cantidades, ni para qué se utilizan. No existen registros públicos de producción y uso de sustancias químicas como los existentes, por ejemplo, en los países nórdicos, a pesar de que esta información obra en poder de las administraciones, aunque eso sí, dispersa, en diferentes formatos, y desde luego, no accesible al público en general.

Algunas estimaciones sobre el número de sustancias químicas tóxicas que se fabrican en España se pueden realizar a partir de los datos proporcionados por el proceso de pre-registro del Reglamento REACH. En este proceso se ha detectado que en el mercado europeo se fabricarían o importarían más de 146.000² sustancias diferentes. En España, 2.289 empresas fabricarían o importarían 90.161 sustancias diferentes. Hasta que no termine el proceso de registro (en el año 2018) no se sabrá la fiabilidad de estos datos. Por otra parte, también se desconocen las características peligrosas, tóxicas y ecotoxicológicas de la amplia mayoría de las sustancias. De hecho, en la Unión Europea solo se ha realizado la batería completa de pruebas establecidas en las evaluaciones de riesgo a 141 sustancias, y estas pruebas no incluyen, por ejemplo disrupción endocrina³.

Sin embargo, la información toxicológica y ecotoxicológica disponible públicamente indica que tanto los trabajadores, como la población general estamos expuestos a sustancias de elevada toxicidad presentes en los lugares de trabajo, contaminantes ambienta-

² Datos proporcionados por el proceso de pre-registro del reglamento REACH. Se puede consultar el listado en la Agencia de Químicos europea (ECHA) <http://echa.europa.eu/>.

³ Se puede consultar la batería de pruebas en Public Availability of Data on EU High Production Volume Chemicals, European Chemicals Bureau, 1999 disponible en <http://ecb.jrc.ec.europa.eu/existing-chemicals/> donde pueden consultarse también las sustancias evaluadas hasta la fecha.

les, los productos y artículos de consumo y los alimentos. Así, se han identificado 1500 cancerígenos y mutágenos, 1500 tóxicos para la reproducción (TPR), 3000 alérgenos, 1300 neurotóxicos, 1500 disruptores endocrinos, 400 sustancias tóxicas, persistentes y bioacumulativas (TPB), 500 compuestos orgánicos volátiles (COV), 92 sustancias que dañan la capa de ozono, etc.⁴ Además, continuamente se publican estudios actualizando el conocimiento sobre la toxicidad de las sustancias y poniendo de relieve nuevos efectos ligados a la exposición a tóxicos (Ej. síndrome de sensibilidad química múltiple, toxicidad de los nanomateriales, etc.).

¿Qué datos tenemos sobre la exposición laboral a sustancias químicas tóxicas?

Tampoco existen registros de exposición laboral o ambiental a sustancias químicas. Los datos públicos existentes sobre exposición laboral proceden de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) y están basados en la percepción de los/las trabajadores/as encuestados. Estos datos indican que el 27,5% están expuestos a sustancias peligrosas y este porcentaje crece cada año⁵. Existe exposición a sustancias peligrosas en todos los sectores de actividad, aunque la ENCT señala mayor exposición en construcción (49,1%) e industria (42,4%), donde destacan las ramas de actividad de química (57,4%), otras industrias (47,8%) y metal (46,4%). Otros países elaboran inventarios con datos procedentes de la realización de muestreos o de evaluaciones higiénicas en las empresas⁶, pero España no.

Los datos del CAREX proporcionan una estimación de la exposición laboral a un centenar de agentes cancerígenos en varios países europeos. Los datos para España indican que 3,5 millones de personas trabajadoras, de prácticamente todos los sectores de actividad, están expuestos a agentes cancerígenos en sus lugares de trabajo⁷.

¿Qué información tenemos sobre de la exposición ambiental a sustancias químicas tóxicas?

Existen varios sistemas de monitorización de contaminantes en agua, aire y biota para responder a los requerimientos de información de la Unión Europea. Sin embargo, estos datos no son fácilmente accesibles, agregables ni comparables. La principal fuente de información a disposición pública es la ofrecida por el Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes (PRTR)⁸ que recoge los datos de un centenar de contaminantes emitidos y vertidos por las instalaciones industriales sujetas a Autorización Ambiental Integrada (unas 6000) y otro conjunto de actividades productivas (minería, depuradoras, acuicultura, etc.), todas ellas con un elevado potencial contaminante. Según este registro, en 2008, 2.156 complejos industriales superaron el umbral de notificación a partir del cual los datos de emisiones se publican en el Registro y son puestos a disposición pública. La cantidad total de toneladas de contaminantes emitidos al medio ambiente que superaron este umbral de información fue de 5.862.398 toneladas⁹. En esta suma no se computan las emisiones de aquellas instalaciones que no superaron el umbral de notificación (unas 4000) ni la de todas aquellas instalaciones no sujetas a las obligaciones del

⁴ Base de datos RISCTOX <http://www.istas.net>

⁵ INSH. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Disponible en <http://www.oect.es>

⁶ Se pueden consultar varios registros de exposición en la página Web de la Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo http://osha.europa.eu/en/riskobservatory/osm/system/index_html

⁷ Kogevinas M et al. Carex-Esp. Sistema de Información sobre Exposición Ocupacional a Cancerígenos en España en el año 2004. ISTAS, 2006.

⁸ Disponible en <http://www.prtr-es.es/>

⁹ Los datos del año 2008 no incluyen las emisiones de la Comunidad Autónoma Vasca.

Registro PRTR, por lo que las cifras de exposición ambiental a contaminantes es sustancialmente superior. Según los datos aportados por las redes de medición de la contaminación de las Administraciones autonómicas, el 84% de la población respira aire que supera los índices de protección a la salud recomendados por la Organización Mundial de la Salud¹⁰.

No existen inventarios que sistematicen la información disponible sobre la exposición de la población a sustancias tóxicas a través de alimentos, productos y artículos de consumo, materiales de construcción, etc. Sin embargo, la literatura científica sobre el tema es cada vez mayor, e indica la exposición de la población española a niveles preocupantes de un cóctel de centenares de contaminantes tóxicos.¹¹

Tampoco se realiza en España, a diferencia de otros países de nuestro entorno, un programa sistemático de biomonitorización de contaminantes en la población. Los resultados preliminares del primer estudio representativo de la población adulta, encargado por el Ministerio de Medio Ambiente, sobre la presencia de tres metales (mercurio, cadmio, plomo), dioxinas, PCB y PBDE muestran niveles alarmantes de mercurio y niveles elevados de otros contaminantes. El nivel de mercurio en la población es hasta 10 veces superior al que presenta la población de Alemania o EEUU. Los niveles son tan elevados (6,3 mg/l en sangre y 1,75 microgramos/gramos en pelo) que suponen un serio riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos e hijas. La población de las zonas costeras españolas es la que presenta mayores concentraciones, especialmente Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana y

Baleares, debido a la mayor ingesta de pescado¹². El estudio corrobora los elevados niveles de mercurio detectados en la población infantil por el proyecto INMA.¹³

Un estudio de la concentración corporal de 19 contaminantes en la población catalana detectó p-p'-DDE (metabolito del DDT) y PCB 180, sustancias prohibidas hace 30 años, en el 100% de las 919 muestras analizadas. El 85% de las muestras contenía 8 de los 19 contaminantes analizados.¹⁴ Un estudio de 16 contaminantes tóxicos persistentes en placentas de mujeres del sudeste español detectó residuos en todas las placentas, con media de 8 plaguicidas por placenta y detectando compuestos como el DDE, DDT, endosulfán y lindano en más del 50% de las muestras. En un estudio realizado a chicas embarazadas en Tenerife se detectaron alguno de los 7 PCB y 18 plaguicidas clorados estudiados en el 67% de las muestras de líquido amniótico.¹⁵

DAÑO OCASIONADO POR LAS EXPOSICIÓN AMBIENTAL Y LABORAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS TÓXICAS

Las enfermedades relacionadas con la exposición ambiental a sustancias químicas se han disparado en los últimos años tanto en

¹⁰ Ecologistas en Acción. La calidad del aire en el Estado español durante 2008. Ecologistas en Acción. Madrid, julio de 2009. Disponible en: http://www.ecologistasenaccion.org/IMG/pdf_Aire2008.pdf

¹¹ Porta M, Puigdomènech E y Ballester F (Eds) Nuestra contaminación interna. Concentración de compuestos tóxicos persistentes en la población española. Los libros de la Catarata, 2009.

¹² Resultados presentados por el Instituto Carlos III durante la Jornada de Vigilancia de COP, Ministerio de Medio Ambiente, Rural y Marino, Madrid 14 de Abril de 2011.

¹³ Proyecto Infancia y Medio Ambiente (INMA) <http://www.proyectoinma.org/presentacion-inma/resultados/#>

¹⁴ Porta M, Puigdomènech E, Gasull M I Bosch de Basea M. Distribució de les concentracions sèriques de compostos orgànics persistents (COPs) en una mostra representativa de la població general de Catalunya. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2009.

¹⁵ Cuerpos tóxicos. El organismo humano está contaminado por sustancias de consumo habitual. ¿Una factura por cómo vivimos? La Vanguardia. Suplemento Cultura, 25 de noviembre de 2009.

España como en el resto del mundo. El cáncer, los problemas reproductivos (infertilidad, malformaciones, enfermedades reproductivas), las alteraciones hormonales (diabetes, problemas tiroideos, cánceres), las enfermedades inmunológicas (dermatitis, alergias) y los problemas neurológicos (problemas de aprendizaje, autismo, hiperactividad, Alzheimer, Parkinson), entre otras enfermedades relacionadas con la exposición a sustancias tóxicas han alcanzado cifras epidémicas.

La prevalencia del cáncer en España es en la actualidad de 1.500.000 personas. En el año 2007 fallecieron 99.763 personas en España por tumores malignos, siendo la primera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres. La incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 casos.¹⁶

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 40% de la carga global de enfermedad atribuible a factores medioambientales recae sobre menores de cinco años de edad. Un dato muy alarmante si pensamos los menores de cinco años sólo constituyen el 10% de la población mundial. Por otra parte, también la OMS señala que en torno al 65% de las enfermedades infantiles tiene su origen en la contaminación y degradación del medio ambiente. En España, igual que en los demás países industrializados, el número de niños afectados por deficiencias del neurodesarrollo relacionados con la exposición a neurotóxicos es preocupante:

- Entre un 5 y 10% de la población infantil escolarizada tiene problemas de aprendizaje.
- El déficit de atención con hiperactividad, de acuerdo con estimaciones conservadoras, afecta a entre el 3 y 6% de los niños en edad escolar, aunque evidencias recientes sugieren que la prevalencia podría alcanzar el 17%.

- La incidencia de autismo puede alcanzar el 2 por cada 1.000 niños en algunas comunidades, y la tendencia es a incrementarse.
- Cerca del 1% de todos los niños sufren retraso mental.

Las alergias, el asma y las enfermedades respiratorias relacionadas con la calidad del aire (en ambientes cerrados o en el exterior) han aumentado en Europa, y ya afectan al 10% de la población infantil del continente. Los síntomas relacionados con el asma durante la infancia y la adolescencia afectan alrededor del 10% de esa franja de población en España. Se estima que los factores ambientales están asociados al 98-99% de todos los cánceres (97.000 personas murieron en 2001 de cáncer en España) y al 85-96% de los desarrollados durante la época pediátrica. Cada año se detectan en España 900 casos nuevos de cáncer entre menores y adolescentes (hasta los 14 años)¹⁷.

Según estimaciones, la exposición laboral a sustancias tóxicas produce cada año en España decenas de miles de enfermedades respiratorias, de la piel, del sistema nervioso o cardiovasculares, entre otras enfermedades laborales (8.550 casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 6.840 casos de dermatitis, 5.130 casos de asma laboral cada año)¹⁸. También según estimaciones, la incidencia del cáncer laboral en España sería de 2.933 a 13.587 casos nuevos cada año y la mortalidad por cáncer laboral supondría un mínimo de 1.833 y un máximo de 8.214 personas trabajadoras¹⁹. Como contraste, el

¹⁶ SEOM El cáncer en España. Disponible en <http://www.seom.org>

¹⁷ Dolores Romano Mozo y Jorge Riechmann (2006) Salud y Calidad Ambiental en Sostenibilidad en España 2006. Madrid, Observatorio de la Sostenibilidad en España págs. 345-350.

¹⁸ Simon Pickvance, Jon Karnon, Jean Peters and Karen El-Arifi Evaluación del Impacto de REACH en la Salud Laboral (enfermedades respiratorias y de la piel) en España. School of Health and Related Research, University of Sheffield England and ETUI, 2005.

¹⁹ Kogevinas M y Rodríguez M. CANCER LABORAL EN ESPAÑA. ISTAS, Madrid, 2005.

registro de enfermedades profesionales del Ministerio de Trabajo e Inmigración, recoge 60 casos de enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos durante el año 2009.²⁰

Nos encontramos por tanto con una falta de información imprescindible para proteger a la población, a trabajadores y al medio ambiente del riesgo químico: información básica sobre las características peligrosas de las sustancias en uso; información sobre los efectos sobre la salud, en particular la salud infantil originada por la exposición a tóxicos; inventarios de cantidades de sustancias utilizadas en España y sus usos; inventarios de exposición laboral y ambiental; programas periódicos de biomonitorización de la población; registros de enfermedades ocasionadas por la exposición ambiental a tóxicos; mejora de los registros de enfermedades profesionales; etc. Sin embargo, la información existente, aunque dispersa y parcial, muestra la gravedad del riesgo químico en España y la necesidad de tomar medidas inmediatas para mejorarla.

LA GESTIÓN DEL RIESGO QUÍMICO POR PARTE DE LAS ADMINISTRACIONES

A pesar de la gravedad de la situación, en los últimos años se ha producido un abandono sistemático de las pocas iniciativas políticas para prevenir y controlar los riesgos para la salud pública, el medio ambiente y la salud de los trabajadores ocasionados por la exposición a sustancias químicas peligrosas.

Así, por ejemplo, el Plan Nacional de Aplicación (PNA) del Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes está prácticamente abandonado desde su aproba-

ción en 2007. Solo se ha ejecutado, y parcialmente, las actuaciones de vigilancia de COP como se ha mencionado anteriormente. Las líneas de actuación encaminadas a reducir la exposición a estos contaminantes, incluyendo campañas de sensibilización, sustitución de las sustancias en uso, reducción de emisiones no intencionales, no se han desarrollado.

También están abandonadas otras actividades de extrema relevancia, como la elaboración del Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente, que debía realizarse conjuntamente por parte de los Ministerios de Sanidad y Política Social y Ministerio de medio Ambiente, Rural y Marino.

La falta de iniciativa política se une a la inaceptable dispersión de competencias, inexistencia de coordinación entre administraciones y la deplorable falta de los recursos mínimos por parte de las administraciones encargadas de gestionar el riesgo químico para cumplir mínimamente su obligación constitucional de garantizar la salud de la población, como muestra un estudio sobre la situación de la gestión del riesgo químico en España por parte de las administraciones²¹.

Así, las políticas y estrategias parciales de gestión del riesgo químico que se aplican en España, se derivan de los acuerdos, estrategias y normativas internacionales y europeas de los que participa. España no dispone de una política o estrategia general integradora sobre sustancias químicas.

Estos acuerdos, estrategias y normativas son numerosos, se refieren a ámbitos de actuación diferentes (salud laboral, salud pública, medio ambiente, agricultura, transporte, emergencias, etc.), a compartimentos ambientales distintos (aire, agua, suelos, alimentos, piensos, etc.) e incluso a grupos de sustancias o

²⁰ Observatorio de las Enfermedades Profesionales. Nº de partes comunicados por grupos de enfermedad y agente causante. Enero-Diciembre 2009. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: <http://www.mtin.es/estadisticas/eat/Eat09NovAv/E/index.htm>

²¹ Este apartado está basado en las conclusiones del trabajo: Dalle M, Romano D y Vega MM. Estudio sobre la situación de la gestión del riesgo de las sustancias químicas por parte de las Administraciones Públicas en España. ISTAS, 2009.

sustancias concretas (COP, mercurio, etc.), lo que dibuja un panorama muy complejo.

Aunque, a nivel internacional se observa una tendencia a integrar los distintos sectores y aspectos de la gestión del riesgo químico en las últimas estrategias y normativas impulsadas desde las Naciones Unidas (Convenio de Estocolmo, IFCS, SAICM) y desde la Unión Europea (Estrategia Europea de Medio Ambiente y Salud, Reglamento REACH), esta visión integral sobre la gestión del riesgo químico aún no se ha trasladado a España.

Las administraciones siguen parcelando las actuaciones, incluso en las labores que desempeñan en relación a estrategias internacionales integradoras como las señaladas. El resultado es que el número de autoridades implicadas en la gestión del riesgo químico es abrumador. Nueve ministerios tienen competencias específicas en gestión y control del riesgo químico y existen centenares de direcciones, subdirecciones y servicios implicados. Esto se debe, en gran medida, a que se han ido desarrollando servicios para responder a las obligaciones de la normativa específica que se iba generando (ej. sobre calidad del aire, contaminación de suelos, vertidos, etc.). La ventaja que puede tener la existencia de servicios especializados puede perderse si no se tiene una visión integrada del riesgo químico y una buena coordinación con el resto de servicios implicados. El Reglamento REACH es percibido como una oportunidad para mejorar la integración de la gestión del riesgo químico, tanto por parte de la administración central, como de la autonómica.

Resultados de las políticas

En general, las administraciones públicas sólo desempeñan las tareas obligatorias de los acuerdos y normas vinculantes. Las propuestas no vinculantes, incluyendo la elaboración de planes, inventarios, monitorización de sustancias, etc., no se realizan. Sólo se hace lo que es obligatorio por Ley.

Las administraciones, por lo general, no realizan diagnósticos ni estrategias comunes con objetivos y prioridades de actuación para reducir el riesgo químico. Como excepción, destaca la DG de Calidad y Evaluación Ambiental de Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino que si trata de promover políticas de consenso y liderar convenios internacionales y grupos de trabajo técnico. Existe, también, alguna estrategia sectorial, como la protección de la cadena alimentaria, que se define a través del Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria, abordando temas de reparto competencial, prioridades, coordinación y recursos humanos. Algunas comunidades autónomas, como Andalucía o Cataluña, desarrollan estrategias o planes sectoriales en relación con la salud medioambiental en un caso o el cumplimiento de REACH o emergencias y seguridad química, en el otro.

A la hora de elaborar políticas se priorizan las estrategias con resultados inmediatos y a corto plazo. Por ejemplo, dentro del ámbito laboral, son mucho más relevantes las campañas de prevención de accidentes que las de enfermedades laborales. Otro tanto sucede en relación con las estrategias para la prevención de emergencias por accidentes en los que se involucran sustancias químicas, mucho más desarrolladas que las estrategias de salud ambiental, con consecuencias a largo plazo, donde las acciones son prácticamente inexistentes.

El éxito de las comunidades autónomas, a la hora de materializar las competencias, es desigual, tanto, en relación con el establecimiento de sus políticas como, especialmente, en relación con las tareas de vigilancia y control (inspección) y el régimen sancionador. Cada comunidad destaca en un tema diferente, así por ejemplo, la Comunidad Autónoma Vasca ha desarrollado un sistema notable en relación con el apoyo a las empresas para el cumplimiento con la reglamentación ambien-

tal y el eco-diseño industrial, la Junta de Andalucía dispone de un sistema de control de los productos químicos comercializados que cuenta con un sistema de alerta propio y la Generalitat de Cataluña ha avanzado de manera notable en relación con la aplicación del Reglamento REACH.

Los esfuerzos de las administraciones autonómicas se centran en lograr el cumplimiento de la normativa, sin embargo, se encuentran con importantes obstáculos. Algunas administraciones, en particular las que tienen competencias en medio ambiente, se encuentran desbordadas de trabajo, debido en parte al proceso de concesión de Autorizaciones Ambientales Integradas (AAI) a casi 6.000 instalaciones industriales en todo el territorio.

La externalización de las labores de control, en lugar de ampliar las plantillas técnicas de las administraciones, introduce un nuevo factor de complejidad que hace más difícil la coordinación y la unificación de criterios. En cualquier caso, es el personal propio de las administraciones el que tiene la responsabilidad final de otorgar las autorizaciones y realizar las inspecciones. Diferentes administraciones y subcontratas acaban inspeccionando una misma empresa o un mismo vertido, con finalidades y criterios diferentes y sin compartir los resultados. La digitalización de la información de los controles realizados por las diferentes administraciones y entidades mejoraría la gestión del riesgo químico por parte de las administraciones.

En relación con el régimen sancionador, uno de los principales obstáculos para asegurar un cumplimiento adecuado de la legislación, es la dificultad de mantener la formación continua de inspectores/as, en un contexto de cambios rápidos y de alto grado de complejidad de la legislación. Además, hay que tener en cuenta la desigualdad en relación con el grado de estudios y cualificación de los inspectores. Su estatuto les confiere

un grado de autoridad, y en consecuencia, de eficacia. Las autoridades que disponen de un Cuerpo Oficial de Inspectores, tales como las autoridades laborales o las de hacienda, tienen más facilidad para aplicar la normativa frente al inspeccionado, ya que tienen capacidad de denuncia. Lo que supone una mayor agilidad en la resolución de las inspecciones.

Vigilancia de la salud y el medio ambiente

La vigilancia de la salud y el medio ambiente esta muy compartimentada. Se monitorizan, por obligación legal, sustancias en aguas (de boca, vertidos, ríos) aire, suelos, alimentos y animales destinados a consumo humano. No existe coordinación entre los diferentes sistemas de vigilancia, cada uno mide sustancias diferentes con métodos propios. No existen sistemas informatizados conjuntos, ni se cruzan los datos para establecer relaciones o realizar análisis compartidos de la situación del riesgo químico en una zona o en un sector.

Evaluación de la actividad

En general, las administraciones no evalúan su actividad. Ningún Ministerio tiene establecidas actividades para evaluarse, ni indicadores. Únicamente las Agencias de seguridad alimentaria y de medicamentos (AESAN y AEMPS) utilizan indicadores para la evaluación de su gestión. En el resto de casos, no utilizan indicadores de gestión, únicamente se utilizan indicadores ambientales y/o de salud, para valorar el progreso y grado de cumplimiento de las actuaciones, planes de acción o estrategias que implementan y/o desarrollan. Algunas comunidades utilizan indicadores internos, que no son públicos, para evaluar su actividad. En cualquier caso no hay homogeneidad en los indicadores utilizados en las comunidades autónomas.

Coordinación

Debido a la dispersión normativa y competencial existente, uno de los factores que más inciden en la eficacia de las políticas desarrolladas es la coordinación de competencias y planes que afectan a un mismo objetivo. En este sentido, aunque el nivel de coordinación entre los organismos y las diferentes unidades interministeriales interesadas y entre éstas y las comunidades autónomas parece adecuado, a la hora de elaborar las políticas y estrategias nacionales se observa aislamiento y falta de coordinación. Así, las áreas consideradas transversales en Europa, a nivel nacional únicamente se reflejan en el plan elaborado por el ministerio competente. Se observa un elevado grado de **aislamiento y disgregación** de las políticas y se echa en falta una visión integradora de las políticas internacionales a nivel nacional. Esto se refleja en una ausencia de prioridades comunes (i.e., ausencia de propuestas nacionales sobre disruptores endocrinos en las políticas de Salud Laboral y el Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria). Sólo la administración laboral contempla la participación de administraciones, patronal y sindicatos, en la elaboración de sus programas. En general, se observa una gran ausencia de la participación social en la elaboración de planes y políticas, así como dificultad de acceso a datos e información. A destacar una excepción, la del “Plan Nacional de Aplicación del Convenio de Estocolmo y del Reglamento 850/2004 sobre COP”, que se elaboró con la participación de todos los agentes interesados (asociaciones de consumidores, sindicatos, ONG ambientales, asociaciones industriales, comunidad científica, Administración Central y CCAA). En la actualidad continúan activas las obligaciones derivadas de dicho Plan y las revisiones del mismo.

En la mayoría de las comunidades autónomas la coordinación entre autoridades competentes se realiza de manera informal en función de las necesidades. Todo indica que la coor-

dinación es deficiente, tanto la coordinación interna, como la coordinación entre los diferentes departamentos de la misma comunidad autónoma. Aunque la coordinación con los ministerios sea la adecuada, esta falta de coordinación en las comunidades autónomas genera importantes problemas como:

- La revisión parcial de las fichas de datos de seguridad.
- Una falta de homogeneidad en las conclusiones de las inspecciones.
- Falta de aprovechamiento de otras experiencias.
- Dificultad en relacionar las causas de las enfermedades con las sustancias químicas.
- Duplicidades en los sistemas de alertas para alimentos y productos peligrosos en productos de consumo (SCIRI, RAPEX, SIRIPO).

Por otra parte, la coordinación entre comunidades autónomas es inexistente, lo que produce un desconocimiento general sobre las iniciativas desarrolladas en otras comunidades. Los requisitos y necesidades del Reglamento REACH, podrían ser una oportunidad de mejora de la coordinación entre consejerías.

Información pública

El conocimiento en profundidad de los problemas y que éste sea compartido por los diferentes agentes para que cada cuál asuma sus responsabilidades, es un determinante esencial de la eficacia de las políticas. Sin embargo, cuando este conocimiento existe, es poco accesible. Las Administraciones publican poco y las páginas Web, por lo general, son meramente informativas de las competencias que poseen.

Únicamente los organismos con carácter de Agencia, de seguridad alimentaria y de medicamentos (AESAN y AEMPS) y el de trabajo (INSHT) publican análisis e informes técnicos y memorias anuales detalladas donde se reflejan las actividades que realizan y los resultados obtenidos.

También se echa en falta el acceso público a inventarios y registros, a disposición de las di-

ferentes administraciones, así como estudios y análisis de la información existente, por ejemplo, análisis causa-efecto entre exposición a sustancias y enfermedades.

En relación con las comunidades autónomas, la información que se puede obtener es desigual según la cada una de ellas y según el área de interés. Sólo cuando hay una obligación legal (por ejemplo, el caso del Real Decreto 1254/1999 sobre las medidas de seguridad que deben tomarse y sobre el comportamiento que debe adoptarse en caso de accidente) se encuentra información en todas las comunidades autónomas aunque con distinto grado de desarrollo. Por otro lado, apenas se encuentra información publicada por parte de las autoridades laborales. En el caso de las autoridades en salud pública, Cataluña y Andalucía destacan por el nivel de información que proporcionan.

Ante esta situación, 40 colectivos científicos, ecologistas, sindicales, de consumidores, y de afectados enviamos un escrito al presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, para denunciar la creciente preocupación social por el abandono del Gobierno de las políticas de protección ambiental y sanitaria frente a los riesgos ocasionados por la contaminación química. En ella se decía:

A pesar de la abrumadora falta de recursos humanos y económicos destinados a prevenir el riesgo químico, si existiera un impulso político, las administraciones podrían desarrollar una gran cantidad de actividades con proyección social que redundaría en un mayor conciencia cívica ambiental, en la dinamización de múltiples políticas públicas y privadas y, finalmente, en la reducción de la exposición humana y ambiental a contaminantes químicos.

La salud es un derecho fundamental que está siendo vulnerado. Está fracasando la protección de la salud humana y el medio ambiente frente a los graves efectos de la contaminación química. La actual situación de crisis económica no sólo no es un argumento para abandonar la responsabilidad política de proteger la salud pública

sino que ofrece una oportunidad histórica para impulsar políticas, programas, servicios y productos que protejan a la población y al medio ambiente del riesgo químico. Hay que atender al coste social y ambiental en términos de enfermedad, muertes, años de vida perdidos o limpieza ambiental que se puede reducir. También es necesario que la sociedad que resulte tras la crisis económica sea más sostenible y más humana.

Exigimos pues que el gobierno central y todas las administraciones públicas del estado abandonen su actual pasividad y negligencia ante la contaminación química y pasen a impulsar los cambios políticos, económicos y culturales que este grave problema exige. Solicitamos, igualmente, ser convocados próximamente a un diálogo crítico y fructífero para desarrollar las cuestiones y propuestas esbozadas en este escrito.

Seis meses después de haber enviado el escrito el gobierno no ha respondido a esta petición. Sin embargo, el hecho de reunir a 40 organizaciones preocupadas por el riesgo químico en este escrito tiene un gran valor. Es indispensable crear alianzas, visibilizar el problema del riesgo químico desde diferentes perspectivas, denunciar la situación y presionar por mejorarla tanto desde nuestro papel como ciudadanos, trabajadores o consumidores.

TÓXICOS Y DISRUPTORES ENDOCRINOS EN MEDIO AMBIENTE Y SALUD DE LAS MUJERES

Carme Valls Llobet

Médica

Directora del programa Mujer Salud y Calidad de Vida de CAPS

Inicio la exposición recordando las enseñanzas que he podido recoger en los últimos 15 años a través de diagnosticar a personas afectadas por la exposición a insecticidas, los cua-

les habían sido utilizados en su lugar de trabajo incumpliendo las normas de prevención. A partir del análisis concreto de la situación de estas trabajadoras y algunos trabajadores, hemos empezado a comprender el papel que la contaminación ambiental del aire, del agua y de los alimentos está jugando en la presentación de enfermedades emergentes como la fibromialgia y el síndrome de Sensibilidad Química Múltiple, así como en el incremento de cáncer de mama y alteraciones en la salud reproductiva de mujeres y hombres.

De lo concreto a lo general

El número total de personas expuestas que he estudiado a lo largo de estos 15 años ha sido 681, de las cuales 302 resultaron afectadas (291 mujeres y 11 varones).

Tasa

Personas EXPUESTAS: 681	Mujeres 518 (75,9%)
	Hombres 163 (23,6%)
Personas AFECTADAS: 302	Mujeres 291 (96,3%)
	Hombres 11 (3,7%)
Levemente afectadas	52 Mujeres y 7 Hombres.
Moderadamente afectadas	107 Mujeres.
Gravemente afectadas	132 Mujeres y 4 Hombres.

Aunque inicialmente la clínica de las personas afectadas era muy abigarrada y se presentó de forma insidiosa, los síntomas que afectaban al sistema respiratorio y neurológico se presentaron desde el primer momento de la exposición, y los que afectaban al sistema endocrinológico, autoinmune, y las alteraciones hipofisarias se presentaron de dos a cuatro meses después de la exposición o de las reexposiciones iniciales. Los síndromes iniciales se produjeron por la inhibición de la colinesterasa sérica que producen los organofosforados, que paralizan así el sistema nervioso

de los insectos, incrementando los niveles de acetilcolina (Namba, 1971; Coye 1986, Joffe 2001, Ranjabar 2002) y producen síntomas por el estímulo de los receptores nicotínicos y muscarínicos.

Para clarificar la aproximación clínica y los tratamientos hemos clasificado¹ la clínica que han presentado las personas afectadas en seis síndromes:

Síndrome respiratorio. Se manifiesta con irritación de la mucosa nasal, bucal y faríngea, mucosidad nasal y bronquial, tos, dolor al tragar, disnea, salivación, lagrimeo y excitación del olfato. Lo presentó el 100% de las personas afectadas desde el primer momento de la exposición. La exploración clínica mostró faringes enrojecidas, hiperactividad bronquial y test de metacolina positivos. Los síntomas eran parecidos a los descritos por la exacerbación de los receptores muscarínicos por el exceso de acetilcolina.

Síndrome neurológico. Se manifiesta con la presencia inicial de un estado de confusión mental, dolor de cabeza frontal, pérdida de rapidez de respuesta, pérdida de memoria y de capacidad de concentración, calambres y parestesias en extremidades superiores e inferiores, pérdida de fuerza muscular y sensación de fatiga. Esto síntomas se presentaron inmediatamente después de las exposiciones y empeoraron progresivamente en las personas que habían estado reexpuestas aunque fueran con dosis bajas. Este síndrome ha sido descrito ya en la literatura como afectación crónica del sistema nervioso central inducido por organofosforados². El síndrome se ha presentado en el 100% de las personas afectadas. Las exploraciones clínicas han dado como resultado un enlentecimiento de los potenciales cognitivos y visuales, resultados alterados del test neuropsicológico, lentitud del flujo sanguíneo en la zona temporal y frontal objetivada por el SPECT y alteraciones en la Resonancia Magnética cerebral con pérdida de mielina que se observa en un 60% de casos un año después de la exposición.

Síndrome de disrupción endocrina con exceso de secreción de estrógenos. Se manifestó en las mujeres afectadas con metrorragias, que se presentaron un mes después de la exposición, ciclos menstruales más cortos, presencia de coágulos, presencia o agravación del Síndrome Premenstrual, incremento de la mastopatía fibroquística y, medio año después, incremento de fibromiomas uterinos. En los varones se observó dificultades en la erección e impotencia sexual. En la exploración se encontró incremento de 17 beta estradiol en segunda fase del ciclo, deficiencia de progesterona, anemia y deficiencia de las reservas de hierro (ferritina baja).

Síndrome de parasimpaticotonia hipotalámica con hipersecreción de hormona de crecimiento: Medio año después de las primeras exposiciones se observó, en algunas personas expuestas, un crecimiento del tamaño de los pies, ya que aumentaron un número en el tamaño de los zapatos que utilizaban. Al estudiar las hormonas hipofisarias se observó el incremento de la secreción de hormona de crecimiento (GH), dos o tres veces por encima de los valores normales, pero sin llegar a cifras compatibles con las observadas en la acromegalia. La secreción de IGF1 estaba disminuida y la de somatostatina, el factor inhibidor de la GH, estaba disminuida o abolida en la mayoría de los casos. La exploración de la hipófisis señaló incremento del tamaño en un 30% de casos, y en diez personas que estuvieron expuestas a repetidas exposiciones, se ha tenido que extirpar una tumoración hipersecretora de GH.

Síndrome de estimulación de autoinmunidad. A los seis meses de las primeras exposiciones, las personas afectadas desarrollan un incremento de fenómeno autoinmunes, con la aparición o incremento de títulos de anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-tiroideos, anticuerpos anticitomegalovirus y anticuerpos antiEpstein-Barr. El hipotiroidismo se ha desarrollado en un 73% de las personas afectadas, y el hipertiroidismo en

un 5%, cifra tres veces mayor que la población normal.

Síndrome de fatiga crónica (SFC). Al 80% de las personas afectadas se pudo diagnosticar a los seis meses un síndrome de fatiga crónica, que cumplía los criterios de Fukuda con alteración de la función mitocondrial, con bajos niveles de la secreción del ácido pirúvico, reflejando el daño mitocondrial directo que pueden provocar los organofosforados, tal como demostró Moreno (1990)³.

Hipersensibilidad Química Múltiple (HQM) o Intolerancia Ambiental idiopática⁴. Un 70% de personas expuestas han desarrollado un síndrome de hipersensibilidad química múltiple, que persiste doce años después de la primera exposición. Esta afectación ampliamente invalidante les impide poder acudir a centros comerciales, centros de ocio o desplazarse en determinados transportes públicos. Se reproducen síntomas ante muy diversos tipos de aerosoles, colonias, y otros productos volátiles.

Respecto a todos estos síndromes, la afectación fue mucho más intensa y las consecuencias sobre la salud fueron peores para las personas que fueron expuestas a dosis bajas y repetidas. Los síndromes más invalidantes para las personas afectadas han sido el COPIND, el SFC y la SQM, ya que les impide realizar cualquier tipo de trabajo, por lo que su invalidez ha requerido indemnización. Un 20% de casos que pudieron ser tratados a la semana siguiente de las exposiciones se pudieron recuperar, aunque se ha observado una sensibilización a la exposición a organofosforados en lugares públicos (transportes públicos, restaurantes...).

SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE

La SQM no tenía hasta la actualidad una etiología clara, aunque se han barajado mecanismos inmunológicos, auto inflamatorios en la membrana de la mucosa nasal, neurológicos y psicológicos en diversas revisiones⁵, o en el

informe gubernamental danés sobre la SQM⁶, todavía no había sido encontrada una etiopatogenia clara⁷ que pudiera explicar la variada y abigarrada sintomatología que presentan estos pacientes, hasta los últimos trabajos publicados en el año 2010.

Durante el primer trimestre del 2010, se ha publicado el estudio dirigido por la Dra Liudmila G Korkina, cuyos objetivos han sido investigar si existen marcadores metabólicos, inmunológicos o genéticos en el SQM.

Compararon pacientes consecutivos con el diagnóstico de SQM (n=133. 119 Mujeres/ 14 Varones), diagnosticados con los criterios de Cullen (Cullen 1987) y un QEESI modificado (Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory) (Fabio 2000; Millar and Prihoda 1999), pacientes con sospecha de SQM (n= 93. 78 M/ 15V) y sujetos controles italianos (n=218. 105 M/ 113V), con un subgrupo de controles para los análisis metabólicos. (n=52. 35M/17 V). Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética local del Hospital de San Carlo (Roma. Italia), el 11 de Diciembre del 2008. La edad media oscilaba entre 49 años de media + - 11 años en los casos y controles.

La distribución de enfermedades concomitantes en los casos obtenidas por anamnesis son por orden de prevalencia: (Ver Figura 1).

- Tiroditis autoinmune (11,8 %).
- Asma bronquial (3,9%).
- Esofagitis por reflujo (8,%).
- Colon irritable (2,6%).
- Esteatosis hepática (3,1%).
- Fibrosis (1,3%).

Características del síndrome de SQM

1. El síndrome de SQM se caracteriza por un gran número de trastornos inmunológicos y bioquímicos que sugieren una defensa antioxidante suprimida, y un nivel de inflamación sistémica con un componente autoinmune.

2. Se alteran el EEG y el SPECT funcionales. Pero no se altera morfológicamente el sistema nervioso central a menos que la intoxicación sea por organofosforados o neurotóxicos.
3. Las alteraciones genéticas encontradas en algunos estudios se pueden deber a un efecto de las citoquinas para inhibir el CYP y/o el AhR que podría conducir a una disminución de la capacidad metabólica en tales pacientes.
4. Estos parámetros metabólicos e inmunológicos deben ser tenidos en cuenta en la definición biológica del SQM y en el diagnóstico clínico y de laboratorio del SQM.
5. En la definición biológica y el diagnóstico de la SQM se ha de incluir los parámetros metabólicos que indican una oxidación acelerada de lípidos, un aumento de la producción de óxido nítrico, una depleción del glutatión y un incremento de las citoquinas plasmáticas.

TÓXICOS AMBIENTALES Y CÁNCER DE MAMA

Sabemos que el cáncer de mama es dependiente de los estrógenos, tanto endógenos como exógenos, y por sustancias químicas que imiten las propiedades de los estrógenos (xenoestrógenos) o que actúen como disruptores endocrinos, alterando la armonía del ciclo menstrual⁸ y disminuyendo la producción de progesterona endógena, provocando un hiperestrogenismo absoluto o relativo. Todo lo que incremente su efecto sobre las células mamarias, puede contribuir a aumentar su incidencia. Por ello uno de los retos más grandes de la medicina primaria, salud pública y de la oncología es identificar estrategias e intervenciones eficaces para prevenir el cáncer de mama, para desarrollar estrategias de prevención primaria. Hasta que no existan métodos de detección para los primeros cambios malignos de las células mamarias, la

estrategia sólo puede ser identificar los factores de riesgo, e intentar evitarlos, individual o socialmente.

La posibilidad que la bioacumulación de los estrógenos ambientales (xenoestrógenos) pueda ser causa de cáncer de mama ya fue planteada por estudios epidemiológicos sobre exposiciones ocupacionales o ambientales en 1984⁹. Los xenoestrogenos pueden ser la causa de la creciente y alta incidencia de cáncer de mama con receptores estrogénicos positivos¹⁰

En Canadá, un reciente estudio¹¹ relaciona la presencia de dioxinas ambientales y dimetilsulfato con la aparición de cáncer de mama, en relación a la distancia con las industrias que emiten las dioxinas y la susceptibilidad es mayor cuanto menor es la edad de las mujeres. Hay más susceptibilidad en personas menores de 30 años. La probabilidad de que un efecto adverso a partir de una exposición precoz, intermitente y simultánea, a dioxinas y dimetilsulfato, se manifieste como cáncer de mama después de haber dado el pecho al menos 26 años atrás, está en función de la edad de la primera exposición, el tipo de fuente de emisión y la distancia de la fuente emisora.

Una revisión de la literatura científica¹² muestra que varios factores ambientales están implicados en el aumento de riesgo de cáncer de mama, incluyendo hormonas y disruptores endocrinos, químicos orgánicos y subproductos de la combustión de los vehículos y de la industria y radiaciones ionizantes y no ionizantes.

Organoclorados

Los productos organoclorados, tienen una larga vida media que puede llegar a los 40 años en el cuerpo humano, especialmente en el tejido adiposo, suero y leche. El DDT y su metabolito el DDE, tiende a persistir mucho más largo tiempo en el cuerpo, y estos insecticidas presentan propiedades estrogénicas, y actúan el cuerpo como disruptores endocrinos. El

DDT fue prohibido en 1972, y en España en 1977, pero su uso no acabó hasta años más tarde, y aún se está utilizando en países africanos como Marruecos. Dada su persistencia puede volver a entrar en la cadena alimentaria humana, a través de comida de origen animal, y del agua, y polvo en el suelo. Leon Bradlow publicó en 1995 que muchos productos organoclorados como el DDT, atrazina, hexacloruro de benceno, PCBs, y Endosulfan I y II, estimulaban la producción de un metabolito de los estrógenos, la 16 alfa hidroxiestrona, que es un potente agente que produce tumores, y altera genes. Estudios del grupo de Nicolas Olea en Granada han señalado la relación entre organoclorados y cáncer de mama¹³. Examinando el efecto combinado de los estrógenos ambientales medidos como sobrecarga total efectiva de estrógenos (TEXB-alfa) demostraron un incremento del riesgo de cáncer de mama entre las mujeres más delgadas, en especial en el grupo de mujeres después de la menopausia, con niveles más elevados de pesticidas, en especial el aldrin y el lindano. En un estudio publicado en 2004¹⁴ analizando los niveles de DDT y sus metabolitos en la población de las Islas canarias, se encontraron unos niveles más altos que en la población española, y las mujeres presentaron niveles más altos de insecticidas organoclorados que los hombres. Las islas Canarias son uno de los lugares de España en que hay mayor incidencia y mortalidad por cáncer de mama.

Tanto los pesticidas, como los PCBs y otros subproductos derivados de los plásticos, como los subproductos de la combustión de gasolina y algunos fármacos actúan como xenoestrógenos⁽⁴⁴⁾,^{15,16,17}, y son potenciales estimulantes de cambios tumorales en las mamas.

Parabenes

Los parabenes son derivados del 4-hidroxibenzoato y son ampliamente usados como pre-

servantes en comida, productos cosméticos y preparaciones farmacéuticas. Los metil-, etil-, propil-, y butilparaben fueron todos estrogénicos en ensayos in Vitro realizados en 1998¹⁸. Cuando se administraban por vía oral a ratas no provocaron efectos estrogénicos biológicos, pero cuando se administraron a través de la piel provocaron hipertrofia uterina en ratas. Los parabenes estimulan la proliferación de células mamarias con cancer (MCF-7) estimulando específicamente el receptor estrogénico¹⁹. La actividad de los parabenes depende de la longitud de sus cadenas y ramificaciones del grupo alquil. El grupo de la Dra Philippa Darbre del Reino Unido demostró en el año 2004 que los parabenes se acumulan intactos en el cuerpo a largo plazo aunque la dosis usada haya sido baja, y los encontró en muestras de 20 tumores de mama²⁰.

Aunque han aparecido informes publicados sin autor²¹, en los que pretenden demostrar que no hay relación entre los parabenes y cáncer de mama, sus afirmaciones que no se basan en evidencias en humanos, se contradicen con las investigaciones de la Dra. Philipa Darbre, que en una reciente revisión²² del tema, señala la absorción sistémica de los ésteres de paraben a través de la piel intacta, y que se ha demostrado en humanos y en animales el efecto agonista de los estrógenos, la actividad antagonista de los andrógenos y también, que poseen actividad genotóxica. Además de sumar los efectos estrogénicos con los estrógenos ambientales, los bisfenoles A y los estrógenos de la dieta²³.

El efecto de los xenoestrógenos y disruptores endocrinos en el incremento de cáncer en la vida infantil y en el incremento de linfomas y cáncer de páncreas en la vida adulta lo he descrito en anteriores trabajos disponibles en www.caps.cat.

TÓXICOS Y SALUD REPRODUCTIVA²⁴

Además de la disrupción endocrina que se ha asociado a la aplicación de insecticidas, otros productos como los PCB, Dioxinas, Etilengli-

col y Trihalometanos alteran la longitud del ciclo y producen irregularidades.

El Bisfenol A se ha asociado a la presencia de Ovario Poliquístico.

Se ha descrito la asociación de xenoestrógenos y metales pesados con la presencia de trastornos del ciclo menstrual, y el incremento de endometriosis y miomas uterinos. El plomo y el mercurio pueden tener efectos antiestrogénicos, y el cadmio se ha podido asociar a un incremento de la endometriosis²⁵. En las mujeres afectadas por la exposición a insecticidas y disolventes en el lugar de trabajo se presentan ya metrorragias y ciclos más cortos desde el mes posterior a la exposición. Además existe un incremento de la prematuridad y del bajo peso al nacer. Los niños y niñas nacidos de madres que han estado expuestas a insecticidas tienen una menor circunferencia cráneo-encefálica y se ha asociado una disminución del índice de inteligencia en la vida adulta.

Si la exposición ha sido durante el embarazo en mujeres que trabajan en la agricultura o conviven en granjas o espacios donde se están aplicando insecticidas se ha comprobado un incremento de hipertensión durante el embarazo y de preclampsia gravídica²⁶.

ENFERMEDADES EMERGENTES

Para terminar diré que el problema de la aplicación de insecticidas en los lugares de trabajo sin seguir normas claras de prevención es un problema muy serio que puede acarrear consecuencias muy graves para la salud de las personas expuestas. En el grupo estudiado por mí, estas graves consecuencias han afectado a 132 mujeres y 4 hombres. En primer lugar, muchos años de sufrimiento hasta conseguir el diagnóstico y la demostración de que los problemas de salud que padecían estaban provocados por la exposición a insecticidas. En segundo lugar, las personas que continuaron trabajando, aunque expuestas a

bajas dosis, tuvieron afectación más grave y crónica del Sistema Nervioso Central, más incidencia de Fatiga Crónica y han acabado en un 70% de los casos afectadas de fibromialgia. Precisamente los trabajos de Pall²⁷ (2004) y Bell²⁸(1998 y 2003) señalan la posibilidad de que un 70% de casos de fibromialgia sea debido a la exposición a sustancias químicas en los lugares de trabajo (insecticidas, disolventes y otros), los mismos agentes desencadenantes que se asocian con frecuencia a la Hipersensibilidad Química Múltiple.

La hipótesis fisiopatológica es la agresión repetida de la zona hipotálamo-hipofisaria por microtraumatismos físicos o químicos, que acaban produciendo disrupción endocrina, y alteraciones de la inmunidad.

Además el incremento de la exposición que se produce en la sociedad industrial, y el hecho de que las personas afectadas reproducían los síntomas en muy diversos lugares públicos, plantea un reto a la salud pública. ¿Están estas exposiciones en el origen de incremento de tumores y de enfermedades autoinmunes en población laboral, sobre todo entre mujeres? ¿Están relacionadas con el incremento del dolor muscular generalizado, de la fibromialgia y de los casos de fatiga crónica? La respuesta a estas preguntas requerirá ulteriores investigaciones pero, dado que la primera causa de invalidez profesional son los problemas músculoesqueléticos, ni sindicatos ni gobiernos pueden dejar de estimular la investigación para responderlas.

BIBLIOGRAFIA

¹ Valls-Llobet C.(2000). Consecuencias clínicas a corto, medio y largo plazo de fumigaciones en lugares de trabajo. *Quadern CAPS*, 29

² Jamal, G. A. (1997). Neurological syndromes of organophosphorus compounds. *Adverse Drug React Toxicol Rev*, 16(3), 133-70. Review

³ Moreno A, Madeira V. Interference of parathion with mitochondrial bioenergetics. *Biochim-Biophys-Acta*.1990;1015:361-367.

⁴ Sparks, P. J. (2000). Multiple chemical sensitivity/Idiopathic environmental intolerance. *Occupational Medicine*, 15(3), 601-9. Review

⁵ Nogué Xarau,S., Dueñas A., Ferrer A., Fernandez J. Sensibilidad química múltiple. *Med Clin (Barc)* 2010. doi:10.1016/j.medcli.2010.04.010

⁶ Kobenhavn K. How multiple chemical sensitivity (MCS) is dealt with the authorities. Danish Environmental protection Agency. 2005. Environmental Project no. 988. Disponible en: <http://www.mst.dk>.

⁷ Ortega Perez, A. Hipersensibilidad química múltiple: en búsqueda de la sistematización de su diagnóstico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(3):94-5.

⁸ Valls-Llobet,C I Webb S. Trastornos del ciclo menstrual influencia del stress, nutrición e insuficiencia luteínica en su etiopatogenia. En: *Mujer y calidad de vida*. Barcelona: CAPS, 1991.

⁹ Unger M, Kiaer H, Blichert-Toft M, Olsen J, Clausen J.Organochlorine compounds in human breast fat from deceased with and without breast cancer and in a biopsy material from newly diagnosed patients undergoing breast surgery. *Environ Res* 1984;34: 24-28.

¹⁰ Dey S, Soliman AS, Merajver SD. Xenoestrogens may be the cause of high and increasing rates of hormone receptor positive breast cancer in the world. *Med Hypotheses*. 2009 Jun;72(6):652-6.

¹¹ Argo J.Chronic diseases and early exposure to airborne mixtures: Part III. Potential origin of pre-menopausal breast cancers. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2009 Apr 1.

¹² Gray J, Evans N, Taylor B, Rizzo J, Walker M State of the evidence: the connection between breast cancer and the environment. *Int J Occup Environ Health*. 2009 Jan-Mar;15(1):43-78.

¹³ Ibarluzea JM, Fernandez M, Santa-Marina L, Olea-Serrano M, Rivas AM, Aurrekoetxea J, Expósito J, Lorenzo M, Torné J, Villalobos M, Pedraza V, Sasco AJ, Olea N. Breast cancer risk and the combined effect of

environmental estrogens. *Cancer Causes and Control*. 2004;15: 591-600.

¹⁴ Zumbado M, Goethals M, Alvarez-León EE, Luzardo OP, Cabrera F, Serra-Majem L, Domínguez-Boada L. Inadvertent exposure to organochlorine pesticides DDT and derivatives in people from the Canary Islands (Spain). *Sci Total Environ*. 2005 Mar 1;339(1-3):49-62.

¹⁵ Nahem GR et al. Female reproductive organs and breast cancer mortality in New Jersey counties and the relationship with certain environmental variables. *Prev Med*. 1985;14:620-635.

¹⁶ Davis DL et al. Rethinking breast cancer risk and the environment: the case for the precautionary principle. *Environ Health Perspect*. 1998;106:523-529.

¹⁷ Sternglas EJ et al. A response to comments on "Breast cancer: evidence for relation to fission products in the diet". *Int J Health Serv*. 1995; 25(3):481-488.

¹⁸ Routledge EJ, Parker J, Odum J, Ashby J, Sumpter JP. 1998. Some alkyl hydroxy benzoate preservatives (parabens) are estrogenic. *Toxicol. Appl. Pharmacol*. 153: 12-19.

¹⁹ Byford JR, Shaw LE, Drew MG, Pope GS, Sauer MJ, Darbre PD. Oestrogenic activity of parabens in MCF7 human breast cancer cells. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2002 Jan;80(1):49-60.

²⁰ Darbre PD, Aljarrah A, Miller WR, Coldham NG, Sauer MJ, Pope GS. Concentrations of parabens in human breast tumours. *J Appl Toxicol*. 2004. 24:5-13.

²¹ [No authors listed] Final amended report on the safety assessment of Methylparaben, Ethylparaben, Propylparaben, Isopropylparaben, Butylparaben, Isobutylparaben, and Benzylparaben as used in cosmetic products. *Int J Toxicol*. 2008;27 Suppl 4:1-82.

²² Darbre Ph and Harvey Ph. Paraben esters: review of recent studies of endocrine toxicity, absorption, esterase and human exposure and discussion of potential human health risks. *J Appl Toxicol* 2008. 28: 561-578

²³ Darbre PD. Environmental estrogens, cosmetics and breast cancer. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2006. 20: 121-143.

²⁴ Crain et al. Endocrine-disrupting compounds and female reproduction. *Fertility and Sterility*. 2008. Vol 90 n° 4.

²⁵ Jackson L W, Zullo MD, Goldberg JM. The association between heavy metals, endometriosis and uterine myomas among premenstrual women: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Human Reproduction* 2008 Vol 23, n° 3 pp 679-687.

²⁶ Saldana, Tina, Basso Olga, Baird Donna, Hoppin Jane, Weinberg Clarece, Blair Aaron, Alavanja Michael, Sandler Dale. Pesticida Exposure and Hypertensive Disorders during pregnancy. *Environmental Health Perspectives*. 2009. vol 117 n°8 pp1393-6

²⁷ Pall, M. L. y Anderson, J. H. (2004). The vanilloid receptor as a putative target of diverse chemicals in multiple chemical sensitivity. *Arch Environ Health*, 59(7), 363-75. Review

²⁸ Bell, I. R., Baldwin, C. M. y Schawartz, G. E. (1998). Illness from low levels of environmental chemicals: relevance to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Am-J-Med*, 105(3A), 74S-82-S.

EL CALVARIO DE LAS PERSONAS QUE SUFREN SQM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mar Rodríguez Gimena

Médica de Familia

SAR Buitrago del Lozoya

1.-Una reflexión antes de meternos en harina

Desde hace unos años me dedico a la valoración de las personas que padecen Sensibilidad Química Múltiple (SQM).

Partía de un absoluto desconocimiento de esta nueva enfermedad relacionada con los químicos

cos medioambientales. Gracias a la red de mujeres sanitarias entré en contacto con Carme Valls y asistí a uno de los cursos de formación. Ya había oído hablar o había leído en el *MyS* algo sobre las personas que, tras una exposición a algún pesticida en su lugar de trabajo o a disolventes, se sensibilizaban y enfermaban. Haciendo memoria también había escuchado en la consulta algún relato de alguna “paciente” que me comentaba que “olía mucho”. Reconozco que esos relatos, al igual que otros a lo largo de mi vida profesional, me han dejado sorprendida y perpleja y me han puesto en contacto con mi propia ignorancia. Por suerte todavía, cuando algo me sorprende, me dedico a estudiar. No obstante no he conseguido quitarme de la cabeza el run, run de: “no, otra vez algo raro, no”.

Como bien decía Samuel Hanheman (médico alemán iniciador de la homeopatía), para ser una buena profesional de la salud (yo diría que para ser una buena profesional, si en tu trabajo tratas con seres humanos) hay que acercarse “libre de prejuicios” al caso.

Este caso que os presento, por reciente y por extraño, me ha hecho volver a recordar la importancia de la escucha libre de prejuicios de los síntomas que nos relatan las personas a las que atendemos. La escucha activa y con todos los sentidos.

Los síntomas que nos relatan las personas afectadas por SQM nos van a parecer raros, de hecho muchas inician su relato con un “no se si se lo va a creer doctora, porque esto que me pasa es muy raro” o “realmente usted cree que yo no estoy loca ¿verdad?”.

Ahí precisamente es cuando las orejas y los ojos se nos deberían abrir como platos y cuando el cerebro y la emoción se ponen a funcionar sincronizados como si de un baile se tratase. Estas personas han recorrido muchos especialistas, en ocasiones la media de años desde el inicio de los síntomas de su enfermedad hasta el diagnóstico es de unos 5 a 7. En este caso que os presento fue de 7 años.

A su vez, las afectadas son grandes observadoras de sus síntomas, de lo que las mejora y empeora. Son detectives de su propia enfermedad, buscando siempre el nuevo artículo, el nuevo tratamiento. De hecho muchos de los artículos que manejo me los envían las propias afectadas.

La SQM es un problema de salud complejo que precisa de un abordaje terapéutico multidisciplinar. Los cambios en la sintomatología del paciente se producen de manera rápida y la propuesta terapéutica debe así mismo adaptarse al dinamismo de esta enfermedad. La comorbilidad debe ser atendida como parte del proceso terapéutico.

Las diferentes profesionales que atendemos a las personas con SQM debemos intentar coordinarnos para evitar pruebas y visitas innecesarias.

A su vez debemos procurar que los espacios de atención sean seguros, es decir, que estén exentos en lo posible de químicos. También nosotras debemos tener muy presente el no uso de productos químicos (perfumes, cosméticos, tintes recientes en el pelo, lavado de la ropa a ser posible con jabones ecológicos y sin usar suavizantes...) cuando vayamos a valorar a estas pacientes. Yo tengo la suerte de ejercer en zona rural y en ocasiones si se reproducían los síntomas al contacto con los productos químicos que hay en el centro de salud nos hemos podido salir a la calle, al aire libre.

Como no podría ser de otro modo, la relación de cercanía y confianza es imprescindible en la atención de los y la afectadas por SQM. Escuchar a las personas afectadas y validar su experiencia de la enfermedad han sido evaluadas por las propias personas afectadas como medidas muy importantes en su proceso terapéutico.

Revisando distintos artículos de Pamela Gibson (enfermera que trabaja con personas con SQM y ha publicado numerosas investigaciones sobre el impacto de la SQM en la calidad

de vida) me parece imprescindible rescatar sus propuestas que comparto 100%. Es muy importante tener en cuenta la frustración que se ha producido en el contacto entre las personas con SQM y las y los profesionales sanitarios, lo que debería servirnos para entender mejor las necesidades de apoyo de este grupo de personas enfermas.

A su vez resulta de capital importancia no olvidar jamás la necesidad de que los profesionales traten de aumentar la sensación de esperanza de estos y estas pacientes.

También deberíamos aumentar nuestra capacidad de comprensión haciendo hincapié en las personas afectadas más jóvenes. Este colectivo se siente más alterado por lo que la enfermedad supone de pérdidas, posiblemente de por vida, tanto de su trabajo, amistades, contactos familiares, ocio y en muchas ocasiones la propia pareja.

Dado que las personas con SQM con frecuencia se enfrentan a que los demás tengan dudas a la hora de reconocer su enfermedad, simplemente escuchar y ser comprensivos/os con la importancia de sus preocupaciones es de vital importancia.

2.- El calvario con las bajas laborales

Casi todo el mundo que ha tenido que pasar por un proceso de indemnización por haber sufrido una enfermedad relacionada con el puesto de trabajo describe el proceso como difícil y humillante. Dos fuentes de frustración, que también aparecen en el proceso de solicitud de la declaración de discapacidad en la Seguridad Social, son su duración, complejidad burocrática del proceso sin guías claras para las personas enfermas, y cómo se trata a los y las demandantes en el proceso de evaluación.

La falta de guía, las trabas burocráticas y las decisiones basadas en evidencias muy pobres aparecen mencionadas por varias personas participantes en el estudio de Ju-

liene G. Lipson y Nathalie Doiron citado en la bibliografía.

Este estudio nos revela datos muy importantes que paso a desarrollar:

El objetivo de la baja/incapacidad laboral es documentar los daños sufridos en el puesto de trabajo y decidir si un trabajador/a afectada puede volver a su trabajo y establecer la indemnización. Las personas que han pasado por ese proceso han percibido una agenda oculta: los responsables de los servicios de evaluación de las bajas, los envían a profesionales de medicina que niegan la afectación por químicos, tanto por que no la conocen/comprenden como porque protegen al centro de trabajo a expensas del trabajador/a.

Además, aunque en ocho estados de los EE.UU reconocen la indemnización que reclaman los trabajadores/as afectadas por SQM, la mayor parte de los tribunales de evaluación han fallado en contra de las personas con SQM, incluso habiendo pruebas suficientes para demostrar que padecen una discapacidad cubierta por el sistema. La situación es aún peor en Canadá, donde casi nadie obtiene el reconocimiento de la discapacidad basada solamente en la SQM. A quienes se ha concedido los beneficios de la discapacidad ha sido a quienes se les ha hecho un diagnóstico psiquiátrico a pesar de no padecer problemas mentales. Las personas con hipersensibilidades medioambientales se enfrenta a una discriminación menor en Nueva Escocia después de que un grupo de médicos y médicas enfermara tras un gran incidente químico en un hospital.

Los problemas a los que se enfrentan las personas afectadas por SQM son similares a aquellos de los que sufren otras enfermedades crónicas ocultas que afectan desproporcionadamente a las mujeres, y que son difíciles de diagnosticar porque se presentan de muy diversos modos y no hay pruebas ampliamente aceptadas.

3.- El caso de Juana. Los metales en su vida

Valorada el 31 de Mayo de 2009.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Apendicectomizada hace 6 años (2003)
- Fumadora 30 cigarros/día
- No RAM (reacciones adversas a medicamentos) conocidas
- Trabaja en una comisaría como policía

HISTORIA CLÍNICA REFERIDA

- La paciente refiere que desde hace 10 años aproximadamente tiene eczemas en el cuero cabelludo y que le salían manchas rojas en la cara al pintarse.
- Observó también que la nalga (en la que lleva la placa de metal que la identifica como policía) se le inflamaba y que dicha inflamación desaparecía sin tratamiento al retirarse la placa de identificación de dicha zona.
- Refiere también dolores articulares generalizados, sobre todo en rodilla derecha, en hombro izquierdo, en la parte lateral del cuello y en la nuca, y esguinces frecuentes (cada mes y medio o dos meses) en el tobillo izquierdo. No ha tenido mas esguinces desde la retirada de los metales.
- Así mismo refiere que la mandíbula se le queda enganchada.
- Escozores vaginales con estudio por parte de ginecología normal y diagnóstico de infección por virus del papiloma humano hace 4 años (con el correspondiente tratamiento desapareció y las revisiones son normales).
- Escozores y fuertes picores en los oídos, realizándosele pruebas alérgicas con parches a cosméticos con resultado negativo (con diagnóstico de posible alergia sin precisar a qué producto)
- Refiere también que a los 15 días de que le realizaran a su marido un empaste de amalgama comenzaron escozores intensos en la boca, sin diagnóstico claro tras frotis bucales. Un especialista en Madrid la diagnosticó de síndrome de la boca ardiente.

- Refiere así mismo que empezó a encontrarse extremadamente cansada, dolores de cabeza, con aumento de los dolores articulares, con ojeras, inflamación de los ganglios cervicales, con taquicardias, zumbido y pitidos en los oídos y dolores de estomago y diarreas sin causa aparente, (motivo por el que se le hicieron analíticas que incluyeron parásitos en heces y gastroscopia, todo normal).
- Y también que comenzó a no poder ver bien de cerca con visión borrosa y con la sensación de no poder enfocar bien (estudio en oftalmología: normal); falta de concentración con sensación de pérdida de memoria, con dificultad en su trabajo para hacer por ejemplo un escrito, con sensación de que las palabras cotidianas no le salen.
- Comienza a observar que desde este episodio del cambio de empaste de su marido si toca un metal (sobre todo el aluminio) se pone mala, decide quitarse los puentes metálicos de su dentadura y mejora su sintomatología digestiva y de dolores articulares. Si se sienta en sillas o mesas con metal de hierro o aluminio se encuentra mal.
- Refiere 1 episodio de malestar general, ahogo y mareo al entrar en una zapatería en la que no tocó ningún zapato.
- Así mismo, en una revisión en un centro médico notó malestar en el estómago, con nauseas y retortijones que mejoraron al salir al aire libre.
- Ha observado que si en su casa toca útiles de cocina metálicos le produce dolor de cabeza, se le inflama el cuello con dolor, nota la sensación de ardor de la boca y malestar general y al cesar dicha exposición a los metales, al cabo de un rato, le remiten los síntomas.
- Decide cambiar todo lo metálico de las ropas (cremalleras, remaches, etc..) por velcro y también todas las joyas y reloj, mejora considerablemente.
- Si utiliza o utilizan cerca spray contra insectos o ambientadores se nota dolor de

- garganta en las anginas y dolor al tragar que le dura una semana.
- Decidieron trasladarse a una casa nueva y han evitado los metales y su sintomatología general está mejor.
 - Trabaja desde hace 4 años en una comisaría, primero en la zona de control por scanner y luego en oficinas. Cada vez que entra en contacto con metales se encuentra con la sintomatología descrita.

ANAMNESIS DIRIGIDA

Se le realiza cuestionario QEESI-ES (Cuestionario Rápido de Exposición y Sensibilidad Ambiental V1) para orientar a un cuadro de hipersensibilidad química múltiple. Presenta los siguientes resultados:

- En el apartado síntomas: total de 90 puntos (máximo 100)
- En el apartado de intolerancias químicas: 34 (máximo 100)
- Otras intolerancias: 48 (máximo 100)
- Enmascaramiento: 7 (máximo 10)
- Impacto en las Actividades de la Vida Diaria (AVD): 81 (máximo 100)

Al preguntar sobre los síntomas específicos cuando se expone a metales o a productos químicos tipo lacas del pelo, o uso de insecticidas o ambientadores refiere los recogidos en el apartado de historia clínica que afectan fundamentalmente a tres tipos de aparatos:

- Mucosas y aparato respiratorio
- Sistema nervioso central
- Sistema osteoarticular

Al interrogarle por el ciclo menstrual refiere:

- Ciclos desde hace 1 año más cortos (de 26 días frente a 28 días), duración de 5 ó 6 días, con sangrado abundante (unas 30 compresas por ciclo: normal < 10), dolorosas.

En anamnesis dirigida por aparatos se destacan datos no referidos anteriormente:

- Caída del pelo
- Síntomas de ansiedad
- Frialdad de manos con sensación de "estar dormidas"

- Tras la exposición: insomnio (ahora duerme mejor)
- Nunca le sentaron bien las bebidas alcohólicas.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Paso a reflejar los estudios más relevantes:

- Se realizaron pruebas alérgicas a metales mediante pricks y parches en 2002: negativas.
- Serología a virus de Epstein Barr en junio de 2006: Ac IgG 3,7.
- Parásitos en heces (Abril de 2008): negativos.
- Determinación de metales en sangre en Junio de 2008: Mercurio: 3,35; Cobre: 78, 98; Níquel < 2,06; plata 34,5; y estaño < 17,91.
- En junio de 2008: eosinofilia de 9,1%. Resto analítica: normal.

- Anticuerpos a herpes simples tipo 1: 19,6
 - Streptococo Agalactie en varias citologías.
- Ante la sospecha diagnóstica de SQM se pide analítica completa (abril 2009). Se resaltan los resultados más relevantes:

- Acetil colinesterasa sérica: 8367 (4600-14100)
- Acetil colinesterasa eritrocitaria: 4926. (1103-8200)
- Piruvato: 0,23 (0,30-0,70); Lactato: 7,21(4,41-19,73)
- Vitamina D3: 10,6 (12-62)
- Ferritina: 30, 6
- PTH: 99,60 (12,35-64,58)
- Analítica que incluye eje tiroideo(TSH y T4libre) normal y eje hormonal femenino (FSH y LH con progesterona y estradiol): normal.

- ECO del mes de agosto de 2009:

Bocio nodular incipiente, preferentemente derecho.

Con hormonas tiroideas normales:

tiroxina	10.28 ug/dl	4.50-12.00
triyodotironina..	1.07 " "	0.80-2.00
tirotropina TSH..	0.72 " "	0.30-4.50

JUICIO DIAGNÓSTICO:

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE O SÍNDROME DE INTOLE-

RANCIA MEDIOAMBIENTAL MODERADO POR SENSIBILIZACIÓN A METALES (TIOMERSAL DE LOS EMPASTES POSIBLEMENTE COMO ETIOLOGÍA FUNDAMENTAL DE EXPOSICIÓN)

Las manifestaciones de este síndrome en la paciente son:

SÍNDROME NEUROLÓGICO Y MUSCULAR

Episodios de debilidad importante, cansancio, dolores musculares generalizados, sobre todo en rodillas, brazos y cuello.

Episodios de falta de concentración y de disminución de la capacidad de memoria.

SÍNDROME RESPIRATORIO Y SÍNDROME DE AFECTACIÓN DE MUCOSAS

Escozor en la boca importante con las exposiciones a metales (Síndrome de boca ardiente), episodios de diarreas autolimitadas con las exposiciones.

SÍNDROME DE DISRUPCIÓN ENDOCRINA

Déficit de vitamina D e hiperparatiroidismo secundario con aumento importante de la PTH. Aunque hay pocos casos recogidos en la literatura, en las listas de posibles productos que pueden producir SQM se encuentran los metales, en especial los mercuriales.

TRATAMIENTO PROPUESTO:

– **EVITAR LAS EXPOSICIONES A METALES Y A PRODUCTOS QUÍMICOS.**

- Q10 1 cp/día
- Hidroferol inicialmente una ampolla a la semana. Ideos unidía 1cp/día.
- Benerva 1cp/24

Estrategia de seguimiento. Tienen medicina privada. La endocrina les “hace” todas las analíticas que le ella le pida si van justificadas por un médico.

Le propongo revisión con analítica en 3 meses. No olvidarnos de recordar que las vacunas tienen aluminio y mercurio como adyuvantes y conservantes.

EVOLUCIÓN EN TRES MESES (AGOSTO 2009):

Ha tomado el Hidroferol y el Ideos unidía y la Benerva. No ha tomado la Q-10.

- Mejoría del cansancio.
- Los dolores de cabeza y musculares reaparecen si se pone en contacto con metales.
- A nivel analítico la PTH se ha normalizado (ahora tiene valores de 38,8)
- Los eosinófilos también han bajado.
- Los ciclos menstruales se han espaciado (de 26 a 32 días), duración de cuatro días con sangrado abundante.
- Se encuentra mucho mejor, sigue trabajando y evitando los metales y los químicos en la medida de sus posibilidades.

EVOLUCIÓN EN DIEZ MESES (MARZO 2010):

Sólo toma la Benerva y el Ideos unidía.

- Se encuentra bien. Sigue con cefalea, visión borrosa y escozor de la boca si se expone al contacto con metales.
- Se encuentra mejor de los dolores en general.
- La capacidad de concentración ha aumentado
- No ha vuelto a tener esguinces.
- Ha encontrado cosméticos sin metales y los puede usar.
- En la última analítica la PTH es de 29,40 (normal); TSH: 0,77 VR: (0,30-4.50) y T4 libre 11,49 VR: (4,50-12)

TRATAMIENTO PROPUESTO:

- Seguir Ideos Unidía 1 cp/día. y Benerva 1cp/día
- Seguir evitando metales y químicos.

En Mayo de 2010 me pide hacerse niveles de aluminio en sangre:

ALUMINIO 16,98 ug/L 0,00 15,00.

Tratamiento: TTO: Chlorella plus. Dos comprimidos al día y comprobar niveles tras unos meses de la toma

4.- Propuestas de futuro

La importancia de la formación de los y las profesionales sanitarios

Apoyo enérgicamente las sugerencias de Gibson (2003) y de otras muchas personas expertas, entre ellas Carme Valls, de que la formación/educación sobre SQM debería ser impartida en las formaciones curriculares y postgrado de medicina, enfermería, trabajo social y psicología.

También habría que formar a las empresas y representantes sindicales en SQM para reducir el hostigamiento/acoso en el centro de trabajo e incrementar las posibilidades de mejora del ambiente en el espacio de trabajo. Así mismo es muy importante incluir contenidos sobre discapacidad, sobre discapacidad oculta y enfermedades crónicas en particular, en los currícula de la formación del personal sanitario y de servicios sociales, sobre todo porque la prevalencia de este tipo discapacidad se está incrementando debido a las condiciones ambientales. Esta formación es necesaria para favorecer una atención más comprensiva y sensible a las personas con SQM y enfermedades similares.

También es imprescindible animar al uso del principio de precaución, ampliamente extendido en la Unión Europea, para desarrollar leyes que protejan la salud y el medioambiente, y que se pase del “¿Cuánto daño es permisible?” al “¿Cuál es el menor daño posible?” Terminó con una reflexión de Pamela Gibson y colaboradoras sobre la importancia de abordar cambios en la forma de vida en una cultura en que los productos químicos son omnipresentes:

Las personas afectadas por SQM son una población oculta y sin recursos que ya no disfruta de los beneficios de las instituciones del modo de vida occidental. Sus historias algunas veces son contadas por otros y sus problemas con frecuencia atribuidos a factores mentales o emocionales. Su voz desafía el estatus quo económico al sugerir que productos químicos de uso común son capaces de sensibilizar e incluso dañar a las personas de un modo permanente. Para quienes están inmersos en la cultura dominante es

más fácil no creerse lo que dicen las personas afectadas que abordar el problema de los tóxicos en la vida diaria, debido, en gran parte, a la enorme inversión económica en investigación sobre materiales químicos omnipresentes en una cultura industrial.

Ellas son en nuestro mundo como “Los canarios en la mina de carbón. Lo que les ha sucedido a ellas sucederá a muchas otras personas a menos que limpiemos nuestro entorno”

BIBLIOGRAFÍA

- http://www.matriz.net/mys/mys-07/dossier/doss_07_018.html
- http://www.matriz.net/mys/mys-10/dossier/doss_10_02.html
- Roy a. Fox, Michel r. Roffres, Tara Sampalli, and Jill Casey. The journal of alternative and complementary medicine Volume 13, Number 2, 2007, pp. 223-229 The Impact of a Multidisciplinary, Holistic Approach to Management of Patients Diagnosed with Multiple Chemical Sensitivity on Health Care Utilization Costs: An Observational Study
- Deficiencias funcionales en el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia y la hipersensibilidad química múltiple. M. Ruth Lavergne MSc Donald C. Cole MD MSc FRCPC Kathleen Kerr MD Dip Env Health Lynn M. Marshall MD FAAEM FRSM. Publicación y edición en español para Mi Estrella de Mar con autorización de la editorial (The College of Family Physicians of Canada): Dr. Arturo Ortega Pérez (traducción)– perito médico, profesor en la Universitat Rovira i Virgili; María José Moya (maquetación)– SQM, SFC, FM graves, autora de Mi Estrella de Mar (<http://mi-estrella-de-mar.blogspot.com/>).
- Juliene G. Lipson: We are the canaries: self-care in Multiple Chemical Sensitivity Sufferers. Qual Health Res 2001 11: 103. <http://qhr.sagepub.com/content/11/1/103>
- Pamela Reed Gibson, Elizabeth Placek. **Disability-Induced Identity Changes in Per-**

sons With Multiple Chemical Sensitivity. *Qual Health Res* 2005 15: 502. <http://qhr.sagepub.com/content/15/4/502>

- Pamela Reed Gibson and Valerie M Vogel. Sickness-related dysfunction in persons with self-reported multiple chemical sensitivity at four levels of severity *Journal of Clinical Nursing*, 18, 72-81
- Juliene G. Lipson; Nathalie Doiron. Environmental Issues and Work: Women With Multiple Chemical Sensitivities. *Health Care for Women International*
<http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713723020>

¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ IGNORAMOS DE LOS ALIMENTOS TRANSGÉNICOS?

Pilar Parra

INTRODUCCIÓN

Hasta ahora, los seres vivos han evolucionado con muchísima lentitud y las nuevas formas de vida han dispuesto de grandes periodos de tiempo para establecerse. Ahora, de un día para otro se pueden trasplantar proteínas enteras, no a especies emparentadas como ha hecho históricamente el hombre, sino a través de las fronteras que dividen a los seres vivos. Las consecuencias de lo cual no pueden predecirse, ni para el organismo receptor ni para sus vecinos.

Debido a la relevancia que están tomando en este momento las técnicas de ingeniería genética y, en concreto, los alimentos transgénicos derivados de ella, vamos a intentar en esta presentación aclarar nuestras ideas acerca de estos alimentos para poder formarnos una opinión acerca de ellos lo más objetiva y menos contaminada posible.

Esta tarea no es fácil, tal es el número de opiniones, declaraciones, estudios y contraestudios, de los defensores y detractores de la ingeniería ge-

nética de los alimentos y, el secretismo y la manipulación de datos de la industria alimentaria que la realiza.

¿QUÉ ES UN TRANSGÉNICO?

Un organismo genéticamente modificado (OGM) o transgénico es un organismo vivo que ha sido creado artificialmente introduciéndole genes de otra especie diferente, a través de ingeniería genética.

Pongamos algún ejemplo para comprender en qué consiste exactamente un OGM:

- Maíz, patata y algodón Bt

Estos OGM producen su propio pesticida para reducir los ataques de insectos u hongos, una toxina creada en las células de estas plantas por un gen procedente de una bacteria del suelo, *Bacillus thuringiensis* (Bt).

- Soja Roundup Ready, resistente al herbicida glifosato, que impide el crecimiento de otros vegetales en los cultivos de esta soja.

POLÍTICA DE EEUU FRENTE A LOS OGM

El principal defensor de la creación e introducción en el mercado de los OGM son los EEUU.

La piedra angular de su política en este tema es la asunción por parte de la US Food and Drug Administration (FDA) de que los cultivos de OGM no representan riesgo alguno y suponen similares valores nutricionales que sus correspondientes naturales (1993).

Es importante ser conscientes de que se asumió este supuesto a partir de dos hechos:

- Carencia por parte de la FDA de un modelo de análisis aplicable a los OGM con el objeto de verificar si su ingesta entraña o no riesgos.
- En consecuencia, aceptación de los análisis y estudios de seguridad presentados por las industrias biotecnológicas que fabrican los OGM.

En esta situación, resultado de la mezcla de falta de control y de intereses creados, se produce una desregulación de los organismos

oficiales respecto a los alimentos transgénicos.

Veamos algunos ejemplos:

– Patata Bt con insecticida

A la hora de su aprobación la FDA alegó que la aprobación de esta patata, al contener un insecticida, estaba fuera de sus competencias y, quien tenía que decidir era la EPA (Environmental Protection Agency) que es la Agencia de Protección del Medio Ambiente de Estados Unidos y se ocupa de regular los productos químicos que pueden afectar al medio ambiente, pero la EPA, en cambio, dijo que, como las patatas eran un alimento, no entraban dentro de sus responsabilidades.

Ante el vacío de información e insistencia en la introducción de esta patata en el mercado europeo, el Departamento Escocés de Agricultura, Medio Ambiente y Pesca, a través del Rowett Institute, hizo un estudio y obtuvo las siguientes conclusiones:

→ El contenido nutricional de algunas de las patatas GM era considerablemente diferente al de sus parientes no GM (20% menos de proteínas).

→ El contenido nutricional de patatas GM pertenecientes a la misma variante, procedentes del mismo individuo y crecidas en condiciones idénticas, presentaba diferencias significativas entre ellas.

Después de alimentar a ratas durante 10 días con patatas GM, se observaron:

→ Daños en el sistema inmunológico

→ Algunas ratas tenían el cerebro, hígado y testículos menos desarrollados, y otros tejidos hipertrofiados como el intestino y el páncreas

→ Otros animales presentaban atrofia de hígado

→ También se observó proliferación de células en el estómago e intestino como señal de incremento de posibilidades para el desarrollo de un cáncer.

Algunos de los cambios persistieron durante 110 días (10 años de vida humana).

– Soja Roundup Ready, resistente al herbicida glifosato

El fabricante de esta soja es la multinacional Monsanto. Cuando por vía legal se accedió a los estudios que esta empresa había hecho con la soja, se obtuvieron los siguientes datos que se habían omitido en los papeles presentados para su aprobación:

→ Mayor contenido de inhibidor de la tripsina, un alérgeno potencial, pudiendo haber una relación con la súbita profusión de alergias a la soja a partir de su introducción en el Reino Unido

→ Las vacas alimentadas con soja GM producían una leche con mayor contenido en grasas

→ Niveles sensiblemente menores de proteínas, de cierto ácido graso y de fenilalanina, un aminoácido esencial.

→ Una cantidad dos veces mayor de lectina, insecticida natural que algunas plantas producen para protegerse contra los insectos. Puede interferir en la asimilación de otros nutrientes.

– Tomates FlavrSavr modificados genéticamente para prolongar su tiempo de durabilidad antes de la venta

En ratas alimentadas con estos tomates se observó:

→ Muchas de las ratas tenían lesiones en el estómago

→ Un 18% murió de forma repentina a las dos semanas

Todos estos datos son sólo algunos ejemplos de la importancia de hacer estudios fiables y a largo plazo por organismos oficiales realmente independientes, antes de la aprobación de la comercialización de organismos GM y, lo que es más determinante, de su liberación al medio ambiente.

LA SABIDURÍA DE LOS ANIMALES

Los que parecen no necesitar detallados análisis para tomar sus decisiones sobre el con-

sumo de GM son los animales, sean domésticos o salvajes. Se han observado varios casos interesantes al respecto:

- > Se observó que una bandada de gansos salvajes, en su migración anual, al pasar por un campo que estaba sembrado la mitad con soja natural y la mitad con soja GM, sólo comía en la parte de la soja natural, la otra parte estaba totalmente intacta.
- > En una granja, se puso un comedero con maíz natural en un lado y maíz GM en el otro, las vacas comían sólo en el lado del maíz natural.
- > Lo mismo se observó con cerdos, el estudio duró dos años.
- > El mismo comportamiento se ha podido ver con animales salvajes como ardillas, alces, ciervos, mapaches y ratones.

¿QUÉ PUEDE SALIR MAL?

Se ha transmitido a los consumidores la opinión de que la ingeniería genética es una técnica exacta, segura y totalmente controlada por los ingenieros genéticos, pero la realidad es muy diferente; se basa en premisas sobre genética hoy muy superadas por los últimos descubrimientos.

El número de proteínas del cuerpo humano es aproximadamente 100.000, en cambio, hoy se sabe que sólo hay 30.000 genes.

Esto implica que la gran mayoría de genes no codifican una sola proteína sino muchas; en los humanos, casi todos los genes son capaces de producir dos proteínas o más.

Así que un gen introducido en un organismo diferente no tenemos forma de saber qué proteína de las que es capaz de generar va a codificar y qué efecto va a tener esto sobre el organismo receptor.

Esta podría ser la razón de algunas de las sorpresas que siguen encontrándose los ingenieros genéticos.

Además, la inexactitud de la técnica hace que haya 21 posibles problemas en el material ge-

nético de los OGM derivados de la técnica de la manipulación. Veamos algunos:

1. Mezcladores de códigos. Son un grupo de moléculas que parten el ARN que se ha formado a partir del ADN, lo reordenan y luego vuelven a montarlo. A partir de aquí el ARN tiene una “receta” totalmente nueva, lo que resulta en la formación de una proteína totalmente distinta; los mezcladores de código pueden modificar un código de ARN de muchas maneras, con lo que pueden crear cientos o incluso miles de proteínas diferentes a partir de un único gen.

¿Qué pasará cuando un gen de una especie se encuentre con un mezclador de código de otra?

En presencia de los mezcladores de código, los genes foráneos introducidos en cultivos GM podrían crear muchas proteínas inesperadas con efectos impredecibles en los ecosistemas y en la salud humana.

A diferencia de los genes de plantas, animales y humanos, los genes bacterianos no pueden reordenarse, para ello hace falta que los genes estén equipados con intrones, que son como balizas de señales y mandan señales a los mezcladores de código. La mayoría de bacterias no tienen intrones en sus genes, así que no se reordenan.

Pero para aumentar la producción en el algodón, maíz y aceite de colza Bt (recordemos que es un gen bacteriano) y que así produjeran más insecticida, se añadió al gen bacteriano intrones, presuponiendo, sin prueba experimental alguna, que el gen bacteriano al encontrarse con un mezclador de código del maíz produciría solamente la proteína del insecticida y ninguna más.

2. Adición de moléculas propias de cada célula. Como fosfatos, sulfatos, azúcares o lípidos, que modifican la acción de cada proteína formada en cada parte del cuerpo de forma específica. ¿La proteína insecticida foránea recogerá una molécula de ese tipo en la célula del maíz y variará su com-

portamiento?, ¿recogerá a una molécula diferente en las raíces, el tallo, las hojas y cambiará el modo en que la proteína actúa en esas zonas?

3. Proteína acompañante. La forma de la proteína también determina sus efectos. Algunas proteínas permanecen inactivas mientras están desplegadas a no ser que entren en contacto con un tipo especial de proteína «acompañante» que vuelve a plegarlas correctamente.

¿Qué ocurrirá cuando una proteína insecticida se encuentre con los acompañantes del maíz? Los acompañantes nunca antes se han encontrado con esa proteína.

Los priones, responsables del mal de las vacas locas, mortal para el ser humano, son ejemplos de proteínas plegadas incorrectamente.

4. Desórdenes en el ADN del huésped. El fenómeno de las reconfiguraciones en el momento de la inserción genética está ampliamente reconocido. La inestabilidad del ADN es un hecho frecuente en la ingeniería genética. En un estudio, 1 de cada 20 genes que estaban generando proteínas aumentó o redujo su producción. Mutación de inserción.

5. Transferencia horizontal de genes y resistencia antibiótica. Para determinar cuál de las miles de células en el plato donde se bombardean con los genes las células receptoras es la que tiene el gen foráneo en su ADN, los científicos suelen acoplar a su gen original un gen marcador resistente a los antibióticos (ARM), que hace que la célula se vuelva inmune a una dosis de antibióticos normales. Preocupa que cuando los humanos coman alimentos GM, los genes ARM se transfieran a las bacterias que se encuentra en el aparato digestivo. (British Medical Association).

Las investigaciones confirman que una proporción cuantiosa del ADN modificado, no solo sobrevive al viaje a través del intestino sino que permanece intacto en la sangre, pa-

redes intestinales, hígado, bazo, heces e, incluso, en el aparato digestivo, durante más de cinco días. En tres, de los siete individuos humanos del ensayo, tuvo lugar la transferencia horizontal del gen de resistencia a los antibióticos a las bacterias propias de los individuos. El maíz Bt contiene un gen ARM que resiste la ampicilina.

CONSUMO DE OGM POR EL CONSUMIDOR

Si por todo lo expuesto hasta ahora decidimos sustraernos del consumo de OGM, no lo tenemos fácil.

Esto es así debido a tres factores:

- El 60% de los alimentos elaborados que consumimos tienen OGM.
- El 80% de esos alimentos no están etiquetados como indica la ley.
- No tenemos forma de saber si la carne o derivados cárnicos, leche o huevos que comemos proviene de animales alimentados con maíz o soja transgénica.

La única forma de estar seguros de que no corremos riesgos con los OGM es el consumo de alimentos ecológicos que, a pesar de grandes dificultades por la contaminación con campos vecinos de OGM, no los contienen.

BIBLIOGRAFIA

- Semillas peligrosas. J.M. Smith. Contrapunto. (2006)
- Guía roja y verde de alimentos transgénicos. Greenpeace. (2010)
- What to eat. M. Nestle. North Point Press. (2006)
- El equilibrio a través de la alimentación. O. Cuevas. I.F.P. Sanitario Roger de Llúria. (2007)
- Los secretos eternos de la salud. A. Moritz. Obelisco. (2010)
- Somos lo que comemos. P. Singer, J. Mason. Paidós. (2009)

MUJERES, DROGAS Y GÉNERO: UNA MIRADA CUALITATIVA

Eva Bolaños Gallardo

Psicóloga

Diplomada en Promoción y Educación para la Salud

“No sé esto donde va a ir, pero si esto va para alguna mujer, decir que merece la pena intentarlo y que nadie puede hacer que se avergüence de ir a un proceso de estos. La vergüenza es no venir. Y que luche, porque muchas tienen hijos o han sido violadas o... Y que se den cuenta que al no hacer esto pierden las fuerzas y el poder, y las tienen sumisas y avergonzadas. Y ellas perderán esas fuerzas y ese poder si no hacen nada para cambiarlo”

INTRODUCCIÓN

En el presente escrito voy a compartir algunos de los resultados nacidos a partir de la realización de un estudio cualitativo realizado con mujeres drogodependientes en la Comunidad Autónoma de Castilla y León²². Me voy a centrar en las dimensiones más significativas de las vidas de las mujeres, así como en la valoración que realizan sobre algunos aspectos de la atención recibida en los recursos existentes.

La constatación de la desigualdad entre hombres y mujeres drogodependientes en el acceso y uso de los recursos asistenciales, así como los escasos estudios realizados para conocer las perspectivas y necesidades de las

usuarias motivaron el desarrollo de esta investigación.

Los obstáculos que dificultan el acceso, la utilización y el mantenimiento de las mujeres en los recursos destinados a atender los problemas relacionados con el consumo de drogas son de distinta índole. En primer lugar, se da una conjunción de aspectos sociales, culturales y psicológicos (invisibilidad del problema, escasez de información sobre los recursos, vergüenza y estigma, responsabilidades familiares, rechazo por parte de la pareja) que se convierten en obstáculos para pedir y recibir ayuda. En segundo lugar, una de las barreras más relevantes es que los programas no suelen enfocarse desde una perspectiva de género, con lo cual difícilmente pueden responder a las necesidades específicas de las mujeres.

Poner en marcha tratamientos que sean positivos para las mujeres drogodependientes requiere de la integración del enfoque de género. Sabemos que los recursos y programas se han diseñado e implementado tradicionalmente desde las especificidades y necesidades de los hombres consumidores. Incorporar la perspectiva de género al ámbito del consumo problemático de sustancias supone ampliar el conocimiento actual sobre las drogodependencias, con todos aquellos aspectos que dan cuenta de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, en lo referente a cómo las condiciones de existencia se ligan con el consumo problemático de sustancias, y cómo influye y repercute en la subjetividad, es decir, cuáles son las motivaciones, deseos y vivencias, considerando el impacto que tiene el hecho de vivir en una sociedad patriarcal. Es necesario atender a la situación de las mujeres desde la diversidad existente entre ellas (edad, clase, etnia...) y desde sus propias percepciones, contemplando los propios contextos en los que se dan los consumos problemáticos de drogas. En síntesis, comprender el sentido y la significación

²² Comisionado Regional Para la Droga (2010). Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de Castilla y León. (Autores estudio cuantitativo: Lorenzo Sánchez y Pura de Vicente. Autora del estudio cualitativo: Eva Bolaños).

que tienen para ellas en el marco de su vida cotidiana. Tener en cuenta las desigualdades y desarrollar programas para reducirlas debe contribuir no sólo a que los programas sean más eficaces sino también a una mayor equidad en la prestación de servicios. Por tanto, los programas para mujeres deben ser sensibles a las cuestiones de género en su filosofía y sus principios, con una teoría integrada que sirva de marco para su desarrollo, sus contenidos y sus materiales.

En este sentido, para incorporar el enfoque de género, es necesaria la información cualitativa, la reconstrucción de discursos que permita cuestionar y aclarar los datos epidemiológicos, para conocer cómo perciben y vivencian su realidad los colectivos sociales que han sido invisibilizados a lo largo de la Historia. Por tanto, planteamos desempeñar este trabajo desde una óptica cualitativa que facilitase un acercamiento comprensivo a las realidades de las mujeres drogodependientes. Realizamos 18 entrevistas abiertas a mujeres atendidas en centros ambulatorios y residenciales. Para el diseño de los perfiles de las mujeres a entrevistar se tuvo en cuenta la edad, el nivel educativo, el tener hijos e hijas o no, el tipo de tratamiento (ambulatorio o residencial), así como el principal tipo de sustancia que consumían.

ALGUNOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Prejuicios y estereotipos sobre las mujeres drogodependientes

Uno de los elementos que con fuerza aflora en los discursos de las mujeres alude a la amalgama de estereotipos, tópicos y prejuicios que recaen sobre ellas, construyendo imágenes fijas y estáticas sobre su realidad, que es mucho más diversa y compleja de lo que parece en un principio. Si bien muchos de estos apriorismos son similares a los que podemos encontrar en el imaginario social

sobre las mujeres, se agudizan y acentúan en el caso de aquellas que abusan de sustancias. El peso de los prejuicios y estereotipos incide negativamente sobre ellas aumentando el aislamiento y erosionando su autoestima, ya que contribuye a devaluar la imagen que tienen sobre sí mismas. Ellas cargan, entonces, con dos tipos de discriminación: por ser mujeres y por consumir alcohol y/o drogas ilegales. A veces la segregación es exponencial si se reconocen como lesbianas o han ejercido la prostitución.

“El perfil de la mujer consumidora: la puta, la yonki, la chupa pollas. Sí que encuentras mucho machismo”

Al generar un gran estigma y una mayor sanción y censura social hacia las mujeres consumidoras, se bloquea la posibilidad de que éstas reconozcan el problema y pidan ayuda, hasta el punto en el que las consecuencias sobre su salud o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles.

“Pedí ayuda cuando estaba fatal. Unas taquicardias me daban, digo ‘me va a dar algo’. Estaba super hinchada, es que no podía ni coger una bayeta para retorcerla, no podía andar, no podía dar casi ni un paso, no. Es que no podía hacer nada, era como un vegetal y entonces llamé al médico de cabecera”

Además, los prejuicios y estereotipos también pueden atravesar las ideologías y prácticas de los y las profesionales del ámbito socio-sanitario afectando a su capacidad para detectar el problema, escuchar necesidades y derivar a los recursos adecuados.

Dimensiones significativas en las vidas de las mujeres

A continuación voy a detenerme en algunas de las esferas de las vidas de las mujeres que éstas han resaltado mayormente en sus discursos como complejas y problemáticas. Tenerlas en cuenta puede ser fundamental para

plantear el tratamiento y la recuperación de las mujeres.

Autoestima

Una de las principales necesidades manifestadas por las mujeres para mejorar su propia existencia tiene que ver con la autoestima. Es un concepto que emerge de manera señalada en sus discursos, apuntando importantes carencias en esta área. Las duras experiencias por las que han pasado muchas de ellas: el rechazo social, la presencia de traumas en sus vidas, la violencia, las redes sociales empobrecidas donde no circula el reconocimiento, constituyen la base de esta representación precaria sobre sí mismas.

Siguiendo sus apreciaciones, esta carencia se expresa sobre todo en la dificultad para tomar decisiones, en la valoración devaluada que tienen de sí mismas, en la dependencia emocional. Muy especialmente, se manifiesta también en la falta de deseo por el propio cuidado, al no encontrar un sentido al hecho de transformar sus existencias.

“...sobre todo la autoestima porque veo que aquí lo que falla mucho, es que nos han tratado mal. Y esa falta de autoestima, pues el alcohol, digamos, que te ayuda a sentirte como fuerte. Te tomas unos tragos y sales pisando fuerte. Me gustaría mucho trabajar el hecho de mi autoestima, debería de trabajarla más y debería de ser ahí más voluntariosa y no dejarme (...) A mí eso es lo que más me gustaría trabajar”

Tal y como ilustra el siguiente fragmento, la escasa autoestima aparece vinculada en los discursos con los sentimientos de culpa. Las mujeres han expresado estas vivencias en relación con muchos de los problemas y circunstancias por los que su vida ha atravesado. Reconocen las dificultades para desprenderse de estas interpretaciones dañinas para ellas y para tomar una distancia que les permita hacer un análisis más comprensivo hacia sí mismas. Estos sentimientos de culpa se manifiestan especialmente en relación

con las consecuencias del consumo en sus vidas, la violencia sufrida y los acontecimientos traumáticos inscritos en sus biografías.

Relaciones afectivas

En relación con la esfera relacional y afectiva, hay que apuntar la importancia que tiene para ellas tanto en el inicio como en el mantenimiento del problema. Siendo el mundo afectivo nuclear en la construcción de la identidad de las mujeres, las frustraciones y fracasos en esta dimensión produce un fuerte impacto sobre la su subjetividad. La soledad, las redes sociales empobrecidas, las pérdidas y rupturas no asumidas están presentes en los itinerarios vitales de muchas de estas mujeres. El mantenimiento de vínculos no recíprocos merma su vitalidad, refuerza el aislamiento y desgasta sus fortalezas. Por ello es muy importante la exploración de esta dimensión al hacer la valoración.

“– ¿Tienes amistades?”

– No, nadie. Y tampoco quiero, la verdad, porque no los hay, porque son amigos cuando estás bien. Cuando estás mal no hay nadie. Nadie quiere escucharte, nadie quiere, no sé, no”

Las relaciones de pareja emergen como una de las principales causas de malestar, frustración y decepción. El consumo de sustancias se revela entonces como un mecanismo que les ayuda a soportar relaciones insatisfactorias y asimétricas, que ocultan dependencias emocionales y dificultades para romper el vínculo. También en esta dimensión se encuentran algunas barreras para recibir ayuda. P.e. una de las dificultades manifestadas por algunas mujeres para acceder al tratamiento residía en la oposición mostrada por su pareja. Cuando ésta también tiene problemas en relación con el consumo, muchas mujeres priorizan que su compañero entre en un recurso antes de hacerlo ellas.

“Era un hombre que le gustaban mucho las mujeres y eso. Y tenía un rollo muy torcido de liarse con chicas o dejarme de lado. Y ya ahí empecé otra vez a consumir”

El apoyo de las personas cercanas es fundamental para ellas y saben que contar con su afecto es un elemento de peso en su recuperación. En este sentido, la familia de origen juega un papel nuclear. Sin embargo, muchas de las mujeres no cuentan con esta ayuda, ya que provienen de familias donde se han producido conflictos y rupturas significativas, o que las rechazan por tener problemas con el consumo de drogas. Además no hay que olvidar la violencia que, como se verá más adelante, han sufrido algunas en el seno familiar. *“No tenía nada. La familia no quería saber nada. Hay madres que sí, pero mi madre, por ejemplo, si me ve mal es que no, es que pasa de mí”*

“Había perdido el control de mi vida. Me daba igual todo. El haber perdido mi casa, el haber perdido mi trabajo, no me lo perdona. No me perdonaba ni la recaída, ni mi intento de violación, nada... Me daba igual ocho que ochenta. Es que no me lo perdono”

Maternidad

Los discursos sobre la maternidad de las entrevistadas que han pasado por esta experiencia se encuentran repletos de contradicciones y ambivalencias. Estas tensiones no son exclusivas de las mujeres drogodependientes, pero su situación les posibilita señalar de una forma más desnuda los conflictos relacionados con esta experiencia. En sus relatos muestran las dificultades sentidas al intentar compaginar los mandatos sociales internalizados sobre el hecho de ser madres con sus circunstancias y necesidades personales. Uno de los aspectos que generan mayor presión se refiere a las dudas y a los celos manifestados por el entorno sobre su capacidad para cuidar a sus hijos e hijas. Los escasos referentes sobre diversas formas de vivir la maternidad y la inexistencia de espacios dónde reflexionar y compartir sus dificultades alimentan una trama compleja de afectos, temores y culpas. De hecho, una de las principales demandas expresadas por las

mujeres consiste en contar con apoyos para mejorar la relación con sus hijos e hijas, manifestando su preocupación por la educación de los mismos.

“Me gustaría ir a un taller sobre cosas para la niña, o sea, cosas que pueda hacer para estimularla, para educarla mejor, cosas así... Que a lo mejor, como yo ya no estoy con mi madre, no tienes una persona de apoyo que te diga cómo hacer las cosas. A lo mejor mi madre no sabe más que como ella lo ha hecho. A lo mejor un profesional te puede dar unas pautas mejores. A mí es lo que ahora mismo me preocupa”

La resistencia a separarse de sus hijos e hijas –fundamentalmente cuando tienen una corta edad–, así como el no disponer de ayudas que les atiendan mientras ellas están en tratamiento y la falta de recursos terapéuticos adaptados a esta realidad, son las principales barreras expresadas para ingresar en una comunidad residencial.

“Por los hijos, mayormente por los hijos. No saben dónde dejarlos, no saben qué hacer con ellos, no hay centros donde dejarlos, ni nada”

Violencia

El reconocimiento de la violencia padecida a lo largo de sus biografías constituye uno de los elementos más significativos de sus narraciones. Desde el maltrato y los abusos vividos en la familia de origen, hasta la violencia ejercida por sus parejas, pasando por muchas microviolencias cotidianas provocadas por la discriminación y la estigmatización. Las mujeres relatan las huellas que estas experiencias han inscrito en su subjetividad, enfatizando especialmente los sentimientos de angustia, ansiedad, desvitalización, tristeza, baja autoestima. También se manifiesta en la relación deteriorada con sus propios cuerpos, que da cuenta de la cosificación sufrida. Muchas de las mujeres participantes hablaron de ideaciones e intentos de suicidio en algunos momentos de gran tensión y desbordamiento emocional.

“La violación, el intento de abuso de mi tío sobre mí... El abuso que tuvo mi abuelo hacia mi madre... Todo eso me dolía y no lo quería sacar. Yo prefería tenerlo ahí guardadito y que nadie me lo sacara y que nadie me lo juzgara. Yo lo empaqué y luego lo tuve que sacar, yo pensaba: ‘Esto no hace falta para salir del alcohol y de la droga’. Y me entraron unos miedos, unas cosas... Empecé a ser agresiva, a ser impulsiva, a no querer hacer nada”

En estas narraciones se observa cómo el consumo de sustancias les facilita sobrellevar la violencia vivida, utilizando el consumo como estrategia para calmar el dolor, paliar la ansiedad, escapar transitoriamente de los recuerdos traumáticos y afrontar las situaciones cotidianas de su vida, sorteando la angustia y el estrés que acumulan.

“Empecé a beber pues bastante... Tenía muchos problemas con mi marido, teníamos muchas peleas. Aparte de insultos... me pegaba. Entonces yo, para poder seguir aguantando, pues cada vez bebía más, para olvidar y para seguir aguantando”

Como he comentado, las mujeres también relatan experiencias de maltrato por parte de la familia de origen. Para algunas, éste es el detonante que las conduce a irse de casa siendo muy jóvenes, sin haber terminado sus estudios y con pocas perspectivas laborales. Como ellas mismas cuentan, estas decisiones responden más bien al deseo de huir, aprovechando la primera oportunidad que surja, sin pensar mucho con quién y dónde, lo cual acaba condicionando la aparición de diversas problemáticas. Otras continúan durante años siendo víctimas de estas agresiones porque no tienen apoyos ni otras alternativas de vida.

“He recibido palizas constantes desde muy pequeña de mis padres. Cuando cumplí los 18 años me fui de casa, recién cumplidos. Mi padre me puso las manos por última vez encima y me fui con mis maletas. Y entonces, claro,

poniéndome a vivir con mi pareja, pues claro el consumo era más constante. Hacíamos todo tipo de trapicheos, nos lo bebíamos todo”

A pesar de la vulnerabilidad en la que pueden encontrarse estas mujeres, estas problemáticas no suelen ser detectadas precozmente y abordadas en los recursos en los que reciben tratamiento o se abordan como un aspecto secundario. También el abuso de sustancias es un inconveniente para formar parte de programas y recursos dirigidos a mujeres que sufren malos tratos, ya que algunos las excluyen directamente.

El empleo

Para terminar, es necesario recalcar las dificultades y los problemas relacionados con el empleo. La mayor parte de las mujeres que participaron en este estudio mujeres estaban desempleadas o tenía un trabajo precario. Es común que sobrevivan de ayudas familiares o públicas.

“Ahora estoy cobrando 400 euros de una ayuda”

En sus discursos ha quedado patente la prioridad absoluta que para las mujeres tiene el hecho de encontrar un empleo. Sería una obviedad recalcar la necesidad de tener autonomía económica, pero ellas también resaltan la influencia que el desempleo tiene en su estado de ánimo, principalmente por las dificultades que esta situación acarrea en la supervivencia cotidiana, pero también porque consideran el efecto positivo que el empleo tendría en su motivación y en su estado de ánimo. Las tareas domésticas con su carácter rutinario, repetitivo y no reconocido no contribuyen a mejorar la imagen de sí mismas porque no les permite desarrollar nuevos aprendizajes o habilidades. La carencia de trabajo les genera desánimo y preocupación. Sin embargo, en la atención que reciben esta necesidad ocupa una posición periférica.

“Estoy trabajando los sábados en la peluquería de 4 a 7, limpiando. Pero es que ya no sé que hacer en casa, limpio, coso, barro. Yo tengo todo impecable, ya no sé qué hacer... Yo necesito trabajar, sí, porque como además no salgo, porque es que como no salga a trabajar es que no salgo. Y claro, ya no sé ni qué coser, ni qué hacer, ni que nada...”

OPINIONES Y VALORACIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS

A continuación voy a comentar algunas de las opiniones y valoraciones de las mujeres sobre varios de los aspectos que consideran importantes en la atención que reciben.

La importancia del buen trato

Cuando las mujeres acuden a un recurso por vez primera estiman como especialmente importante el momento de la acogida. La actitud con la que se recoge su demanda, el interés mostrado y la capacidad de comprensión van a convertirse para ellas en un estímulo que potencia la motivación en iniciar y mantener el tratamiento.

“Nada más entrar, cuando entras, pues todo el mundo te mira como...muy respetuosamente, cosa que ya lo había perdido”

Encontrar una atención cálida, empática y respetuosa en los y las profesionales con quienes entran en contacto es un estímulo permanente para ellas y una de las dimensiones más valoradas en el tratamiento. La sensibilidad y la implicación mostradas con las usuarias es esencial para crear y sostener un vínculo terapéutico, incluso con las mujeres que expresan más resistencia hacia el tratamiento y hacia la intervención institucional.

“La verdad es que yo creo que ha sido muy bueno. La verdad que ha sido mucho acercamiento, mucha comprensión mucha, mucha, no sé... Empatizan mucho, sobre todo te enseñan lo que es la afectividad”

Personalizar la atención

Para las mujeres entrevistadas resulta fundamental recibir una atención personalizada, acorde con sus condiciones de existencia y necesidades. Reivindican que se las trate como **“personas”**. Esta palabra ha sido repetida insistentemente en los discursos ofreciéndose como antagonista a los conceptos y tratamientos que etiquetan y generalizan las problemáticas ligadas al abuso de drogas y que priorizan una asistencia de protocolo, por encima de la flexibilidad para dar respuesta a las situaciones concretas. La reivindicación constante en los discursos de la palabra **persona** implica también el reconocimiento de haber tenido experiencias deshumanizadoras lo largo de su vida, en las que se han sentido cosificadas.

“Que consideren más a cada persona individualmente, que no piensen que somos todos iguales. Cada persona es diferente”

Los métodos de confrontación

Los métodos de confrontación seguidos en algunas comunidades terapéuticas, sin haber construido previamente un clima de respeto y un marco relacional basado en la calidez y confianza, les resultan dañinos, perjudiciales y generadores de ansiedad. Cuando las usuarias no comparten el sentido de estos procedimientos y se niegan a seguirlos constituyen faltas de disciplina que conllevan castigo. Para algunas de las usuarias esta puede ser razón suficiente para abandonar el tratamiento.

“¿Qué era esa reunión? ¡Vamos a ver! Si yo no te conozco a ti, yo no puedo hablar mal de ti. Te hacían coger un lápiz y un papel y tenías que decir todo lo que te parecían uno y aquello y cómo era uno y cómo era el otro. Y yo decía: “¡Pero bueno, vamos a ver! ¿Cómo voy a decir cómo es esta persona si yo no la conozco? ¿Cómo le voy a poner faltas? (...)”

Y yo decía: “¡Pues no! ¡Yo eso no lo escribo! ¡Yo no lo escribo y yo no lo escribo!” Pues entonces, una falta. Pues me echaron al huerto. Había un huerto donde había que cavar allí una hora y ahí con mis lechugas y todo... pero luego yo entraba y me entraba una rabia, una desazón”

Los grupos de mujeres

Por último, las mujeres participantes valoran la existencia de terapia grupal, aunque esta metodología de trabajo no está disponible en todos los recursos. Aunque no es habitual, algunas de las usuarias han tenido la oportunidad de formar parte de grupos específicos de mujeres, experiencia que valoran muy positivamente, destacando que facilita desarrollar la conciencia sobre los condicionantes de género en su vida. La oportunidad de hablar sobre el amor, las relaciones afectivas, el cuerpo y la sexualidad es muy enriquecedora para ellas.

“Luego hay un grupo de mujeres que nos llevamos muy bien y que hablamos de cosas distintas, de la sexualidad, de nuestras relaciones, de los conceptos que tenemos del amor o de la pareja o del ideal que nos han vendido durante toda la vida, la media naranja, yo contigo pan y cebolla, yo sin ti me muero, todos esos tópicos”

En estos grupos puede surgir una conciencia crítica y una afectividad entre mujeres que permita aprender lo nocivo que es para ellas continuar marcadas por subjetividades, mentalidades y prácticas patriarcales entre sí que estén conformadas por la rivalidad y la envidia misóginas. Ellas mismas participan de esta ideología como se señala a continuación. Pero también emerge la oportunidad de hacerse conscientes de estas formas no solidarias de relación entre mujeres y de las repercusiones que tiene en sus vidas.

“Estamos muy poco apoyadas, no sé, pero entre nosotras directamente. Porque un hombre ve a otro que se droga y no lo ve tan mal,

pero una mujer que ve a otra que es alcohólica, que es drogadicta y...Somos mucho peores entre nosotras”

BIBLIOGRAFÍA

BASTÓN EM, COUÑAGO M. Estudio de género dentro de los talleres de afectividad en la Comunidad Terapéutica Alborada. Disponible en: <http://www.dipucadiz.es/opencms/opencms/dipucadiz/areas/igualdad/dependencia/publicaciones/>

COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA (2010). Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de Castilla y León. Comisionado regional para la **droga**. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León. COVINGTON STEPHANIE S. (2002) Helping Women Recover: Creating Gender-Responsible Treatment

En The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice. Ed. Jossey-Bass GRUPO GID Y PLAN NACIONAL DE DROGAS (2008). Brecha de género en la inserción sociolaboral de las mujeres. Madrid.

GRUPO GID Y PLAN NACIONAL DE DROGAS (2010). Buenas prácticas para la reinserción sociolaboral de la población de mujeres ex consumidoras. Madrid.

INSTITUTO DE LA MUJER (2007) “Consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres” Madrid. INSTITUTO DE LA MUJER.

INSTITUTO DE LA MUJER. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid. INSTITUTO DE LA MUJER.

MARTÍNEZ REDONDO, PATRICIA (2009). Extrañándonos de lo normal: Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Cuadernos Inacabados. Madrid, Horas y horas.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención a

la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Viena.

ROMO N ET AL. (2006) Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar

el malestar. Trastornos Adictivos, 2006; 8 (4): 243-50.

ROMO N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Disponible en: http://www.grupigia.com/descargas/iec02_humanidadesmedicas.pdf

BIOGRAFÍAS DE DIVORCIO DE MUJERES Y HOMBRES. MIRADAS CRUZADAS²³

Montse Solsona i Pairó

*Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona
msolsonapai@gmail.com*

Este texto se enmarca en una investigación biográfica cualitativa realizada en España en la primavera de 2008 sobre trayectorias familiares después del divorcio de mujeres y hombres con hijos previos. Después de explicitar mi perspectiva de análisis (relaciones de género), y de referirme brevemente al análisis demográfico del divorcio, expondré el diseño metodológico de la investigación cualitativa, las narraciones de las mujeres y los hombres sobre su propia experiencia de la ruptura y la post ruptura, buscando las diferencias y las similitudes entre los dos colectivos, y cruzaré sus miradas, o sea de qué manera las mujeres se refieren a la biografía de los hombres en sus relatos, y viceversa, cómo los hombres explican las biografías de las mujeres. Mi objetivo final es identificar herramientas útiles

para alimentar el necesario diálogo entre las mujeres y los hombres.

INTRODUCCIÓN

Mi perspectiva de análisis: biografías de divorcio y relaciones de género

Esta investigación quiere responder a la pregunta siguiente: ¿hombres y mujeres siguen caminos diferentes después de una ruptura de una unión? Y en caso afirmativo ¿Por qué? Según las interpretaciones demográficas convencionales es el régimen de custodia de los hijos el que marca las diferencias en las trayectorias familiares post divorcio. En una situación en la que las mujeres quedan a cargo de los hijos habidos en la unión que se disuelve, éstas no gozan de las mismas oportunidades de acceder de nuevo al mercado matrimonial, sólo los hombres tienen oportunidad de casarse de nuevo y formar una nueva familia. Veremos si las evidencias encontradas en nuestro trabajo de campo dan crédito a esta afirmación.

Mi perspectiva de análisis de las biografías de divorcio y post divorcio, de entre otras muchas posibles, es la perspectiva de género, la cual analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales y familiares que se dan entre ambos sexos, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen.

Mi hipótesis de partida es que en la forma de vivir y gestionar el divorcio, como nudo biográfico, existen elementos comunes al conjunto de los hombres y al conjunto de las mujeres, como reflejo del sistema de género dominante en España en las tres décadas últimas, período en el que se despliegan las veintiséis biografías de divorcio que conforman el corpus textual de mi investigación,

²³ Investigación financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España: "Trayectorias familiares después de un divorcio. Género, parentesco y territorio" (Ref.SEJ2005-03764/GE0G)

pues sus protagonistas son personas nacidas entorno los años cincuenta. Además, en cada caso particular, espero que las relaciones de género mantenidas entre los cónyuges en el post divorcio sean una extensión o un reflejo del contrato de género existente en el seno de la matrimonio.

Un sistema de género, en los términos de Gyle Rubin (1975), se define por un conjunto de condiciones y expectativas que en una sociedad definen lo masculino y lo femenino a través de la división de competencias y responsabilidades, la atribución de los derechos y los deberes. En consecuencia crea desigualdades en términos de poder, autonomía y bienestar, típicamente en desventaja para las mujeres. Algunas de las expectativas más internas del sistema de género son fuertemente reforzadas por el Estado y la comunidad, y a través de las sanciones informales por la vecindad, los parientes y el grupo de pares. El concepto del sistema de género es por naturaleza multidimensional. A causa de su complejidad no puede ser descrito con una sola medida y, además, la estratificación de género y la distribución de roles varían en función de la clase social, de la esfera institucional y a lo largo del ciclo de vida. Las dimensiones más importantes son: la familia, la comunidad, el mercado y el Estado. El concepto de sistema de género surgió en el ensayo de Gyle Rubin, publicado en la primera antología de la antropología feminista en los Estados Unidos en 1975. La categoría fue incorporada y ampliamente utilizada por las feministas norteamericanas en sus escritos en la década de los setenta, y más tarde por algunas demógrafas en los años ochenta y noventa, por Karen Mason (1995) y Antonella Pinelli (1998) entre otras.

El sistema de género en un momento histórico determinado se operacionaliza por medio del contrato de género, el cual según la propuesta de la historiadora sueca Yvonne Hirdman (1998) incorpora el papel de las instituciones

(familia, mercado de trabajo, Estado, sindicatos, organizaciones empresariales) en la definición de los roles y las relaciones de género. Esta autora distingue tres formas de contrato: de familia, de igualdad y de igual status. En el contrato de familia hay una división de roles clara i rígida: trabajo productivo para los hombres y reproductivo para las mujeres; en el contrato de igualdad, las mujeres se incorporan al mercado de trabajo sin abandonar ni apenas compartir el trabajo reproductivo que goza de menor valoración social; y en el contrato de equidad, la diferencias entre el trabajo productivo y reproductivo no entrañan una jerarquía en el valor que se le asigna, lo cual solo se puede alcanzar si existe una armonía total en el grado de equidad alcanzado en las diferentes instituciones sociales. Es decir, si hay equidad en el sistema educativo, pero no la hay en el mercado de trabajo, las relaciones de género en el seno de la familia, entre los miembros de pareja, difícilmente serán equitativas.

El contrato de género dominante cambia a lo largo del tiempo en respuesta a los movimientos sociales (y a las políticas públicas). En el caso de España, como en el de Suecia, el rol de las mujeres en las familias y en el mercado de trabajo ha cambiado en el tiempo y es diferente según los grupos sociales. Para el objeto de nuestro estudio, las relaciones de género en el ámbito de las parejas con hijos, antes y después de la ruptura de la unión, interesa tener presente que el contrato de género dominante en la España en el periodo en el que nuestros biógrafos y biógrafas constituyen sus uniones y familias, es aún el contrato de familia, si bien para el grupo social al que pertenece nuestra muestra, al tratarse de personas con niveles de instrucción elevados y económicamente independientes, el contrato de igualdad debería ser el referente, e incluso con cierta tendencia hacia un contrato de equidad o igual estatus. En este último caso, si el trabajo productivo y reproductivo

es compartido entre los padres y las madres de forma equitativa en el seno de la unión, también debería serlo en el post divorcio.

El divorcio desde la demografía y las regularidades estadísticas

Desde la demografía, hemos venido abordando el estudio del divorcio desde una perspectiva cuantitativa, para establecer la importancia del fenómeno y para determinar las regularidades estadísticas desde una perspectiva de género y de cambio generacional. De esta manera, ilustramos la evolución creciente del divorcio en España en el contexto europeo, desde la aprobación de la ley vigente de 1981 (reformada en 2005 para agilizar el proceso legal de ruptura) hasta la actualidad.

Al inicio de este período España se alineaba con los países mediterráneos con las tasas más bajas (1 de cada 10 matrimonios acababa en divorcio), y más recientemente, se sitúa coyunturalmente en primer lugar del ranking europeo junto con Bélgica (con 7 divorcios por cada 10 matrimonios) como resultado de la citada reforma, si bien ya en el 2009 se inicia una ligera tendencia a la baja.

Por medio de modelos estadísticos de regresión no demasiado sofisticados, se han identificado los llamados factores determinantes del divorcio y sus consecuencias. Respecto a los factores determinantes, además de aquellas circunstancias que se dan también en la mayoría de los países occidentales (edad joven al matrimonio, precedente de divorcio de los padres, residir en una gran ciudad, etc.), en el caso de España, la posición en el mercado de trabajo juega, un papel inverso para cada colectivo: las mujeres en buena posición se divorcian más que el resto, y los hombres en peor situación también. Respecto a las consecuencias, se han venido describiendo los patrones de género más frecuentes de las trayectorias familiares después de un divorcio, y se ha argumentado que los hombres se casan más que las mujeres, y con frecuencia

lo hacen con mujeres más jóvenes que no han estado casadas o unidas, porque después de un divorcio los hijos suelen quedarse con las madres, con lo cual éstas tienen más restricciones para estar presentes en el mercado matrimonial y establecer nuevas relaciones sentimentales. Las cifras para España son las siguientes: en 2009 en la mayor parte de las rupturas matrimoniales (53,6%) había hijos menores de edad, y la custodia de estos hijos fue otorgada a la madre en el 84,0% de los casos, al padre el 5,6% y fue compartida por ambos cónyuges en el 9,7%. Si bien esta última cifra es muy reducida, desde el año 2005 se ha producido un incremento notable al pasar de un 2% a un 9,7%.

La dinámica de género de segundas uniones se refleja en la población de la mayoría de los países con un desequilibrio entre los efectivos de divorciadas y divorciados: en Catalunya hay 145 mujeres por cada 100 hombres divorciados. La interpretación habitual de este desequilibrio desde el análisis demográfico apela, tal como acabo de decir, a la mayor propensión (mayor intensidad y calendario más temprano) de los hombres a contraer una nueva unión matrimonial (y también a tener hijos de esta nueva unión). Según datos de las Encuesta de Fecundidad, Familia y Valores de 2005, en España cinco años después de la ruptura el cincuenta por ciento de los hombres se habían vuelto a unir de forma estable, mientras que las mujeres a igual duración solo lo habían hecho tres de cada diez, y unas pocas más en los años siguientes, sin alcanzar en ningún momento el cincuenta por cien, ni siquiera trece años después de la ruptura. Los hombres que se casan en segundas nupcias lo hacen con mayor frecuencia con mujeres solteras, y tienen hijos en el seno de esta nueva unión; mientras que en el caso de las mujeres divorciadas es más frecuente la unión con hombres también divorciados.

Por tanto, en España en el post-divorcio se da un patrón diferencial por género (aunque en

otros países europeos encontramos situaciones bastante diversas).

En general, nuestras descripciones son correctas, la ley de los grandes números nos avala, pero las explicaciones que construimos en nuestro laboratorio demográfico, a pesar de hablar implícitamente de factores determinantes, con lo cual apelamos a relaciones causales, muy probablemente no pueden abarcar la complejidad del proceso de ruptura de una unión. Por otra parte, sin haber preguntado a los propios protagonistas, es muy probable que nuestras interpretaciones reflejen las preconcepciones que tenemos respecto a los roles de género, sumándonos a la inercia propia de nuestra disciplina. Por ello, para completar y matizar nuestro análisis previo considero extraordinariamente útil realizar **un estudio biográfico cualitativo** que nos dé acceso a las narraciones de las personas protagonistas, acerca de su propia experiencia y las percepciones de su propia biografía.

ESTUDIO CUALITATIVO: BIOGRAFÍAS DE DIVORCIO DE MUJERES Y HOMBRÉS. MIRADAS CRUZADAS

1- Aspectos metodológicos

Objetivo e hipótesis

Las personas que protagonizan la ruptura de una unión, son agentes del cambio, y son también agentes de explicaciones, y el análisis biográfico cualitativo nos acerca a las explicaciones a través de su propia narración de su vida. En este caso, el análisis no busca las regularidades estadísticas, sino más bien, ampliar las dimensiones de interés respecto a la información recopilada en las encuestas biográficas anteriores realizadas en España²⁴,

mediante la integración de ciertos hechos demográficos supuestamente objetivos (vínculos familiares y afectivos antes y después de la ruptura) y la interpretación subjetiva de los propios actores de dicho proceso referente a las decisiones, las contingencias individuales y las expectativas²⁵.

El objetivo específico de este estudio cualitativo sobre biografías familiares post divorcio, cuyo trabajo de campo se realizó en la primavera de 2008 en España, es estudiar los procesos de ruptura de una unión en la que hubo hijos, a partir de los hechos y las percepciones biográficas que emanan de las narraciones de los protagonistas. Los hechos hacen referencia a la constitución de la unión, al nacimiento de los hijos, a la ruptura de la unión y a las nuevas uniones y fecundidades después de esta. Las percepciones biográficas se refieren al significado que las personas atribuyen a la ruptura de la unión en su biografía familiar (y otras biografías relacionadas) y de los elementos que intervienen en la redefinición de las relaciones de parentesco que todo divorcio comporta²⁶. Ello en un contexto en el que las normas sociales establecidas respecto de cómo preservar o no los vínculos familiares biológicos (o políticos, derivados de la existencia de hijos antes de la ruptura de una unión) tienen un claro sesgo de género. En este sentido, mi **hipótesis** es que a pesar de la singularidad en los discursos construidos, es posible identificar elementos comunes a las experiencias y narraciones femeninas y a las experiencias y discursos masculinos, en virtud del contrato de género de igualdad mayoritario (que implica igualdad solo respecto a la actividad económica remunerada,

²⁴ Encuesta Sociodemográfica de 1991, Encuesta de Fecundidad y familia (1995) y Encuesta de Fecundidad, familia y Valores (2005)

²⁵ Ver una presentación más completa de la metodología diseñada para esta investigación en Solsona (2009).

²⁶ Aquí utilizo el término de divorcio o ruptura, indistintamente, para referirme a ruptura de un matrimonio y de una unión consensual, tal como es habitual en la literatura demográfica.

pero que asigna solo a las mujeres el trabajo de cuidado de los hijos); si bien por tratarse del grupo social pionero en los cambios en las relaciones de género, espero encontrar también evidencias del contrato de equidad.

Metodología biográfica etnográfica

La metodología diseñada es deudora de las encuestas biográficas implementadas en diferentes países desde principios de los años ochenta, para aplicar métodos estadísticos en construcción para el análisis demográfico de las biografías²⁷. En estas encuestas, a menudo se recaba información acerca de biografías determinadas, como la biografía laboral, educativa, familiar y residencial²⁸. En nuestro caso, se toma como columna vertebral la biografía familiar y se deja a los entrevistados que seleccionen los acontecimientos más importantes de su vida y aquellos que dan sentido a la historia que ellos mismos van construyendo en torno a la constitución de la unión, el nacimiento de los hijos y el proceso de ruptura y post ruptura.

Para el trabajo de campo la metodología utilizada es etnográfica. Es decir, es un estudio directo de las personas que han vivido una ruptura de unión mediante **entrevistas en profundidad** mínimamente estructuradas, para comprender los significados que el propio biógrafo atribuye a los hechos seleccionados de su biografía, y en particular de la forma en que percibe sus vínculos familiares y afectivos.

²⁷ Los principios del análisis demográfico de las biografías se presentan con mucha claridad en el libro ya clásico de Courgeau, Daniel y Eva Lelievre (1989).

²⁸ La encuesta pionera de 1981 del Institut National d'Études Démographiques (INED), conocida como la 3B, se centraba en tres biografías: familiar, profesional y migratoria (véase Courgeau, 1985). La Encuesta Sociodemográfica, implementada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en España en 1991, añadió la cuarta biografía: la educativa.

Criterios para definir la muestra

Para la confección de la muestra se optó por establecer la existencia de hijos antes de la ruptura de la unión como denominador común. No se estableció ninguna condición respecto de la trayectoria familiar post ruptura (nuevas uniones, nuevas maternidades y paternidades), ni respecto a la edad de los hijos (de niños a adultos jóvenes), ni al tipo de unión (matrimonio o cohabitación). Sin embargo, para evitar intervenir en momentos demasiado sensibles de las biografías de ruptura, sí se puso como condición que la ruptura de la unión hubiera acontecido entre 3 y 15 años antes del momento de la entrevista. Asimismo, se eligió entrevistar a personas pertenecientes a las generaciones nacidas en torno a la década de 1950²⁹, casi pioneras del divorcio en España, que registraban el mayor porcentaje de población divorciada en los últimos censos. Por la misma razón, el trabajo de campo se realizó en diversas áreas metropolitanas de España (Barcelona, Madrid, Valencia y Sevilla), donde la incidencia del divorcio es mayor (Solsona y Simó, 2007). De forma expresa, y por querer centrar el estudio en los aspectos relacionales más que en los aspectos materiales, se buscó que los entrevistados pertenecieran a un grupo social homogéneo en cuanto a nivel educativo y condición económica, por lo que la mayoría de los entrevistados tiene estudios universitarios y desarrolla su actividad profesional en el ámbito de la cultura y los negocios. Son asalariados o profesionales liberales en ramas de actividad diversas del sector terciario –arquitectura, arte, gestión de empresas, docencia, investigación, editorial, administración pública, entre otros–. Esto no quiere decir que ignoremos que también para este grupo social

²⁹ Son personas nacidas del 1 de enero de 1948 al 31 de diciembre de 1968, es decir, tenían entre 40 y 60 años en el momento de la entrevista.

las consecuencias económicas del divorcio son importantes, y tienen un sesgo de género bien claro, sino que el foco del presente estudio no está puesto en este aspecto³⁰, sino en los vínculos afectivos.

Trabajo de campo

Para el trabajo de campo, después de una etapa previa en la que se realizaron cuatro entrevistas piloto (dos mujeres y dos hombres en la primavera de 2007) para poner a prueba un guión mínimo para estructurar la entrevista, se hicieron 26 entrevistas en profundidad semi dirigidas (a 13 hombres y a 13 mujeres, sin ninguna relación entre ellos), de una duración aproximada de dos horas, durante la primavera de 2008.

Las entrevistas se estructuraron en torno a cinco preguntas con el fin de impulsar un monólogo pausado en relación con el proceso de ruptura y las experiencias afectivas después de esta: *Háblame de tu familia; ¿Cómo viviste tu proceso de ruptura? ¿Cómo te ha ido después de la ruptura? ¿Cómo vives tu situación actual? y ¿Crees que los hombres y las mujeres siguen caminos diferentes después de una ruptura?* Mi intervención oral como entrevistadora fue mínima, prácticamente me limite a construir material gráfico sobre su genealogía y su curso de vida mientras la persona entrevistada (re)construía su historia. Para cerrar la narración sobre experiencias muy sensibles de sus vidas, de una forma suave y lúdica, pedí a las personas entrevistadas asociar determinadas palabras (sobre conceptos fundamentales de su monólogo en voz alta: amor, sexualidad, vínculo afectivo,

estar en casa, hijos, padres, entre otros) con colores, formas y música. De manera que durante la entrevista, en paralelo con las cinco preguntas básicas, utilizamos tres recursos adicionales: i) diagrama de las relaciones de parentesco y vínculos afectivos; ii) líneas de vida de las biografías múltiples; y iii) juego de palabras.

Los hechos: Veintiséis biografías de unión y desunión

A partir del material gráfico elaborado durante la entrevista acerca de los acontecimientos que fueron relatados y ubicados en la línea de vida con una datación precisa he construido un perfil mínimo de los autores de nuestras biografías, que recoge la datación de los hechos más significativos para el estudio (ver tabla en anexo). Las evidencias del análisis textual de nuestro estudio cualitativo deben leerse teniendo en cuenta la composición específica de esta muestra y el contexto social en el que se despliegan estas biografías familiares.

A tal propósito la tabla del anexo que sintetiza las 26 biografías, recoge datos relativos a la unión (fecha y tipo de unión), fecha de nacimiento de los hijos, la datación de la ruptura y las transiciones familiares post-ruptura (nuevas uniones y nuevos hijos). A primera vista en esta tabla hay dos cuestiones que llaman la atención. En primer lugar, y en relación a la trayectoria pre ruptura, que todas las mujeres entrevistadas y la mayoría de los hombres se casaron, en un claro efecto de la generación de pertenencia y del momento histórico en el que constituyeron su unión, durante los primeros años de la etapa democrática, después de la muerte de Franco en 1975, en los que todavía el matrimonio era la norma, si bien el matrimonio solo civil ya se anunciaba como el preludio de la expansión de la cohabitación que se produciría poco a poco mucho más tarde. En segundo lugar, y respecto a la trayectoria post ruptura, sorprende

³⁰ Sin embargo, este sí forma parte del objeto de estudio de nuestro proyecto en curso "Posdivorcio y vulnerabilidad social en España: experiencias de los hombres y las mujeres en el ámbito económico y de la salud" (referencia CSO2009-09891 del Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), para el período 2010-2012.

que a pesar de que todos han experimentado algún tipo de relación amorosa después de la ruptura, únicamente dos mujeres (Júlia y Alejandra) hayan sido otra vez madres en el seno de una nueva pareja. Este es un sesgo de la definición de la muestra al no fijar ninguna condición al respecto, y probablemente también sea el resultado de la menor disponibilidad para contar su propia historia de las personas que han seguido trayectorias familiares post divorcio más complejas. Pero esto último es solo una hipótesis.

Estas 26 biografías encierran en ellas mismas la transición entre el modelo tradicional de matrimonio y la nueva modernidad. En el matrimonio tradicional la boda marca un hito importante en la vida de pareja. En la nueva modernidad los vínculos amorosos se construyen poco a poco, a partir de la sexualidad como acto fundacional del vínculo (substituyendo así al matrimonio) y decisión a decisión, se va construyendo la relación de pareja en función de su propia dinámica (Kaufman, 1993). Como veremos, en las trayectorias pre ruptura se identifica la relación amorosa con el matrimonio, en cambio, en las trayectorias post ruptura las relaciones amorosas, que toman formas muy diversas, y la constitución de una relación familiar son dos cuestiones independientes, no forman parte del mismo proyecto. Claro que no se trata de dos modelos puros: en las trayectorias “pre” la nueva modernidad también tiene su espacio y en las trayectorias “post” la constitución de una nueva familia es también una opción.

El matrimonio, católico o civil, fue el acto fundador de la pareja y la entrada en la vida adulta para Eva, Alejandra, Marta, Gradiva, Ángela y Cristina que se casaron muy jóvenes con quién creían era el hombre de su vida y más tarde se dieron cuenta de que el amor no puede con todo. Algunos hombres también fueron precoces en el matrimonio (Mimo). Otros habían iniciado una relación sexual de muy jóvenes, se casaron sin pensarlo mucho

casi “como hermanos” (Lluís, Júlia), y luego vieron que algo fundamental faltaba en esta relación amorosa y que ni el matrimonio podía salvar una relación ya en crisis (Júlia). Otros se casaron de forma precipitada, sin un proyecto en común (Eudald) o sin estar demasiado enamorados, solo porque ya tocaba hacerlo porque sus pares ya se habían casado (Joan Miquel). Otros se casaron enamorados con alguien a quién amaban mucho (Andreu), pero sabiendo que iniciaban una relación con una persona extraordinariamente complicada e independiente y con la que no compartían el deseo de tener hijos (Pol, Manuel, Joan); o con alguien que quién creían era más independiente de lo que resultó ser (Patrick). La mayoría se casaron pensando que era para toda la vida; se consideraban personas de familia, tradicionales; y fueron los primeros en sorprenderse de su propia decisión de divorcio³¹.

De los cuatro hombres que no se casaron dos eran cohabitantes (Manuel y Joan) y otros dos semicohabitantes³² que mantuvieron una relación sentimental bastante complicada desde los primeros escauceos, manteniendo residencias separadas la mayor parte del tiempo. Para David, han sido seis años de relación difícil. Para Pedro, una larga relación llena de contradicciones.

Análisis textual

Una vez terminadas las entrevistas, transcritas íntegramente³³ y constituido el corpus textual que forman las veintiséis biografías, el primer deseo fue publicarlas todas en versión completa, por su riqueza y por el placer de

³¹ La mayoría, 20 de 26, fueron iniciadores del proceso de ruptura.

³² Semicohabitantes y LAT (*living apart together*) son términos equivalentes.

³³ Como agradecimiento a su colaboración, la transcripción completa de su entrevista ha sido entregada a cada una de las personas entrevistadas.

seguir una biografía desde el principio hasta el final, porque solamente con la versión completa se comprende la secuencia de acontecimientos en una vida; pero por el momento hemos optado por una perspectiva temática³⁴, la que supone que renunciamos a intentar encontrar un significado o sentido a cada biografía (de biografías múltiples) y en su lugar, se toman en cuenta elementos significativos del conjunto de discursos en diferentes aspectos y los sumamos e integramos. Para gestionar la información de las entrevistas realizadas y facilitar el análisis temático posterior, se ha utilizado el programa informático de análisis textual cuya principal ventaja es la capacidad de gestionar mucha información, tras codificar las 26 entrevistas realizadas y definir previamente las dimensiones y categorías de análisis. Así, mi conocimiento directo de las 26 biografías, por haberlas realizado personalmente, puede ser ordenado y presentado de forma más sistemática.

En artículos ya publicados (Solsona, 2009; Solsona y Ferrer, 2010, Solsona, en prensa) y en ponencias a congresos (Solsona, 2008; Simó et al. 2009) hemos tratado temas diversos: la aportación del análisis cualitativo al análisis demográfico del divorcio; la nitidez y la reversibilidad de los cambios de estado, y sus implicaciones en la determinación de los factores determinantes y las trayectorias familiares post-divorcio; las configuraciones familiares después del divorcio; la reconstrucción de la maternidad y la paternidad después del divorcio; y las biografías vinculadas a las biografías familiares post divorcio. En este artículo, pensando en hacer una contribución que sea útil a las profesionales de la red CAPS, siguiendo las cinco preguntas que hilan las narraciones (sobre familia, proceso de ruptura, post ruptura, asignaturas pendientes y pautas de género), quiero centrar el análisis en las similitudes, diferencias y des-

igualdades de género a partir de las propias narraciones y también cruzando las miradas, es decir, explorar como las mujeres ven a los hombres y como los hombres las ven a ellas, a fin de identificar aquellos tópicos que probablemente hay que deconstruir para poder avanzar en el necesario diálogo entre mujeres y hombres.

2- De cómo las mujeres y los hombres se cuentan su propia historia

Al inicio de la entrevista yo me limité a explicar que nuestro estudio, centrado en las trayectorias familiares post ruptura, se interesaba fundamentalmente por el rol que las nuevas uniones y maternidades y paternidades en la satisfacción de las necesidades afectivas, pero sin presuponer que el entrevistado o entrevistada, se hubiera vuelto a casar y a tener hijos, ni tampoco una explicación particular de los acontecimientos. Por ello, las personas que aceptaron compartir su experiencia, en el momento de la entrevista en profundidad construyen su propia narración sobre su biografía en un tiempo y lugar determinados. Quiero decir con esto, que cada narración corresponde a una triple referencia temporal: un momento histórico, una generación y una edad determinada. Si bien, la datación de determinados hechos no puede cambiar (el año de nacimiento de los hijos, o el año de la boda religiosa o civil, o la fecha de la sentencia del divorcio), el lugar que estos acontecimientos tienen en nuestra biografía va cambiando en el tiempo.

Cabe recordar, que la muestra tiene un perfil muy particular, por su edad y por su ubicación en la estructura social. Se trata de personas que se han hecho adultas en un periodo histórico de España de apertura, y de cambio social y familiar notable. Que las invitamos a contar su historia personal cuando ya son adultas. Además por su ubicación en la es-

³⁴ Véase Blanchet y Gotman (1992).

estructura social, probablemente, tal como se ha encontrado en otros países, mantienen redes amplias de amistades y de colegas y cuentan con el apoyo sistemático e intenso de las personas más próximas³⁵. Por último, vale la pena advertir, que entre las personas entrevistadas, a las que se ha llegado por el método de bola de nieve, hay pocos hombres y pocas mujeres que hayan tenido hijos en el seno de una segunda unión.

En las líneas que siguen comento un poco los resultados obtenidos en nuestro estudio enfatizando aquellos aspectos que nos permiten ilustrar, cuando así lo hemos detectado, las diferencias entre las experiencias de las mujeres y la de los hombres.

DE LA PRIMERA PREGUNTA: CONSTELACIONES FAMILIARES DESPUÉS DE LA RUPTURA

Familias plurales

La primera pregunta, *Háblame de tu familia*, sorprende a todas las personas entrevistadas sin excepción. Ellas y ellos responden *¿Por qué familia me preguntas? ¿La de origen? ¿La que yo he creado?*, y mi comentario es siempre el mismo: *“precisamente lo que buscamos en esta investigación es conocer como las personas definen su familia”*. Dicho esto, algunos hombres, contestan rápido, *“antes de la ruptura mi familia era mi pequeña familia, mi mujer y mis hijas”* (Pol). Algunas mujeres dicen con calma *“ahora mis amigas son mi familia, mis hermanas”* (Ángela, Isadora).

A pesar de que todas las personas entrevistadas excepto dos (Pedro y María) han vuelto a establecer uniones estables, y que solamente dos mujeres (Júlia y Alejandra) han tenido hijos de nuevo después de la ruptura, en todos los casos, la familia se construye y se reconstruye, su tamaño se amplía con parien-

tes consanguíneos, políticos y amigos fieles³⁶, que cumplen el papel de hermanos o hermanas³⁷, de manera que el entramado de vínculos afectivos y familiares después del divorcio deviene más complejo. La complejidad alcanza el máximo exponente cuando se transita hacia formas de familia reconstituidas, en las que la nueva pareja aporta también hijos/as de una unión previa.

La ruptura rompe de alguna forma el vínculo de pareja, pero no necesariamente rompe los demás vínculos familiares que se han tejido con el hilo de la filiación. La familia consanguínea se enriquece con la política, y aquella que se construye por afinidades. En todos los casos, el pivote central de la constelación familiar, sea esta más o menos amplia, son los hijos de la unión anterior, incluso para los hombres que no eligieron ser padres: en el caso de Manuel el embarazo fue una trampa en la que cayó sin darse cuenta, para David un error de una noche de una relación que desde el principio era carente de amor.

Las formas familiares se diversifican, pero quizás sea útil recordar que tanto en las reflexiones ya clásicas de Levi- Strauss (1956) como en los estudios más recientes sobre las formas de vivir en familia (Gittins, 1992; Brullet, 2007) se constata que la pluralidad de formas es el único trazo común a cualquier estudio etnográfico sobre la familia. Levi Strauss escribió: “El mismo hecho de que varíe incesantemente de sociedad en sociedad muestra que, en lo referente a la familia, es el mero hecho de su existencia lo que es misteriosamente necesario, mientras que la forma

³⁵ Ver por ejemplo Claude Martin (1991) para el caso francés.

³⁶ Ketokivi, Kaisa (2008, pág. 255) también considera el papel de la amistad en la reconfiguración familiar postdivorcio.

³⁷ Por analogía al rol fraternal, cito de nuevo a Eva Lelièvre & Geraldine Vivier (2006, pág. 193) con datos de la encuesta “Biographies et entourage”: un 20% de los entrevistados asignan un rol parental a una persona, diferente a los padres biológicos, antes de los 15 años de edad.

bajo la que aparece no es en manera alguna importante, por lo menos desde el punto de vista de cualquier necesidad natural“(Levi Strauss, 1974, pág. 32).

La familia no es un sustantivo, es un verbo

En el caso del post divorcio está claro que la familia no responde a ninguna identidad real predeterminada, se redefine en cada momento, y cada persona la percibe en función de los acontecimientos que dan sentido a su biografía, y en este sentido el divorcio es un acontecimiento determinante muy importante. Nuestros biógrafos y biógrafas definen su propia familia apelando a vínculos de sangre o políticos (mi familia, la familia de mis hijos), vínculos de convivencia o no (quien vive en el hogar) y/o de afinidad y de amor (familia de adopción).

El linaje, los vínculos de sangre ascendentes y descendentes, pueden alcanzar solamente dos generaciones (yo y mis hijos), o tres (padre, madre, o padres e hijos), o cuatro (incluyendo a los abuelos); o vínculos colaterales pueden incluir a los hermanos, a los sobrinos y sobrinas. Los hijos que indiscutiblemente siempre forman parte de la propia familia, para algún entrevistado incluso son más que familia, “*mis hija es más que hija, es única en el universo*” dice Pedro. Las razones por las cuales se incluyen otros parientes de sangre, ascendentes y descendientes, hacen referencia a la responsabilidad, por ejemplo de “*cuidar a la madre en agradecimiento a la vida que me ha sido dada*”, a la de “*son un puerto seguro*”, “*siempre puedes contar con ellos, nunca te fallarán*”, si bien “*las parejas son otra cosa*”. Lo cotidiano, la convivencia, la complicidad, el apoyo mutuo, son razones para incluir o no a los hermanos, primos y demás parientes colaterales. El caso de los hermanos es singular, son parientes de sangre, están ahí, pero a veces están más lejos que los amigos íntimos; pero se trata de una

lejanía relativa, pues en muchos casos es un vínculo que se activa en momentos de crisis. Nuestros biógrafos y biógrafas hablan de ello. Los tíos y abuelos, son personas especiales, que han dejado un legado en experiencia de vida, una enseñanza, y que han jugado un rol muy especial.

El divorcio no está reñido con la inclusión de parientes políticos (de la relación anterior) en la propia familia, la ruptura de una unión divide la vida en dos partes diferentes, pero no de la misma manera a la parentela adquirida por el nacimiento de hijos comunes, el bagaje relacional que antes se compartía muy a menudo queda preservado, sobre todo cuando a las relaciones se les había puesto nombre: quién fue tío o tía para su sobrino político sigue siéndolo.

Este cruce entre vínculos políticos y de sangre constata que se define la propia familia a partir también de la familia del hijo o los hijos. Por ejemplo, se incluye a la ex suegra o a los sobrinos del propio ex, es decir a los abuelos de tus hijos y a los primos de tus hijos. Cabe decir que los biógrafos, más que las biógrafas incluyen a su ex pareja entre los miembros de su propia familia, porque “*la madre de mis hijos siempre será diferente a cualquier otra mujer, y en este sentido la separación no ha cambiado nada*” (Andreu), o porque hay un sentimiento de responsabilidad que va más allá de la convivencia, y de la trayectoria familiar post-divorcio de su ex, por ejemplo Patrick dice: “*si a ella o su nuevo esposo les ocurriera algo, yo me haría cargo tanto de nuestras hijas comunes, como de la nueva hija de ella*”.

La familia de adopción, entendida como la elegida, no la que te adoptó, tiene también su lugar en la configuración de la propia familia. Las amigas o amigos íntimos, con los que se tiene una relación más estrecha que con los propios hermanos, con los que se han atravesado las pruebas de la vida adulta, también son miembros de la familia amplia. En par-

ricular entre las mujeres, pero no solo entre ellas, aquellas amigas que comparten el trabajo de amar, de cuidar de los propios hijos, de cuidar de los demás, con las que se comparte secretos, retos, complicidades, y vías de crecimiento personal, son consideradas las verdaderas hermanas. También, las personas con las que se comparten determinadas prácticas en un ámbito artístico o espiritual, tienen su espacio en la propia familia.

Aquellas personas que tienen biografías migratorias de más larga distancia (han vivido en América, o un país nórdico) son las que dibujan un mundo de constelaciones familiares más amplio, incluyendo parientes por razón de sangre, política o adopción, quizás porque su cuna no está aquí y hay que invocar a los ancestros o hermanarse con los iguales para sentir que la vida en familia es. La familia, en pocas ocasiones es nuclear, si bien más de uno dice que lo era antes del divorcio. Algunos entrevistados hablan en términos de tribu. Cabe preguntarse si este rasgo común de este colectivo que ha protagonizado un divorcio, de no limitar sus relaciones a la familias de sangre, es exclusivo de ellos, o bien, vivir en tribu más o menos explícita es y ha sido lo habitual, o bien si estamos asistiendo al fin de la excepción nuclear.

El hogar no es la familia, ni la familia es el hogar

Para terminar, subrayar que familia y co-residencia no son conceptos equivalentes, y viceversa co-residencia y familia, tampoco lo son. La propia familia no se circunscribe a un hogar específico. Así, la utilidad del hogar como sinónimo de familia usado en demografía de la familia, para aproximarnos a las relaciones familiares, en este escenario post-divorcio pierde su sentido³⁸. Vivir solo no sig-

nifica no tener familia, ni relaciones de pareja estables, ni vínculos afectivos fuertes. La familia, la sexualidad y la afectividad a menudo se encuentran fuera de las fronteras del propio hogar. Uno o una puede residir en un hogar unipersonal durante algunos días de la semana que se convierte en monoparental en ocasiones, ciertos fines de semana, cuando el hijo viene a residir con su padre. Por otra parte, vivir bajo el mismo techo tampoco da un derecho inmediato de pertenecer a la familia del otro, ni siquiera viviendo en pareja. Sólo para dar un ejemplo: Alejandra percibe que su familia está formada por sus padres, sus dos hijos, uno de la pareja anterior y otro de la pareja actual, pero la pareja actual, aunque es padre de su hija, no lo siente como familia “*es otra cosa*”.

DE LA SEGUNDA PREGUNTA: RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO DE RUPTURA

La respuesta a la segunda pregunta *¿Cómo viviste tu proceso de ruptura?* tampoco es evidente, toma su tiempo pues remite a sus protagonistas a un proceso lleno de resistencias, y también de sinergias, que entraña una evaluación de las ganancias y las pérdidas.

De las causas de la ruptura conyugal

Los factores desencadenantes no deben confundirse ni con las razones de fondo, ligadas a elementos constitutivos de la unión en la nueva modernidad³⁹ (sexualidad satisfactoria, calidad afectiva y desarrollo de la propia identidad) ni con denominados factores determinantes en los estudios demográficos de las biografías de divorcio (como disponer de un buen trabajo o formación o vivir en una gran ciudad) que mejor podrían tildarse de

(2003) cuando dice que la familia no se deja constituir como objeto de estudio, y que las tentativas de explicar el comportamiento humano que se construyen a partir de ella corren el riesgo siempre de confundir los índices estadísticos ad hoc con las verdaderas causas.

³⁹ Ver Kaufman (1993) y Arregi, Davila (2005).

³⁸ Estos resultados, son una constatación más de las agudas reflexiones del demógrafo Hervé Le Bras

factores facilitadores (puesto que no se puede confirmar con contundencia que haya una relación causa efecto).

Los factores desencadenantes de la ruptura conyugal están claramente vinculados a la sexualidad. Apuntarse a una pasión o una nueva relación amorosa del cónyuge marca de forma fulminante (o lenta) el fin de la unión. Igual sucede con el maltrato y el abandono. La traición por infidelidad, sorprendió a María, que vivió diez años en una vida familiar técnicamente perfecta, con un hombre mentiroso compulsivo. La misma experiencia vivió Tomi, que desde el matrimonio estuvo excesivamente preocupado por asegurar un futuro a la familia. Mimo también atribuye a su rol casi exclusivo de proveedor de bienestar material de la familia, la degradación de las relaciones conyugales. Ninguno de ellos se dio cuenta de que el bienestar emocional de la pareja y la familia estaba lleno de grietas.

La maternidad: un cambio de estado en la génesis de la crisis

Los cambios de estado, propios de la división sexual del trabajo de la familia patriarcal, que atribuye a la mujer el trabajo del cuidado y a los hombres el rol de proveedor, se encuentran en la génesis de la crisis conyugal, según las narraciones de los biógrafos. Joan Miquel se casó poco enamorado en un momento de su vida en el que estaba totalmente entregado a su profesión. Con el nacimiento de su hijo se dio cuenta de que la familia no funcionaba. Tomi, Pol, Bruce, también viven el nacimiento de sus hijos como el momento en el que perciben un distanciamiento en el seno de la pareja. Una depresión post parto prolongada (Mimo), el rechazo de la madre hacia su hija (Pol), y el percibir con susto la esclavitud que supone ser madre (Tomi, Bruce). Además, la transición de esposa-amante a madre degrada las relaciones amorosas y las necesidades afectivas y sexuales quedan insatisfechas.

Ellos sienten que han dejado de ser interesantes para ellas porque les rechazan sexualmente (Tomi), los tienen abandonados (Pol), se han cansado (Patrick) o desenamorado (Eudald). Aunque también reconocen que el mayor peso del cuidado de la prole ha caído sobre ellas, mientras ellos estaban entregados a su interesante carrera profesional (Joan Miquel, Pol).

En todos los casos, la distancia entre yo y ella se refleja en la falta de comunicación. Conversar sobre los problemas, *“hablar y hablar, para no decir nada”* para ellos no conduce a una solución efectiva sino al estancamiento. La vida cotidiana es un colapso, una locura y la separación es inevitable (Bruce, Andreu, Pol). Ellas por su parte, más que marcar un acontecimiento concreto como el inicio de la crisis lo expresan como un problema de identidad. Ciertamente reconocen que están aburridas, la vida conyugal ha dejado de ser atractiva sexualmente (Isadora), pero sobre todo sienten que en un momento determinado han dejado de ser ellas mismas (Marta), están jugando un rol que no es el que quieren, ésta no es su película (Sol), viven como madres de ellos no como esposas (Nor). No están en su sitio, la pareja no es el contexto adecuado para desarrollarse como personas (Eva); al contrario, su crecimiento personal aumenta la distancia entre ellas y su pareja (Ángela, Paulina). Eva cree que *“La intención de adaptarte es tan grande que poco a poco te vas negando. La vida familiar era dura. No había alegría. Yo quería una relación más profunda. Durante 5 años luché para que funcionara la relación, chocábamos continuamente,... me enamoré y me apunté a una pasión, dejé de luchar”*.

La distancia entre ambos identificada desde el viaje de novios (Alejandra), o imperceptible por no quererla mirar, estuvo allí desde el principio de la relación. Paulina cuenta *“lo quería muchísimo, estaba muy enamorada, pero siempre tenía la sensación de que él no*

se lo merecía y que si lo miraba muy atentamente me podía defraudar". La negación de sí es también una experiencia masculina. Bruce siente que *"desde el nacimiento de nuestra hija, durante cuatro años, la vida cotidiana era un colapso, nada iba bien, todo era negativo... la situación me estaba anulando, la separación fue una liberación"*.

Cada uno necesita su espacio y su tiempo para el desarrollo de sí. Si en el seno de la pareja no hay reconocimiento mutuo, no hay amor, aunque la familia técnicamente funcione, llega un momento en el que pierde su sentido. Manuel afirma que *"Nuestra relación era un narcisismo a dos, no había amor, aunque aparentemente todo era perfecto, el niño siempre estaba atendido. Después de un año y medio de desencuentro total yo me fui, nos separamos"*. Otras veces hay amor pero la vida en común no es posible. Pol cuenta que *"La crisis se inicia con el nacimiento de nuestra primera hija, la madre la rechazaba, es una mujer demasiado independiente... vivimos 8 años de duelo, con breves periodos buenos, nace la segunda hija,... ella estaba cansada de mí, me tenía abandonado, yo me estaba volviendo loco, no era yo. Nunca pensé que iba a separarme algún día, yo soy un hombre de familia. No he dejado de quererla"*.

Crisis y oportunidad

El divorcio es un nudo biográfico, un punto de inflexión clave que divide la vida en dos partes. Es el final de una etapa y el anuncio de una nueva⁴⁰. Es una crisis tremenda porque se rompe la familia que se formó, porque se crea un vacío inmenso, un pozo, un agujero

⁴⁰ Laborde et al. a partir de la encuesta "Biographies et entourage", encuentran que estar divorciado (o viudo), sobre todo para los hombres, aumenta la probabilidad de articular la vida en un número de periodos biográficos superior a la media, contrariamente al hecho de estar casado. Véase Laborde, Caroline, Eva Lelièvre y Géraldine Vivier (2007, pág. 572).

negro, y la vulnerabilidad manifiesta es tan grande que hay que aprender de nuevo *"a caminar sola por la calle"*, como dice Gradiva. Es el fracaso como persona o de un proyecto, que requiere reconstruir el relato de la propia vida para huir de la angustia. Es el peor momento de la vida, porque afloran sentimientos de culpabilidad con respecto a los hijos: *"los únicos seres a los que no se les puede decir adiós"* (Andreu). Nadie lo volvería a hacer, pero todo el mundo se alegra de haberlo vivido. Es la oportunidad de ser consciente de las propias contradicciones, de las debilidades y las fortalezas. De volver a ser uno mismo/a. De vislumbrar las posibles consecuencias de determinadas acciones y convertirse en responsable de las propias decisiones.

La ruptura: un largo proceso

"Cuando estás en una relación difícil, que vas terminando, terminas muchas veces y tú misma no sabes cuál será la definitiva, y hay una que descubres, a posteriori, que era la última" (Paulina).

Excepto en el caso de viudedad, el acontecimiento que marca la salida de una unión es muy difícil de establecer con precisión. La separación, dejar de estar unido, es un largo proceso compuesto de múltiples acontecimientos tales como la degradación de las relaciones de pareja, la ausencia de relaciones sexuales y las camas separadas, las vidas paralelas, la intervención de la familia y de las personas más próximas, la separación de hecho y la residencia en casas diferentes, la negociación del cuidado de los niños, la separación de bienes, los procesos judiciales, etc. En las historias de amor y desamor, según el testimonio de nuestros 26 biógrafos y biógrafas, ni las transiciones ni los estados son nítidos. La separación es un largo proceso en el que los vínculos afectivos entre las dos personas van debilitándose, las prácticas amorosas se transforman, y en todos los casos el

proceso de ruptura empieza mucho antes de la separación física de los conjugues y puede que se extienda hasta mucho después de ésta. Al trazar la línea de vida para ubicar los acontecimientos clave de este proceso de ruptura, se observa que el proceso de ruptura vivido como un periodo de crisis, adopta en cada biografía una forma e intensidad diferente. En unos casos constituye un proceso discontinuo, con diversas rupturas temporales, y en otros casos, la crisis se asienta de una sola y definitiva vez.

Cuando el proceso es muy largo, se producen transiciones, cambios de estado que tienen vuelta atrás. Por ejemplo, separaciones de residencia temporales. La argumentación de los actores es que no hay acuerdo entre los cónyuges respecto a la decisión de separarse, circunstancia que da lugar a una serie de estrategias que mantienen la relación en una situación aparentemente estancada, mientras que una insatisfacción latente se manifiesta esporádicamente por los estallidos que brotan una y otra vez. Ante el binomio insatisfacción-responsabilidad maternal, la responsabilidad gana la partida durante muchos años (Ángela).

Por otra parte, entre las modalidades de crisis continua nos encontramos con uno de los factores que aparece reiteradamente como factor “determinante” del divorcio: una unión a temprana edad. En el caso de Alejandra, que se casó con 18 años, y la crisis duró tanto como la misma unión. En ocasiones el matrimonio sobreviene sin haberlo decidido de forma consciente y más tarde llega un momento en el que se cae en la cuenta de que a dicha relación le falta algo esencial. Es el caso de Julia, y también el de Juan Miguel.

Una modalidad distinta de crisis duradera e intensa se da cuando después de un largo periodo de convivencia sin cuestionamientos, la persona descubre que está en una situación que no responde a los deseos de su fuero interno. En ocasiones, nuestras biógrafas y

biógrafos, pueden identificar un factor desencadenante claro, como en el caso de Eva: una pasión; otra veces la decisión de romper proviene de una situación crónica: insufrible, sin sentido, sin amor, en el que el interés por el otro ya no está, y éste empieza a no reconocerse a sí mismo.

Del fin de la crisis y de la ruptura definitiva de los vínculos afectivos

La ruptura de una unión con hijos es un nudo biográfico importante tanto para ellas como para ellos. Cuando ego no ha iniciado la ruptura, para los hombres la ruptura es una crisis intensa, inesperada, en general corta, y al final de la cual el vínculo con la ex, tal como hemos dicho más arriba, no se rompe de manera definitiva. Para ellas, aún siendo las iniciadoras, el proceso es largo, desgastante, al que cuesta ponerle punto y final, pero cuando se alcanza la ruptura del vínculo es definitiva. La separación física comporta una ruptura definitiva de los vínculos afectivos. El padre de sus hijos es una persona a la que en general se le quiere bien, pero con la que no hay un vínculo afectivo fuerte. Para los hombres, a nivel simbólico, la ruptura definitiva del vínculo es más difícil de aceptar. Es una mezcla de sentido de responsabilidad, de protección, de derecho a gestionar la vida de quién fue su esposa y también de propiedad (aunque, este sentimiento de pertenencia también puede formularse en femenino: “*me divorcio de ti, pero eres mío*”).

¿Cómo identificar el fin de la crisis? El final de la crisis, desde la propia subjetividad, puede coincidir o no con el momento en el que el vínculo afectivo con la ex pareja se rompe de forma definitiva. Para Sol, Marta y para Gradiva fue cuando su ex marido se volvió a casar, momento en el que experimentaron un sentimiento de alivio. Las mujeres identifican un momento específico en el tiempo en el que dicho vínculo se ha roto definitivamente. Isa-

dora constituye la excepción. Ella se separó porque quería experimentar como sería vivir sola, vivir la sexualidad de otra manera porque en el seno de la unión no era satisfactoria, y dio el paso con mucho dolor por desarmar el equipo familiar. Llevó a cabo una ruptura civilizada, pensada, apenas hubo crisis, y opina que el vínculo afectivo no se ha roto. Once años más tarde todavía no ha arreglado los papeles del divorcio. Sin embargo, a Tomi la lucha materialista le llevó veinte veces a los juzgados, antes de dar por terminada la crisis.

Eudald no rompió el vínculo con su ex esposa hasta que se volvió a enamorar y a vivir las mismas situaciones que había vivido con ella: dicha vivencia le permitió sanarse y romper el vínculo con ella de forma definitiva, lo cual no significa que considere que la crisis esté superada, pues en su caso se produjo una negación del conflicto y de la crisis, una vez que su ex esposa impusiera un silencio absoluto. Su asignatura pendiente es hablar abiertamente con sus hijas de todo el proceso. Dice así: *En el caso de mis hijas, los vínculos no se sabe exactamente cuáles son, pero están ahí, personas que reconstruyen su historia como pueden y se la explican, personas que quieren a personas que no se quieren entre ellas, cosas complicadísimas*. Andreu cree que el vínculo con la madre de “tus hijas” es permanente y que la crisis no se supera nunca: *“Todavía ahora es difícil, porque hay un abandono de tus hijas en un ambiente que tu consideras que no es bueno y en lugar de poder convertir tú este ambiente en algo bueno, te rindes y te vas. Con lo cual esto no se supera nunca, porque no sabes si tú realmente, que hiciste un acto de supervivencia en defensa propia, hubieses podido resistir y reconvertir la situación”*.

Por lo tanto, con las miradas cruzadas de hombres y mujeres, vemos que las temporalidades individuales de los miembros de la pareja se superponen: después de una ruptura

conyugal, uno puede sentir que los vínculos se han roto definitivamente y el otro sentir exactamente lo contrario. Pueden haberse roto por ambas partes y más adelante volverse a encontrar. Retomar las relaciones amorosas después de la ruptura no es un hecho infrecuente⁴¹. Las palabras de Pedro hablan de amor y desamor desde el principio: *“Uno se hace una idea de sí mismo y del otro y de lo que es tener una pareja que... cuando no sale bien, es muy duro. Puedes dejar un trabajo o puedes cambiar de ciudad o puedes hacer lo que sea, pero cuando la persona con la que tú estás viendo el mundo se convierte en tu enemigo es..., esto es muy bestia. Y el problema es que no es verdad tampoco que sea la situación permanente, es que es tu enemigo un momento y en el otro es la persona que tú quieres”*.

De nuevo está la temporalidad individual y la de la institución familiar, porque la presencia de hijos impide hablar de disolución familiar, aún en el caso de que se arreglen los papeles. Las relaciones de parentesco político no se disuelven: los tíos, los abuelos, los sobrinos, los nietos, pueden seguir tejiendo las redes familiares. Por tanto, es difícil acotar los límites de cada etapa del curso de vida individual y más difícil aún cuadrar la temporalidad individual con la de la pareja y con la de la familia.

DE LA TERCERA PREGUNTA: DESPUÉS DE LA RUPTURA

La tercera propuesta temática *¿Cómo te ha ido después de la ruptura?* abre el monólogo hacia el momento inmediato después de la separación física, sobre el objeto principal de nuestra investigación, las nuevas relaciones de pareja (experiencias de relaciones sentimentales, sexuales y de pareja estable), y las nuevas maternidades y paternidades.

⁴¹ En Francia casi una cuarta parte de los hombres y las mujeres reiniciaron temporalmente o definitivamente las relaciones sexuales después de la ruptura conyugal (Bajos y Bozon, 2008).

Cabe decir que en nuestra investigación no hay patrones de género claros en las transiciones después del divorcio, en decir, en la compatibilidad del cuidado de los hijos previos con nuevas uniones y nuevas maternidades. Las diferencias no son tan marcadas como nos indica el análisis cuantitativo. La ruptura no empuja a los hombres directamente a una nueva unión, ni el cuidado de los hijos recluye a las mujeres en sus hogares familiares. Otras razones, vinculadas a su realización personal, a la preservación de un espacio propio, explican los borrosos estados de unión y las complejas trayectorias familiares post divorcio. Ni para ellos ni para ellas volverse a casar y tener hijos es la cuestión. Algunas personas, hombres y mujeres, dan mucha importancia a preservar un espacio propio, un espacio absolutamente privado, razón por la cual, a pesar de mantener relaciones sentimentales y sexuales estables no dan el paso, de forma consciente y deliberada, a compartir el mismo techo. Este espacio absolutamente privado puede ubicarse en el hogar que se comparte con los hijos, de forma casi permanente (ellas) o esporádica (ellos), pero en cualquier caso, su colonización está vetada a esta nueva pareja afectiva.

Unirse de nuevo y tener más hijos, ¿es esa la cuestión?

Los hombres: En lo referente a la formación de nuevas uniones de los 13 padres, 5 no han formado una nueva unión estable, y en el momento de la encuesta 8 de ellos no tienen una relación estable ni conviven en pareja (ver de nuevo la tabla en Anexo). En cuanto a la renovación de la paternidad sólo dos padres se muestran activos en lo referente a la renovación de la paternidad: uno de ellos desea de nuevo tener hijos, y otro está en proceso de adopción de otro hijo. El resto de los padres no desean renovar la paternidad en las nuevas relaciones de pareja.

Durante la ruptura, durante y después del duelo, excepto Pedro y María, todos viven nuevas historias de amor: relaciones sexuales y sentimentales, esporádicas o estables. En la tabla del anexo se consignan las relaciones amorosas según el tipo, y la fecha de inicio cuando son estables. Manuel que fue cohabitante se casa por primera vez y está en proceso de adopción. Gradiva, Sol, Júlia, y Alejandra se han vuelto a casar. Únicamente Alejandra y Júlia han tenido hijos de nuevo, después de una dura negociación. Scarlett que ahora está de noviazgo también desea formar una nueva familia. Todas las demás mujeres están satisfechas con la descendencia alcanzada. En cambio, los hombres no tienen una posición clara respecto a una futura descendencia. Ni ellos, ni ellas tienen demasiado miedo a la soledad. Los hijos ya tenidos son el ancla que cubre buena parte de sus necesidades afectivas. En las nuevas historias de amor buscan una relación afectiva sexual entre iguales, de amistad, de respeto mutuo, sin juicios, ni prejuicios.

De las relaciones amorosas

Si bien en la primera unión, en el contexto de los valores tradicionales de la familia, el matrimonio pudo ser no sinónimo de enamoramiento o de felicidad (Joan Miquel), después de la ruptura, el amor romántico recíproco, propio de la nueva modernidad, es una condición necesaria aunque no suficiente para construir una nueva pareja estable. Y al aprender a vivir solo o sola (David, Bruce, María), a dar espacio y tiempo a aquello que contribuye al desarrollo de la propia identidad (Paulina, David), no hay necesidad de elegir una nueva pareja que no responda a las necesidades de cada uno o cada una, y menos aún de compartir el mismo espacio de vida. Scarlett dice: *“Creo que hasta ahora no he encontrado un hombre, exactamente, lo que yo necesito. No sé por qué, a lo mejor porque*

busco algo imposible, a lo mejor busco algo ideal, a lo mejor busco... es que veo muchas películas, leo muchos libros, soy muy romántica. Necesito una persona que me conquiste en todo, en corazón, en cerebro, en sexo, en la vida diaria, en todo. Una persona con la que pueda ser yo misma. Cuando tú quieres más que él, tú pierdes tu yo, porque quieres gustarle. Entonces, estas relaciones son muy bonitas porque quieres tú, pero con el tiempo, el querer como que se va”.

Con todo, ellos y ellas con mayor o menor éxito se entregan a nuevas relaciones, porque el grado de empoderamiento alcanzado permite poner fin, si es necesario, a una relación que se vislumbra como invasora de la propia intimidad privada (Paulina, Patrick), o que podría hipotecar la calidad afectiva de la relación con los hijos de la unión anterior (Bruce, Joan Miquel, Tomi). No es suficiente con compartir las mismas filias, hay territorios que no se deben ocupar. Las nuevas relaciones amorosas, aún siendo estables, no siempre se traducen en relaciones de convivencia (Ángela, Paulina, Lluís). El abanico de posibilidades es grande, las posibles trayectorias a seguir más complejas que la trayectoria tradicional de matrimonio e hijos, e incluso cuando esta es finalmente la opción elegida el proceso de negociación es inevitable.

De los hijos

La paternidad y la maternidad en la nueva modernidad, y en este caso particular en el post divorcio, puede entrar en contradicción con lo que realmente se está buscando en una relación amorosa.

Las dos únicas mujeres que han sido madres de nuevo, proporcionando a su nueva pareja reconstituida el denominado *child commitment*, llegan a ello después de una larga negociación con su nueva pareja. Júlia por propia demanda, porque siempre fue su deseo vivir en familia, venciendo las resistencias de su nueva pareja. Él decía “*bueno yo*

no tengo necesidad, pero en fin”, y llegó un momento que dijo “*bueno pues si vienen que vengan”*. Alejandra, por el contrario, tuvo una nueva hija por la presión de su pareja, pues ella creía, y así lo vive ahora, que no puede ser amante y madre al mismo tiempo: “*Una de las cosas que no quería era tener hijos. Yo sabía que en el momento que yo tuviese un hijo, mi relación iba a cambiar. Entonces no sé si soy yo... o si no sé hacer dos cosas a la vez. Para mí la prioridad... o sea, no sé, pierdes mucha intimidad y las preocupaciones son más las de tus hijos, no lo sé. ...Yo decía “¡esto es vida!” y entonces yo me sentía como muy comprometida con él, pero por otro lado, yo soy como muy egoísta y decía “esto sí, pero ya hijos y tal, no”. Además el tema de los hijos yo siempre lo he visto con mucha responsabilidad... tengo ahí, como una parte de mí, que me gustaría seguir viajando y haciendo un motón de cosas, que no puedo hacer».*

(Re)construcción de las maternidades y las paternidades después de un divorcio

Hemos explorado las fronteras difusas y los territorios comunes entre el divorcio y el matrimonio, a partir de las narraciones de nuestros biógrafos y biógrafas sobre la (re)construcción de la maternidad y la paternidad tras el divorcio⁴². De acuerdo con el contrato de género dominante, el contrato de familia, esperábamos: que la centralidad de los hijos e hijas fuera más marcada en la vida de las mujeres que en la de los hombres; que fuera habitual que los hijos se quedaran con la madre tras la ruptura de la unión y que los padres se fueran del hogar; que el maternazgo se ejerciera en plenitud y que el paternazgo fuera más puntual; que hubiera compatibilidad total entre una nueva unión de los hombres padres y los hijos

⁴² Véase Groupe de Réflexion sur l'Approche Biographique (2006).

previos, y en cambio fuera difícil hacer compatible una nueva unión de la madre y el cuidado de los hijos de la unión anterior; y por último, que los padres se decidieran más fácilmente a ser padres de nuevo, mientras que para las madres este fuera un escenario poco factible. Pero, ¿qué nos han ofrecido las narraciones de nuestras biógrafas y nuestros biógrafos?

Los testimonios de las mujeres y de los hombres que hemos entrevistado corroboran lo esperado respecto de la centralidad de los hijos, ¡pero para ambos sexos!. Padres y madres, en el momento de la entrevista, atribuyen un rol central y un valor incomparable a la existencia de sus hijos e hijas. Ahora bien, la calidad de este vínculo, la práctica concreta de la maternidad y la paternidad es diferente según el sexo. Podemos decir que el maternazgo se configura como una obligación ineludible, en tanto el paternazgo se entiende como un derecho y no como una obligación. Las mujeres madres están cansadas por el hecho de estar siempre cuidando de los hijos e insatisfechas de la contribución de los padres, en términos de dinero y de tiempo de cuidado. Los hombres padres, a su vez, se mueven entre dos polos: el de la satisfacción, una visión casi idílica de la paternidad e incluso de la cooperación entre padre y madre por la buena empresa conjunta del paternazgo y el maternazgo, que tropieza frontalmente con el otro polo representado por la imposibilidad de ejercer el paternazgo, cuando se convierte en un derecho difícil de conquistar. Asimismo, respecto del momento de la ruptura y la práctica de la maternidad y paternidad, hemos encontrado ejemplos casi puros del modelo tradicional y también aquellas excepciones nítidas al modelo que nos permiten hablar sin duda de contra modelos. El patrón más generalizado es que en el momento de la ruptura los padres abandonen el hogar. Consideran que es lo correcto para no lastimar a los hijos, que es mejor marchar sin drama, sin hacer ruido y que a veces no vale la pena

ni coger el cepillo de dientes para que los hijos e hijas no lo noten, no sufran. Detrás de esta actitud también hay un sentimiento de culpabilidad. En ocasiones, esta aparente paz es impuesta por la madre. Teóricamente “no pasa nada”, pero si es un silencio impuesto, no es señal de un buen augurio. Algunos hijos se apuntan al silencio que plantea uno de los progenitores. Sin embargo, otros se enfadan, reaccionan, gritan o no quieren saber nada. Pero no todos los padres se van de casa. El contra modelo existe, y este se da cuando antes de la ruptura el padre era el cuidador principal. Es el caso de Patrick, padre de tres hijas, pese a pensar que este papel de cuidador principal lo habría desempeñado mejor la madre de las niñas. Patrick lo relata así:

“Entonces cuando planteamos el tema de la separación, pues como la carga de las crías siempre la había llevado yo, más fuerte, pues lo más normal [...] Entonces bueno, claro, hubo una época que me parece que duró un año, un año y medio, quizás un par de años, que las niñas estaban principalmente conmigo y que los fines de semana se iban con Mar. Fue una época muy difícil porque, para mí no tanto porque yo adquirí esta independencia y hacía más o menos, pero para las crías sí, les resultaba muy duro ir con la madre, a la cual yo siento que culpabilizaban, y también a su nueva pareja, Fausto [...] yo no les di pie. Es decir ‘no, no, ¡tenéis que respetar!’ e incluso les decía ‘sed listas y aprovechad esta situación, conocéis a otra persona, Fausto tiene otras experiencias de la vida, tiene unos conocimientos diferentes a los míos, fijaros, contrastad, aprended de la situación” (Patrick).

Patrick que se hace cargo de las tres niñas hasta que al cabo de un tiempo su ex pareja le pide la custodia compartida, considera que no se ha llevado la peor parte, en el sentido de que el trabajo que le ha supuesto ser el cuidador principal de las hijas, se ha visto compensado por un proceso de aprendizaje muy interesante y por una relación afectiva con ellas de

gran calidad. En este sentido, corroboramos el hallazgo de otros estudios que confirman que la relación con los hijos siempre es más difícil para el progenitor que se va de casa⁴³.

Es decir, para los hombres, el contra modelo está presente tanto en la ruptura como en el paternazgo, pero para las mujeres la transgresión del modelo tradicional es mucho más difícil. Se espera que los hombres se incorporen a la esfera del cuidado, sin embargo, no se acepta fácilmente el abandono de la trinchera del cuidado por parte de una mujer. Se considera una forma de traición. Quizás se puede hacer una analogía entre esta traición y el hecho de que a pesar de la incorporación creciente de las mujeres al trabajo asalariado, en nuestro contexto cultural se acepta con dificultad que los hombres abandonen su lugar en el mercado de trabajo asalariado. Las mujeres requieren grandes dosis de inteligencia y asertividad para poder remontar el desafío de la sociedad, amigas íntimas incluidas, y superar el inevitable sentimiento de culpabilidad. De hecho, en el momento de la ruptura el contra modelo no acontece, pero en una etapa posterior, y como una forma de renuncia a desempeñar el rol de principal cuidadora, sí está presente en las narraciones de nuestras biógrafas. Así lo explica la voz de Sol:

“En su momento pensé ‘vamos a tener que gestionar esto con mucha inteligencia’ (ríe). Me acuerdo que me lo monté, me lo escribí, me lo planifiqué, o sea, lo pensé con mucha antelación porque pensé ‘aquí puedo cobrar por todas partes, ¡eh! y acabar pensando que soy un auténtico monstruo o sea que tranquila, esto lo hago por el bien de mi hijo’, o sea, me lo repito cada mañana. Realmente todo va junto, separación y pérdida de mi trabajo, me quedo con mi hijo, sin marido, sin dinero, sin trabajo [] Mi hijo siguió viviendo conmigo hasta sus 12 años y luego me di cuenta que no llegaba: trabajaba mucho, iba como una moto, llegaba muy tarde, el niño llevaba malas notas, total que llamé a

su padre, ‘Kramer aquí Kramer’ [...] Cuando decido que mi hijo no viva conmigo y que se va a vivir con su padre, hay una especie de estira y afloja entre la felicidad del niño y tu felicidad que es una especie de cosa brutal, [...] pero me monté una estrategia auténtica. Madre que decide, después de haberse largado con otro tío, que ya no vive con su hijo, ‘aguanta la que vas a cobrar’, y ¿por qué? porque se dedica demasiado a su trabajo Pum pum pum pum. Vale, fui a ver a mi ex en plan Kramer, dije ‘vale, vamos a pactar tres cosas, muy rápido, nos cogeremos de la mano los dos, aunque nos de la lata, iremos a ver al niño y le diremos “hemos decidido”, ¡hemos!, conjuntamente, “tú no tienes nada que ver con esto, ni eres malo ni yo soy mala, que para el bien de tu futuro vas a ir a vivir con tu padre y luego, a lo mejor, volverás a vivir con tu madre”’. Bien, formulación, ‘lo dices después que yo’, lo reformulo, ‘no he dicho esto’, lo reformulas otra vez, lo dices otra vez y tal ¿y por qué es tan importante?, huy es muy importante, hay que trabajarlo mucho. Y luego pensé en las amigas, porque las mujeres, si eres madre y les dices a otras madres que no vas a vivir con tu hijo, madre mía, te miran todas como si te hubieras vuelto loca de remate, entonces nada: ‘he decidido, hemos decidido, yo con mi ex marido, que a partir del año que viene’ Coherencia de los mensajes, de lo que dices a uno y a otro, que sobre todo al niño le vengan los mismos mensajes por todas partes. Fue muy trabajado. Aprendí que aquí había que trabajar la gestión del cambio. Comunicación, información, numerología, mensajes, etapas, ¡manipulación a tope! Pero creo que lo hice muy bien. Esto era muy complicado Yo creo que es mucho más políticamente incorrecto que una mujer decida no vivir con su hijo que separarse. Es como si abandonases a tu hijo, es brutal, ¡eh! [...] Ahora, también digo lo mismo, la primera semana me parecía la casa súper vacía, la segunda ¡qué alivio! Puedes llegar a la hora que quieras, si no hay nada en la nevera, si no ha hecho los deberes, no es tu

⁴³ Véase Solsona y otros (2007).

problema. Guay, de vacaciones total. La mala conciencia me duró 10 días. De vez en cuando me decía 'deberías tener mala conciencia'. ¡Se está genial! Vendrá el fin de semana próximo y nos iremos al cine. ¡Fenomenal!" (Sol)

Este testimonio, además de mostrar las dificultades de nadar a contracorriente y las estrategias para conseguir el objetivo señalado, es valioso porque expresa de forma inequívoca, no solo el sentimiento de culpabilidad que acompaña a muchas madres –y a veces por mucho menos– sino también una sensación de libertad cuando el hijo vive con el padre –¡de vacaciones total!–, que quizás es equiparable al sentimiento que tienen los padres, cuando no son los principales cuidadores.

Las trayectorias familiares post divorcio –nuevas uniones y nuevas fecundidades– están en buena medida vinculadas a las trayectorias pre divorcio, si bien lo más determinante es el proceso de negociación entre los actores en cada circunstancia. Hay un amplio margen de variaciones respecto de los modelos esperados, fruto del diálogo que cada actor mantiene consigo mismo después de una ruptura, para desarrollar un sano egoísmo, en el sentido de preguntarse ¿y ahora yo qué quiero?, y del diálogo y negociación con otros actores, que puede llevar a cada persona a seguir trayectorias post divorcio en principio no escogidas como las más óptimas. En este punto quiero subrayar lo siguiente: hay dos variables demográficas clásicas que tienen una intervención clara en todo el proceso, la edad de los hijos y el tipo de unión. Cuanto más grandes son los hijos más margen hay para transgredir el modelo tradicional de roles parentales. Y en las parejas de hecho, más que en el matrimonio, la constitución de la propia pareja y la decisión de tener o no tener hijos, son dos decisiones que disfrutan de una autonomía relativa.

En resumen, respecto a la práctica del cuidado del los hijos habidos en la unión anterior, tal como vemos en los estudios cuantitativos, la

separación física supone que los padres se van del hogar, y ellas se quedan con los hijos. El maternazgo es un imperativo social. El paternazgo es una buena opción (a tiempo muy parcial). Si antes de la ruptura hubo un modelo equitativo de crianza, en el post-divorcio se reproduce dicho modelo, es decir, los padres se implican en el cuidado. Pero los hombres que en el predivorcio centraron su actividad en el trabajo productivo después del divorcio ejercen el rol de proveedores y ninguno de ellos tiene la custodia de los hijos. Aquellos que mostraban un alto compromiso en el paternazgo, muestran un fuerte compromiso en el paternazgo, independientemente de que sea la madre la que tiene la custodia. Hemos observado casos de modelos de paternazgo mucho más cercanos al maternazgo que han mostrado los compromisos más altos post ruptura desde la custodia completa a la compartida. Sin embargo, en relación a con quién están mejor los hijos tras una ruptura, a pesar de que la custodia compartida constituye la voz más escuchada, existen padres con un alto compromiso de paternazgo que consideran que los hijos están mejor con la madre.

Biografías familiares y biografías relacionadas

En nuestros estudios anteriores sobre los determinantes del divorcio, construíamos modelos explicativos en los que el divorcio era la variable dependiente y las otras circunstancias (laborales, educacionales, y residenciales) eran las biografías que determinaban la biografía familiar. En este estudio cualitativo, vemos lo que pasa en la etapa que se inicia después. Con las líneas de vida, en este estudio, se identifican aquellos acontecimientos relatados por las personas entrevistadas que son elementos claves de su biografía familiar (nuevas uniones, nuevos hijos, etc.), así como otros eventos de otras biografías con las que se pueden establecer relaciones de asociación o causalidad, entre los que se cuentan el trabajo, los estudios, los

cambios residenciales, y otros en los que vamos a centrar nuestra atención aquí.

El divorcio es un nudo biográfico, un punto de inflexión clave que divide la vida en dos partes. Es el final de una etapa y el anuncio de una nueva⁴⁴. En una profunda crisis, y a la vez una gran oportunidad. En palabras de Cristina *“Ha sido el golpe más fuerte que he recibido en mi vida y creo que el mayor impulso”*. El divorcio es un impulso para innovar en el ámbito profesional, para iniciar unos estudios que siempre se habían querido realizar y estaban allí aparcados, para cuidar de sí mismo o de sí misma, de buscar una relación sexual satisfactoria, para luchar hasta conseguir la casa de los sueños. También por supuesto, para tener una nueva pareja, para tener más hijos, etc.

Entre las biografías relacionadas, la centralidad de los hijos en la vida de los divorciados y divorciadas es evidente. Todo cuanto acontece por decisión propia en la vida está mediatizado por la edad, las necesidades y las experiencias de los hijos. Así por ejemplo, la decisión de constituir una nueva unión, puede quedar aplazada o simplemente descartada por dar absoluta prioridad a los hijos. No se renuncia a tener relaciones sexuales estables, pero sí a formar una nueva unidad residencial común. En el caso de los hombres, que no residen de forma habitual con sus hijos esta opción es más común.

A través de la relación con los hijos, o independientemente de esta relación, la trayectoria de la ex pareja también está muy presente en las narraciones de nuestros biógrafos. Esta presencia adopta diferentes tonos: comparación, rivalidad, vigilancia o bien respeto, cariño y acompañamiento.

⁴⁴ Caroline Laborde, Eva Lelièvre & Géraldine Vivier, (2007, pág. 572) a partir de la encuesta “Biographies et entourage” encuentran que estar divorciado (o viudo), sobre todo para los hombres, aumenta la probabilidad de articular la vida en un número de periodos superior a la media, contrariamente al hecho de estar casado.

En segundo lugar aparece la biografía de la salud, que como sabemos suele ser una prioridad en la vida de todos. Puede tratarse de la salud de ego, o la salud de los padres, o la salud de la ex-pareja. Cuando se trata de la propia salud, se habla de salud física, emocional, mental y espiritual. Se pone de manifiesto, que una vulnerabilidad subyacente en todos los seres humanos se activa en esta situación de crisis, y conviene cuidarse para evitar daños mayores. Esta vulnerabilidad tiene una expresión más fuerte entre los hombres, por haber vivido experiencias de exclusión, durante el matrimonio (sexuales) y en la etapa posterior al divorcio (difícil contacto con los hijos), nunca imaginadas. Por ejemplo Tomi dice “hay personas a las que se les va la cabeza, y no me extraña en absoluto”. Pero a menudo se buscan recursos para comprender mejor el proceso de ruptura y adquirir herramientas para afrontarlo, en forma de terapias o de grupos de ayuda mutua.

En tercer lugar, aparecen las historias de amor y la sexualidad, como biografías independientes de la familiar, en la cual las relaciones de pareja se formalizan y se socializan dentro del grupo de personas más cercanas, forman parte de la intimidad compartida. Las historias de amor no se comparten, pertenecen a la intimidad privada, en muy diversas acepciones: como forma de satisfacer las necesidades afectivas, como forma de luchar contra el aislamiento, como algo natural de la vida⁴⁵.

Por último, y en cierta forma relacionada con la anterior, después de una ruptura de unión, algunas personas, hombres y mujeres, dan mucha importancia a preservar un espacio propio, un espacio absolutamente privado, razón por la cual, a pesar de mantener relaciones sentimentales y sexuales estables no dan el paso, de forma consciente y deliberada, a compartir el mismo techo. Este espacio

⁴⁵ Sobre la transformación de la intimidad ver Anthony Giddens (1992).

absolutamente privado puede ubicarse en el hogar que se comparte con los hijos, de forma permanente o esporádica, pero en cualquier caso, está vetado a esta nueva pareja afectiva.

DE LA CUARTA PREGUNTA: ASIGNATURAS PENDIENTES

La cuarta pregunta *¿Cómo vives tu situación actual?* se refiere la situación en el momento de la entrevista en profundidad.

Ser padres de los hijos. Ser mujeres, además de madres

Los hombres padres tienen una asignatura pendiente muy clara, concreta y urgente, alcanzar una buena relación con sus hijos e hijas, cuidar de ellos y ellas. Los hombres ponen en su centro el cuidado de sus hijas (Pol) o hijo (Tomi), bien porque sienten un tremendo sentido de culpabilidad, o porque forma parte del ejercicio de la paternidad y constituye su principal prioridad. Pol, aún sabiendo que todos los hijos e hijas, van a vivir situaciones de riesgo en cualquier momento de sus vidas, incluso los hijos de las parejas llamadas intactas, o incluso pesando que de haberse separado el infierno de la vida conyugal hubiera tenido peores consecuencias para su hijas, siente en este momento que la separación de sus padres las ha colocado en una situación de vulnerabilidad, de la cual ellas no son responsables en absoluto. Pol, igual que Tomi, se refieren al paternazgo y habla de “cuidar”, término que sugiere una gran cercanía con los seres receptores de este cuidado. En cambio, Patrick y Joan Miquel hablan de educar a sus hijas e hijo, educar es su obligación y su responsabilidad. “Educar” para que sean seres responsables, para que puedan emanciparse y forjarse el futuro que desean, para que se conviertan en personas adultas con todas las de la ley. David, por su parte, habla de “sumar horas de calidad para estar con su hija”, por tanto apela a la pre-

sencia, sin más. Manuel habla de “rehacer” la relación con su hijo, una relación que se fue deteriorando con los años, y que en la primavera de la adolescencia es terreno es fértil para compartir, para charlar.

Para las mujeres el cuidado de sus hijos no está en su lista de futuribles, porque ya forma parte de su presente de forma intensiva –Sol es la excepción que confirma la regla– y en consecuencia ninguna lo menciona. Las mujeres están en el aquí y el ahora, su mayor, deseo es vivir el presente (Ángela), el día a día (María). No tienen ninguna asignatura pendiente porque ya están realizando sus anhelos: conducir un programa de radio (Isadora), llevar su propio negocio en otro país después de vender su casa y tirar todo por la borda para empezar una nueva vida (Nor), haber construido su propio taller o profesión (Gradiva), etc. y ahora andan pensando en metas más sublimes, en el sentido de que son difíciles de alcanzar, por que el mandato del maternazgo las convierte en inalcanzables por el momento. Son metas que van más allá del cuidado de los niños y de la profesión: recolocarse personalmente, al margen de la profesión, y alimentarse para desarrollarse como persona (Gradiva), conocerse mejor y crecer espiritualmente (Cristina), servir a los demás (Nor), vivir fuera de la ciudad más cerca de la naturaleza (Isadora, Alejandra), jubilarse en Cuba o Marruecos (Marta), etc. Alejandra que emprendió la construcción de una nueva familia con su segunda pareja, añora la vida de amante apasionada incompatible con la de madre, y sueña con algún día estar más libre para estudiar o viajar (Alejandra); a corto plazo lo único que pide es poder realizar paseos en soledad por el bosque y un poco de silencio para leer, nada más.

También algunos hombres tienen asignaturas pendientes que tiene que ver con el desarrollo personal, más allá de los hijos y las familias. Para David la asignatura pendiente es aprender las lecciones de las rupturas precedentes,

aceptar que hombres y mujeres no podemos llegar a entenderemos nunca y el único camino es aceptación mutua. Para Andreu, alcanzar una actitud de dar más que de pedir, es su objetivo personal. Para Joan es estar al servicio de los demás.

Mejorar la comunicación, combinar todos los ex, para el bienestar de todos

Compartir y “mejorar la comunicación” con su hijo es también la primera asignatura pendiente de Lluís, quién nunca disfruto de mucha intimidad con sus padres, quiere forja un vínculo diferente con su hijo. Mimo, que siempre ha tenido excelente relación con sus hijos varones, rehacer la relación con su hija, conseguir una buena comunicación, es su asignatura pendiente. Para Eudald, que sufrió mucho porque la madre de sus hijas le impuso negar la crisis durante los primeros tiempos de la ruptura, actitud que ellas han heredado negándole la palabra, sigue sufriendo por ello, y a pesar de los años pasados, si no logra comunicarse sinceramente con ellas nunca estará tranquilo. Esta es su verdadera asignatura pendiente.

Mejorar la comunicación con los hijos también forma parte del universo deseable de Sol –la única que salió de la escena reproductiva a tiempo completo–, y para aquellas mujeres que dieron el paso hacia el *child commitment* con su segunda pareja. Estoy hablando de Júlia y de Alejandra. Para ellas, el cuidado de sus hijos, no es la asignatura pendiente, pero lograr una buena comunicación con ellos sí, pues sienten que después de haber vivido en solitario con ellos, después del divorcio, el nuevo núcleo familiar que se instaló en su hogar, de alguna forma los destronó o los desplazó. De hecho, Pau, el hijo de Júlia, a pesar de la buena relación que tiene con el nuevo esposo de su madre, y del cariño profundo que siente por sus dos nuevos hermanos, que nacieron cuando él estaba en su primera

adolescencia, verbaliza con mucha claridad su sentimiento “*me siento segregado*”, pero no da espacio a su madre para poder hablar con franqueza sobre ello. A una edad muy temprana, 18 años, considera que su casa es la casa de siempre, la de su madre, pero pasa mucho más tiempo en la casa de los padres de su novia. Por su parte, Tomás, hijo de Alejandra, que también vivió como Pau, el advenimiento de su hermana siendo adolescente (a los diecisiete años), se emancipó muy temprano (a los 18 años) y se fue a vivir a la casa de los padres de la novia, también, en unas circunstancias francamente difíciles, por el estado de salud de sus parientes de la novia, pero precisamente por ello allí siente que es útil y que su presencia goza de pleno reconocimiento. A Alejandra le falta algo, a pesar de haber puesto en bienestar de su hijo como condición para iniciar una nueva relación todavía hoy vive que su nueva maternidad se llevó la pasión por su pareja por los aires, y también tocó el fuerte vínculo que tenía con su hijo.

A Sol más que mejorar la comunicación con su hijo lo que le gustaría es armonizar los dos planetas diferentes en los que transcurre la vida de él: el mundo conservador de su padre y el mundo *cumbaya* de ella, su nueva pareja, sus sobrinos. A tal fin, se marca como asignatura pendiente reconciliarse con la familia del padre de su hijo (su ex marido y su nueva esposa), y también con la ex esposa de su actual marido, por los hijos de este. De una forma similar, pero con otro propósito, Eudald formula la necesidad de “combinar todos los ex que andan por ahí”, esta es su segunda asignatura pendiente. La idea de Eudald, que tienen una nueva relación de pareja con una mujer que ha aportado sus propios hijos a la unidad familiar, y con la que no tiene hijos comunes, y que él mismo considera utópica, es alcanzar la auténtica reconstitución familiar. Dejar de hacer compartimentos estancos (yo con mis hijas de mi ex esposa, yo con los hijos

de mi actual, etc.) y funcionar como una única familia, que celebra unida fechas señaladas como el fin de año, o cualquier día del calendario. Combinar todos los ex no es tarea fácil, pero desde luego esta deviene más compleja cuando hay presencia de “otros” hijos, los hijos de mi actual, a los hijos con mi actual, además de mis hijos previos.

Ellos: pareja, hogar y familia

La estabilidad emocional ocupa un lugar importante en los propósitos de algunos hombres (Lluís, David y Mimo) y en menor medida, y con muchos más matices, también para las mujeres (Eva, Paulina y Nor). Las personas que están en relaciones LAT (living appart together) se cuestionan y valoran la oportunidad o capacidad para dar el paso hacia una relación más vinculante. Lluís se propone dar un paso adelante y comprometerse más, “tirarse a la piscina”, construir un hogar común y convertirla en una relación de familia. Mimo, engarzado en una relación no estable, definitivamente quiere unir amor y sexo, porque el sexo sin amor no tiene ningún sentido. David, consciente de que la edad es un serio hándicap –pues no quiere jugar a la pelota con su hijo desde una silla de ruedas– quiere tener una relación de pareja con raíces y un hijo bien tenido.

Ellas: ¿cómo vivir en pareja y no perderse?

Paulina, se pregunta seriamente “¿me podré permitir alguna vez tener una relación más vinculante y no perderme en esta relación?” Vive la contradicción de que le cuesta mucho decir no a su hombre, y cada vez que hace algo que no quería le odia; y la convicción de que no quiere dejar de hacer nada que sea importante para su evolución individual. A Eva, no le gusta estar sola, se plantea volver con su ex Marido, pero no sabe cómo lo harían. A Nor le gustaría que alguien la mimara, que le dijera cosas monas, pero verdaderamente ahora le interesa más conocer a los hombres como

seres humanos que iniciar una nueva relación de pareja. Scarlett es el contrapunto a este discurso tan individualizador de la parte femenina. Ella ha tenido amantes, se ha casado, ha viajado, ha trabajado,... y su única asignatura pendiente es formar una familia grande y numerosa. Su hija ha crecido demasiado rápido, se queda sola y quiere llenar este vacío porque “tiene mucho amor, le sobra”.

DE LA QUINTA PREGUNTA: ¿HOMBRES Y MUJERES SIGUEN CAMINOS DIFERENTES DESPUÉS DE LA RUPTURA?

El tema es tratado con mucho respeto. En parte, la experiencia propia marca la visión del asunto. Hay quién lo tiene clarísimo: hombres y mujeres somos diferentes: por naturaleza y por desarrollo personal. Otras personas no se habían planteado nunca esta cuestión. Habían oído que ellos se casan más rápidamente que ellas. Revisan rápidamente como les ha ido en su vida y a como le ha ido a su ex pareja. La experiencia muestra que el patrón de género no es tan evidente. Percepciones contradictorias. Tópicos irrefutables conviven con opiniones con muchos matices. Los intentos de generalización llevan la textura del ensayo. En el fondo hombres y mujeres no nos conocemos tanto. Nos inventamos mutuamente. El diálogo es imprescindible.

Diferencias naturales, necesidades humanas

El binomio clásico entre lo femenino y lo masculino es evidente para algunos biógrafos y biógrafas. La naturaleza humana de hombres y mujeres es muy diferente. Es evidente a los ojos, se ve, se toca, somos diferentes y complementarios (Andreu). La naturaleza nos hace diferentes, ellos son cazadores, infieles por naturaleza, ante la adversidad se emborrachan; nosotras somos protectoras, emotivas, ante la adversidad lloramos (Gislan). Ellas emocionales, ellos prácticos (Tomi). Ellas sensibles tienen sensibilidad, los hombres no (Lluís).

Somos muy diferentes, pero de nuestra diferencia no se deduce necesariamente que después de la ruptura sigamos caminos distintos, hay muchos otros factores que intervienen. Es individual, no se puede generalizar (Gislan). No hay que hacer dogma de ello, depende de las circunstancias de la ruptura, estar con los hijos condiciona. (Bruce). Depende de la edad y del cuidado de los hijos (David). Depende de lo que haces con lo que te pasa: la ruptura es un cambio, lo aprovechas para crecer o para volver a caer en los mismos errores (Cristina). Antes diría que ellos son más cobardes para afrontar la vida solos y que se buscan enseguida a alguien pero ahora creo que no es una cuestión de sexo, sino de personas, de lo que buscas en la vida: comodidad o un sentimiento auténtico (Eva).

En general la experiencia no avala un patrón de género muy claro de las trayectorias familiares después de la ruptura pero alcanzar la estabilidad emocional es una necesidad de todos (Joan). Todos buscamos estar con alguien, en eso somos totalmente iguales (Tomi). Somos muy diferentes, pero en este aspecto somos exactamente iguales, tenemos una evolución muy parecida, buscamos a alguien sin obsesión (Pol) ¿De todos y todas? Es posible, lo que pasa es que la vía para conseguirlo no pasa necesariamente por la constitución de una nueva pareja y familia. Las madres que están con sus hijos parece que son más estables. Hemos visto en la sección anterior que para ellas (Maria, Eva, Nor) y también para ellos (Pedro, Bruce, Joan, Patrick, Joan Miquel, Mimo) una nueva vida en pareja no es la principal prioridad, hay otras cosas que importan más.

Nueva pareja: Dependencia masculina y negociación femenina

Frente a la idea de que los hombres soportan peor la soledad solo hay una voz discordante. Es Joan Miquel. En su opinión, tanto la sole-

dad como el tema del sexo la llevan peor las mujeres.

Ellas afirman y argumentan que los hombres no soportan estar solos. (Eva, Nor, Paulina, Maria, Alejandra, Isadora). Aunque piense que depende de las personas, Eva cree que los hombres son más cobardes para enfrentar la vida solos, se buscan a alguien enseguida. Alejandra cree que los hombres se mueven mucho por el sexo y a los seis meses ya se han comprometido con alguien *“Las relaciones que conozco de hombres que se han separado, pero es que no te sabría decir por qué...empiezan tonteando y a los seis meses ya están viviendo en las mismas casas que ellas. Yo creo que a la mujer nos gusta vivir más independientes, es mi caso. Yo creo que también el hombre depende más, es casi como tradición. Yo veo a mi pareja actual, o a mi ex marido, que era mucho más independiente, pues acaban dependiendo mucho de sus madres; es como sentirse protegido por alguien. Una especie como de nido, o a lo mejor a las mujeres no nos importa tanto. O sea el nido es tuyo pero no necesitas a nadie más y ellos como que buscan a lo mejor un nido...a lo mejor se sienten más fracasados, no lo sé...”* Son más dependientes que las mujeres. En palabras de Sol *“Me dijeron “no sé por qué te preocupas tanto por él, mira cuanto ha tardado en encontrar a otra” y yo estoy convencida de que me quería mucho pero los hombres necesitan que les cuiden y les monten la intendencia, es prácticamente instantáneo. Van mucho más rápido los hombres que las mujeres en reconstruirse que las mujeres. Yo seguí dando vueltas durante más tiempo”*.

Reforzando la misma argumentación, para Isadora los hombres solos no se adaptan, están inquietos, encuentra a una mujer más fácilmente. Sin embargo, las mujeres no quieren saber nada de los hombres, se quejan mucho de los hombres. ¿Por qué? *“Los hombres tienen menos recursos. Yo los siento como más inexpertos y menos capacitados. Y después*

también, a veces, queremos a unos hombres y a otros no. Hombres que están muy bien no los sabemos valorar, porque buscamos a un tipo de macho dominante. En el caso de mi ex marido, por ejemplo, durante un tiempo ha tenido más o menos novias, y también, y eso es verdad, el no se ha tenido que esforzar prácticamente. Es como si de mujeres hay muchas más disponibles y más interesantes, el no ha tenido que buscar por Internet, a pesar de que hay muchos hombres. Yo tengo la sensación de que cualquier hombre decente puede encontrar a mil mujeres enseguida, decente en el sentido de que sea un poco trabajado. Esta es una de las cosas en las que encuentro que están mal, el tema del crecimiento personal... Yo busco a un hombre trabajado, porque si no me aburro. Si no puedo hablar de mis sentimientos, de lo que me pasa, de cómo vamos cambiando,... me aburro” (Isadora).

David estaría de acuerdo con ella: *“Mira, no te lo sé decir ahora porque habría que pensar un rato, pero tengo esa impresión de que ellas han aprendido más, o sea, la intimidad es el mundo de la mujer, no del hombre,... el mundo afectivo es el mundo por excelencia femenino. Entonces, cuando hay una ruptura las mujeres manejan mejor esto que los hombres, quiero decir, aunque estén heridas. Eso no lo discuto, ¿no? O sea, tengo la impresión de que los hombres repetimos más patrones, o sea, que vamos a buscar otra mujer que es fotocopia de la anterior, que muchas veces es fotocopia de la madre, ¿sabes? por la cosa edípica. Y en cambio las mujeres, me he fijado que no, que hay más variabilidad en el tipo de hombre con el que se pueden juntar otra vez,... lo cual, ya te digo, estoy pensando en voz alta, ¿eh?... que como las mujeres aprenden más de la ruptura y que no vuelva a caer, no quiero decir que sea cien por cien de lección aprendida, ¿eh?, pero que tiene más facilidad para no reproducir patrones, y en cambio los hombres sí.”*

“Las mujeres dejan a la pareja porque no son felices; los hombres porque hay otra mujer” (Marta). Marta piensa que si no tienen ya otra mujer antes de la ruptura igualmente se casan enseguida. Las mujeres que no tienen hijos también, pero si tienen hijos les cuesta mucho. Este no es su caso, Marta cuando se divorció tenía dos hijos muy pequeños *“Yo he tenido mucha suerte, mi madre dice que me ha tocado la lotería: tienes a San José de paisano”*. Nor cree que los hombres repiten el mismo esquema o se buscan a una mujer más joven para continuar en este estadio de enamoramiento. Las mujeres son más maduras, más responsables, desarrollan su proyecto personal aunque tengan hijos, son más autosuficientes, y tienden a estar más solas.

Paulina también cree que las trayectorias post divorcio dependen más de cuestiones personales, pero, *“Para ellos es más importante tener pareja que la calidad de la pareja. Mi ex se emparejó enseguida, yo no me empareje hasta que me enamoré”* (Paulina) *“Yo tengo la impresión de que no hacen duelo de las relaciones, echan tierra encima. Luego, también el tópico de que conectan muchísimo menos con sus emociones y por tanto establecen relaciones de necesidad, no aman mucho, cuando dicen te quiero es como de memoria. Igual me equivoco, claro, es como hablar de otro, de una especie distinta.”* Aquí Paulina tiene un aliado, David, que como ya he dicho más arriba está convencido de que los hombres y la mujeres somos tan diferentes que difícilmente podemos comprendernos, a lo sumo podemos aceptarnos mutuamente.

Según María, después de una ruptura los hombres se sienten desprotegidos: *“quizás los jóvenes se comportan de otra manera, pero los de mi edad buscan una pareja enseguida, si es que no la tienen ya, quizás buscan una madre”*. David le da la razón a María. Los hombres buscan una mujer parecida a la anterior, repiten esquemas, buscan una madre, porque después de una ruptura se quedan rotos, y sin

afectos, en cambio las mujeres tienen a los hijos y aprenden mejor la lección. Joan añadiría que *“los hombres se quedan desamparados, olvidan a los hijos de la primera unión, se vuelvan a casar y se consagran al trabajo, en cambio las mujeres además de los hijos, si se vuelven a casar ganan un segundo padre; en cambio ellos a veces en una segunda unión incluso se convierten en padrastros amargados”* (según Joan). Al soportar mal la soledad, y el precipitarse en iniciar una nueva relación lleva a los hombres a negociar mal esta segunda relación, dice Eudald, ellas negocian mucho mejor. Tomi considera que el hombre es más práctico, mientras que la mujer al ser más emocional se adapta mejor a la nueva situación, y al mismo tiempo es mentalmente fría, más calculadora.

Opciones personales, oportunidades vitales y restricciones de género

Júlia diría que es una cuestión de opciones y de oportunidades: *“Yo no lo tengo claro, realmente que hombres necesiten más que las mujeres, yo pienso que todos somos personas con necesidades, y que cada uno las elabora y las digiere como puede y como sabe, ¿no? Y que capacidad tenemos los hombres y las mujeres. Yo pienso que todos somos personitas que vamos haciendo con nuestras dificultades, los hombres y las mujeres... Entonces, quiero decir claro, es que “hombre, es que claro los tíos no saben estar solos y enseguida buscan pareja, pues no lo sé, habrá que si y habrá que no y habrá mujeres que también lo harán y habrá mujeres que no. Al final pienso que es una cuestión de opciones y cada uno debe elegir la suya, ¿no? Seas hombre o seas mujer, ¿no? Y después de posibilidades, ¿no? pero primero de opciones. Y pienso que por lo que sea no estamos educados para enfrentar la vida con una cierta conciencia ¿no? Al menos yo y mi generación, no sé a nuestros hijos que les pasará ¿no? Pero un poco esto de*

que uno nace en una familia y luego se casa y tiene hijos y para toda la vida, hasta que la muerte nos separe, yo por ejemplo me lo creía, ¿no? y no tenía ningún aprendizaje, no recibí la educación de que yo tenía que poner conciencia con las cosas y que cuando uno se va a vivir con la pareja, con una amiga o con quien sea tiene que hacer un aprendizaje de convivencia y que debe haber una negociación y llegar a unos acuerdos, no, “Porque que importa, ¿no? si nos amamos?” “Pues no, esto no funciona así. Si que has de amar al otro ¿eh? Tampoco estoy diciendo que una pareja tenga que ser una cuestión sólo de compromisos y negociaciones, ¿no? Yo pienso que si no hay amor y enamoramiento al principio mal asunto, pero sí que tiene que haber todo lo demás”

David, en plena sintonía con la explicación demográfica convencional, argumenta que las menores oportunidades de las que gozan las mujeres proceden de la inmovilidad otorgada por el mandato de cuidar a los niños, pero incorpora un ingrediente adicional de sumo interés: emocionalmente al disfrutar de la compañía de los hijos están más equilibradas que los hombres. *“Si hay hijos tengo la impresión de que las mujeres necesitan menos otra relación de pareja, porque el núcleo familiar ya está, porque los hijos suelen quedarse con la madre. Y por otra parte, tienen menos posibilidades de establecer otra relación de pareja porque existe el lastre de los hijos viviendo con la madre y la nueva pareja debe aceptar el paquete entero. Y si los hijos son pequeños, pues lo que pasa con los canguros ¿no? que si quiere tener ni que sea un amante, o alguien con quien tener un momentito afectivo y de intimidad, pues las mujeres lo tienen más negro porque tienen que cuidar al crío y entonces o tiene mucho dinero para poder pagar canguros un día y otro y ir tirando cables a ver si sale algún nuevo candidato al corazón, (ríe)... La situación es esta para las mujeres, tienen más estabilidad pero a la vez esta estabilidad es más*

inmovilizante. Para los hombres, siento que la ruptura es doble, porque pierden la pareja y pierden los hijos, y eso es muy doloroso para los hombres, ¿no? Tengo esa impresión, que los hombres primero se quedan doblemente heridos y huecos por un lado y por el otro tienen más movilidad o más facilidad para encontrar nuevas parejas y también porque la edad no cuenta tanto, ¿no? Un hombre puede tener 50 años y puede juntarse con una mujer de 30 o de 35 y al revés es más difícil por lo que sea. Y si no hay hijos, yo tengo la impresión de que las mujeres salen ganando mucho después, o sea que es menos doloroso para ellas...” [...] También depende de quién deje a quien, porque eso marca mucho el duelo. [...] Y por otra parte como que a muchos hombres los hijos más bien les dan pánico, o sea les da miedo, no quieren saber nada de hijos. Pues con el paso del tiempo, lo que parecería que para las mujeres es un hándicap, o sea que va pasando el tiempo y cada vez es claro están más cerca de la edad de la menopausia, que no se pueden quedar embarazadas, que quizás en otras épocas históricas esto habría sido un argumento contrario a establecer nuevas parejas porque los hombres querían hijos, pero como hoy lo de los hijos está tan así y muchos hombres más bien no quieren oír hablar de hijos, pues no siento que sea en demasiados casos un hándicap no, para las mujeres”. (David).

Al final quedarse con los hijos no es un hándicap, es una fortaleza. Joan que tiene la custodia de su hija, tiene una actitud parecida a la de las mujeres respecto a los criterios para formar una nueva pareja: tiene que ser alguien que comparta la misma idea de servir a los demás, el gran proyecto de su vida, si o no merece la pena.

CONCLUSIONES: EL NECESARIO DIÁLOGO ENTRE MUJERES Y HOMBRES

Desde la demografía hemos estudiado la complejidad de las trayectorias post-divorcio,

a partir de encuestas biográficas, estimando la intensidad de las transiciones post divorcio hacia una nueva unión, y hacia nuevas paternidades y maternidades, y hemos elaborado un atlas que da cuenta de la diversidad de situaciones. En ciertos países, las trayectorias post divorcio no difieren tanto entre hombres y mujeres, pero en general los grandes números sí permiten confirmar, para muchos países (España, entre otros), que los hombres se casan más rápidamente y con mayor intensidad que las mujeres y se convierten de nuevo en padres antes que ellas; la interpretación de esta perspectiva es bastante simple: el hecho de que ellas tengan la custodia de los hijos les impide iniciar una nueva vida familiar. Pero a partir del estudio cualitativo, para un grupo que puede considerarse pionero del cambio social familiar en España, hemos visto que las decisiones post-divorcio son bastante más complejas: casarse de nuevo y tener hijos, no es precisamente la cuestión, ni para las mujeres ni para los hombres; otras consideraciones relativas a cómo vivir la sexualidad y la afectividad entran en juego en el post divorcio.

Vida en pareja

En principio el objeto de estudio principal de esta investigación eran las trayectorias familiares después de la ruptura (nuevas relaciones de pareja y filiación), pero para dar sentido a las biografías de uniones y desuniones, la referencia a la historia de vida completa, a los puntos fuertes y débiles de la propia existencia, a aquellos acontecimientos que, como el divorcio, fueron nudos biográficos y marcaron períodos biográficos distintos, ha sido algo recurrente en nuestras entrevistas-monólogos, demostrando que lo que decía Courgeau acerca de la visión integral de las biografías no es solo un objetivo del investigador sino una necesidad de los biógrafos y biógrafas. En concreto, las referencias a la vida en

pareja antes de la ruptura han sido frecuentes e inevitables. Así, las personas entrevistadas nos cuentan en qué medida, antes de la ruptura, se garantizaba (o no) la sexualidad satisfactoria, la calidad afectiva y el desarrollo de la propia identidad; tres dimensiones que actualmente pueden considerarse vitales en la vida de pareja, y que si hubiéramos querido investigar directamente con las personas que viven en unión, seguramente obtendríamos una imagen bastante más velada. Tal como decía Christine Delphy (1982), el divorcio nos muestra la auténtica naturaleza del matrimonio, o dicho en otras palabras, revela la caja negra que es el matrimonio (Cardoso, 1996).

♀♂

Hombres y mujeres pueden encarnar opciones parecidas después del divorcio, pero las posibilidades y las restricciones pueden divergir también por el peso del contrato de género imperante que marca derechos y obligaciones diferentes a cada género. Antes y después del divorcio nos relacionamos con los hijos de manera diferente. Para las mujeres cuidar de los hijos es una obligación, y realizarse profesionalmente el derecho que han conquistado. Para los hombres la profesión es una obligación, cuidar de sus hijos todavía no lo reclaman como un derecho pero tener una relación con ellos sí que es su principal asignatura pendiente, o sea que al menos a nivel de discurso, una **nueva masculinidad está emergiendo**.

Los hombres sienten que tienen que llevar las riendas de la relación, para crearla o para deshacerla. Viven muy mal que una mujer se quiera separar, que tome la iniciativa, y que no sea él quien inicie la ruptura. Les cuesta aceptar que su ex esposa ya no es suya, se creen en el derecho (u obligación) de intervenir en la gestión de su vida. Sin embargo, la presencia institucional de otra mujer en su vida –vía matrimonio– suele ir acompañada

del fin del protectorado de la ex esposa. Para las mujeres su desarrollo personal es lo primero. Los hijos y su casa son algo sagrado, no tienen necesidad de mencionarlo, no van a faltar a esa obligación. Si tienen margen para pensar y negociar, no van a hipotecar su propia identidad para crear un nuevo hogar con alguien con quién no comparte la misma idea de casa. Se preguntan si es posible tener una relación de pareja vinculante y no perderse.

Miradas cruzadas

Nuestro estudio nos ha permitido también contrastar lo que los hombres cuentan sobre su propia experiencia con lo que las mujeres perciben de ella, y viceversa, confrontar la experiencia narrada por las mujeres con la percepción que de ella tienen los hombres. De las miradas cruzadas, hemos aprendido más allá de los estereotipos que dictan que ellos se casan rápido y ellas se quedan ancladas cuidando a sus hijos, ellas los ven a ellos con muchos más matices y ellos a ellas también. Ellas si piensan que ellos por pánico a la soledad se lanzan más rápidamente que ellas a vivir en unión, al margen de la calidad de esta relación, pero esta no es la única opción. Los hombres reconocen que el mundo afectivo es de las mujeres y que por tanto gestionan mejor la ruptura y la post ruptura porque se atreven a conocer sus emociones, mientras que los hombres, y además son los mismos hombres los que son más beligerantes con su género, siguen tomando el trabajo fuera de casa como religión y olvidan sus afectos, porque les duele tanto que no saben qué hacer con ellos. Con esta investigación yo he aprendido mucho acerca de los hombres. En mi caso, quizás por el hecho de ser mujer, pero no sólo por eso, también porque en demografía de la familia se ha investigado menos acerca de las experiencias de los hombres después del divorcio, más allá de su rol como padres no residentes (Solsona et al., 2007). En este sentido, se nos

fueron desmontando algunos supuestos respecto a los patrones de género, en el sentido que el proceso de ruptura es lento, arduo, y entraña sentimientos no únicamente de desamor sino también de culpabilidad y vulnerabilidad para ambos, hombres y mujeres, a la vez que confiere una mayor conciencia y fortaleza para redefinir la propia intimidad y afrontar nuevas relaciones amorosas.

Somos iguales y somos diferentes. El dialogo es imprescindible. Un diálogo que pueda ir más allá de los estereotipos. Un dialogo basado en las propias experiencias. Si un mejor conocimiento de las experiencias de hombres y mujeres, de sus percepciones y expectativas no nos lleva hasta la comprensión mutua, si nos ayudará a aceptarnos, a reconocernos, a respetarnos. Y el respeto es la base del amor. En este sentido, las iniciativas de diálogo de la Associació AulaMón me parecen del todo acertadas.

BIBLIOGRAFIA

- Antoine, Philippe & Eva Lelievre (2006) “Qui est flou: la temporalité, l'événement ou l'état?” a Groupe de réflexion su l'approche biographique (2006), *Etats flous et trajectoires complexes*, INED, Méthodes et savoirs, N 5, pp. 25-28.
- Antoine, Philippe et alt. (2006) “Unions et désunions: les histoires d'amour ne sont jamais simples!” a Groupe de réflexion su l'approche biographique (2006), *Etats flous et trajectoires complexes*, INED, Méthodes et savoirs, N 5, pp. 61-86.
- Bry X., Antoine Phillippe (2004) “Explorer l'explicatif: application à l'analyse biographique” *Population-F*, Vol. 59 n° 6, pp. 909-945.
- Bauman, Zygmunt (2003): *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Blanchet, Alain & Gotman, Anne (1992) *L'Enquête et ses méthodes: l'entretien*, Nathan Université, Sociologie 128
- Brullet, Cristina (2007) “Transformacions familiars, cura dels infants i npolítiques públiques” a *Reflexions Jornades de la Infància. Famílies que eduquen*, CIIMU, Institut d'Infancia i Món Urbà, Barcelona, pp. 53-54.
- Castrén, Ann-Maija (2008), “Post-Divorce Family Configuration” in Widmer, Eric D. & Riita Jallinoja (eds.) *Beyond the Nuclear Family: Fsamilies in a Configurational Perspective*, Bern, Peter Lang, Population, family and Society, Vol. 9, pp. 233-254.
- Delphy, Christine (1982) “Matrimonio y divorcio el doble atolladero” a Delphy, Christine (1982), *Por un feminismo materialista. El enemigo principal y otros textos*, Barcelona, La Sal. Edicions de les dones.
- Giddens, Anthony (1992), *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid, Catedra
- Gittins, Diana (1993) *The family in question*, The Mac Millan pres Ltd, London.
- Houle, René, Solsona, Montse, y Treviño, Rocío (2006): “Divorcio y trayectorias familiares post-ruptura ¿un fenómeno nuevo?” en Roigé, Xavier (ed.), *La familia en Cataluña. Continuidades y cambios*, Barcelona: Icaria, pp. 437-470.
- Houle, René; Simo, Carles; Solsona, Montse & Treviño, Rocío (1999) “Análisis biográfico del divorcio en España”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* n° 88 (Oct. Dic.), pp.11-35.
- Ketokivi, Kaisa (2008), “Biographical Disruption, the Wounded Self, and the reconfiguration of Significant Others”, in Widmer, Eric D. & Riita Jallinoja (eds.) *Beyond the Nuclear Family: Families in a Configurational Perspective*, Bern, Peter Lang, Population, family and Society, Vol. 9, pp. 255-278
- Laborde, Caroline, Lelievre, Eva & Géraldine Vivier (2007) “Trajectoires et événements

- marquants. Comment dire sa vie? Une analyse des faits et des perceptions biographiques”, *Population-F*, 62 (2), 567-586
- Le Bras, Hervé (2003), “L’illusion familiale” a Marcela Iacub et Patrice Maniglier (Dir.) *Famille en scènes Bousculée, réinventée, toujours inattendue*, Paris, Éditions Autrement – Collection Mutations n° 220
 - Lelièvre Eva, Vivier Géraldine, (2006), «Les figures parentales dans l’enquête «Biographies et entourage», in AIDELF (Association internationale des démographes de langue française), *Enfants d’aujourd’hui diversité des contextes, pluralité des parcours*, Paris, Presse Universitaires de France
 - Levi-Strauss, Claude (1974) “La familia”, a *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*, Barcelona, Cuadernos ANAGRAMA, original: Levi-Strauss, Claude (1956) “Family” en Harry L. Shapiro (ed.) *Man, Culture and Society*, Oxford University Press, New York
 - Martin, Claude (1994). “Diversité des trajectoires post-désunion. Entre le risque de solitude, la défense de son autonomie et la recomposition familiale”. *Population*, 6, p. 1557-1583.
 - Roussel, Louis (1993), “Sociobiographie du divorce et divorcialité”, *Population*, n° 4, pp. 919-938.
 - Simó, Carles & Solsona, Montse (2003), “Importancia de la participación laboral como determinante del divorcio en España”, *Papeles de Geografía* 37, pp. 245-259, Universidad de Murcia
 - SOLSONA, Montserrat (en prensa) Biografías de divorcio: cambios de estado borrosos y trayectorias familiares complejas, Revista: *Notas de Población* 91, Chile
 - SOLSONA, Montserrat (en prensa), Després d’un divorci: com reconstruir la pròpia biografia familiar?
 - *Revista Catalana de Sociologia* 26, Barcelona
 - SOLSONA, Montserrat, Laia FERRER (en prensa), (Re)construcció de les maternitats i les paternitats després d’un divorci, *Treballs de la Societat Catalana de Geografia* 69, Barcelona
 - Simó, Carles & Montse Solsona (2010) “El registro estadístico de las rupturas de unión en España: Evaluación e ideas para avanzar desde la demografía”, *Papers de Sociologia*
 - Garcia, Thaïs, Solsona, Montserrat (2011) El divorcio como nudo biográfico. Una revisión de la literatura reciente desde la perspectiva de la vulnerabilidad post-divorcio, *Documents d’Anàlisi Demogràfica* 57(1), pp. 105-126, Barcelona
 - Solsona, Montserrat (2011) Matrimonio y divorcio, el doble atolladero. Notas de un estudio cualitativo sobre el caso español, en *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, pp. 73-84, Series CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile
 - SOLSONA, Montserrat (2009) Narrar la propia biografía después de un divorcio. Notas de un estudio cualitativo de interés para la demografía, *Estudios Geográficos*, Vol. LXX, N° 267, pp. 633-660, Madrid
 - Simó, Carles & Spijker, Jeroen (2009) *Traectorias pos divorcio en España y en Europa: análisis de la asimetría de género en la formación de nuevas uniones*, comunicación presentada en el V Congrés Català de Sociologia, Universitat Autònoma de Barcelona, 17 de abril.
 - Carles Simo, Jeroen Spijker & Monserrat Solsona (2009) *Post divorce in Europe. Repartnering, new maternities and paternities*, European Network for the sociological and demographic Study of Divorce, 7th conference, University of Antwerp, 25-26 June 2009.
 - Solsona, Montse, Ferrer, Laia, Simó, Carles, & John MacInnes (2007): “Trayectorias familiares después del divorcio. Una revisión

XII Seminario de autoformación de la Red CAPS

- sión de las contribuciones recientes desde la demografía”, *Documents d’Anàlisi Geogràfica*. pp. 217-234.
- Solsona, Montse & Simó, Carles (2007) “Evolución histórica del divorcio en España desde la aprobación de la ley de 1981 hasta la reforma de 2004” in CABRÉ, Anna y Pau Miret (coordinadores): *La constitución familiar en España*, Fundación BBVA, pp. 245-296
 - Solsona, Montse, Simó, Carles & Houle, René (1999): “Separation and divorce in Spain in the context of the European Community”, *South European Society & Politics*, 4, pp. 195-222.
 - Treviño, Rocío; Solsona, Montse; Simo, Carles & Houle René (2000) “Los deter-
 - minantes sociodemográficos y familiares de las rupturas de uniones en España: La normalización del fenómeno”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XVIII,I pp.101-235.
 - Tur, Montserrat (2007) “Ruptura i recomposició familiar: transicions i compromisos de cura. El dret davant les ruptures familiars” a *Reflexions Jornades de la Infància. Famílies que eduquen*, CIIMU, Institut d’Infancia i Món Urbà, Barcelona, pp. 53-54.
 - Widmer, Eric D. & Riita Jallinoja (eds.) *Beyond the Nuclear Family: Families in a Configurational Perspective*, Bern, Peter Lang, Population, family and Society, Vol. 9

T1 Biografías (26) de unión, desunión y posruptura. Áreas metropolitanas de España en la Primavera de 2008

ID	Pseudónimo	Profesión	Nacimiento	Unión	Tipo unión	Hijos	Inicio Crisis	Ruptura	Nuevas uniones	Relación actual	Nuevos hijos
<i>Mujeres</i>											
1M	Àngela	médica	06/11/1951	1975	casada	1977; 1980	1987	2005	2005	LAT	No
2M	Gradiva	arquitecta	25/03/1955	1975	casada	1977	1978	1993	1995	casada	No
3M	Eva	bailarina	11/10/1947	1968	casada	1969;1973	1990	1995	1994-2003	No	No
4M	Sol	empresaria	30/03/1961	1986	casada	1988	1990	1991	1992	casada	No
5M	Cristina	administrativa	20/05/1956	1978	casada	1981;1984; 1986;1989	1996	2004	2004	cohabitante	No
6M	Júlia	pedagoga	25/10/1958	1973	casada	1984	1980	1986	1991	casada	1997; 2000
7M	Paulina	documentalista	16/03/1957	1982	casada	1989	1982	1992	1993/2001	LAT	No
8M	Maria	secretaria dirección	05/01/1953	1982	casada	1988	1992	1994		No	No
9M	Alejandra	secretaria dirección	26/10/1966	1984	casada	1985	1984	1994	1995	casada	2002
10M	Nor	empresaria	29/09/1952	1974	casada	1977;1986	1985	1993	1996/2004	No	No
11M	Scarlett	cocinera	29/07/1968	1991	casada	1993	1991	1994	2002/2007	noviazgo	Deseo
12M	Marta	periodista	13/10/1962	1984	casada	1988;1991	1991	1993	1994	cohabitante	No
13M	Isadora	periodista	09/12/1956	1984	casada	1988; 1993	1996	1997		no estable	No
<i>Hombres</i>											
1H	Pedro	sociólogo	01/05/1960	1981	C-LAT	1995	1981	1996		No	
2H	Lluís	profesor	25/08/1964	1989	casada	1994	1996	1997	1997/1998	LAT	
3H	Andreu	empresario	09/06/1956	1983	casado	1987;1991	1993	1995	1998	cohabitante	
4H	Patrick	editor	05/09/1960	1990	casado	1991-94-96	2001	2003		no estable	
5H	Manuel	filósofo	16/05/1963	1989	cohab.	1991	2000	2002	2004	casado	Adopción
6H	Mimo	constructor	07/10/1956	M2: 1991	casado	1994	1995	2002		no estable	
7H	Eudald	psicoanalista	02/09/1952	1977	casado	1981;1987	1995	1995	2002	cohabitante	
8H	Bruce	aparejador	07/05/1954	U2: 1991	casado	1994	1994	1998	2005/2007	No	
9H	Pol	biólogo	05/10/1964	1993	casado	1998; 2002	1998	2005	2006	cohabitante	No
10H	Joan	profesor	19/09/1955	1990	cohab.	1991	1993	1999	2004	No	
11H	Joan Miquel	periodista	31/12/1958	1988	casado	1993	1993	1994		no estable	
12H	Tomí	empresario	11/07/1956	1986	casado	1993	1996	2000		no estable	
13H	David	escritor	22/01/1955	2002	LAT-C	2004	2003	2004	2007	no estable	Deseo

LAS MÉDICAS DE FAMILIA Y EL PRINCIPIO DE LOGRO

Ana Delgado Sánchez

Médica. Profesora
Escuela Andaluza de Salud Pública

INTRODUCCION

La tendencia de una persona a conseguir las metas que se propone es una motivación común a todos los seres humanos, se desarrolla muy precozmente y está marcada por la construcción de género, por tanto sus contenidos están en continua evolución (1). Sin embargo, los cambios sociales producidos hasta estos momentos no parecen haber borrado los contenidos y significados diferenciales que mujeres y hombres atribuyen al logro.

El logro se define como la consecución de las metas previas que una persona se propone alcanzar, se entiende que es un concepto multidimensional y un proceso motivacional basado en características psicológicas estables de la persona y en elementos contingentes de diferente índole que configuran diversos estilos de logro (2). El logro se diferencia del éxito en que el segundo añade la existencia de un reconocimiento social y público a la percepción de haber alcanzado un logro. Frecuentemente la idea de éxito profesional se ha vinculado a prestigio y a los patrones de socialización masculina (3).

Se distinguen dos tipos de logro que son de gran utilidad para el estudio de las relaciones entre género y logro. La primera dimensión es la percepción subjetiva del logro (LS), definida como la aprehensión y evaluación individual sobre los propios logros; la segunda dimensión es el logro objetivo (LO), que define el mismo de manera externa, se relaciona con metas que deben alcanzar los sujetos en su carrera y son establecidas de forma explícita en el ámbito profesional, son, por tanto,

logros observables y objetivables (4,5). El LO refleja los criterios sociales compartidos, o, podríamos decir, hegemónicos, mientras el LS responde a estándares y aspiraciones personales.

CONDICIONANTES DE GÉNERO

Esther Barberá señala que los estudios sobre este tema excluyeron durante mucho tiempo a las mujeres, y cuando éstas han sido incorporadas los resultados de investigación han obligado a ampliar el concepto de logro y a plantear hipótesis que permitan explicar el significado que tiene el mismo en cada sexo. En una revisión (2), Barberá expone diferentes teorías, centradas en el plano psicológico, que se han usado para explicar las relaciones entre logro o éxito y género; algunas de las más conocidas son, de forma resumida: el *Miedo al éxito*, que produce un conflicto interno; según esta hipótesis, en las mujeres se trataría de miedo a tener éxito (contrario a femenino), mientras en los hombres se produciría miedo a no alcanzarlo o a perderlo (contrario a masculino). Lo anterior se relaciona con la teoría de las *Identificaciones primarias* que propone la necesidad de afiliación de las mujeres como causa de que en las mismas el significado de logro esté vinculado a lo relacional. *Las expectativas de rol sexual*, asociadas en los hombres con el poder y en las mujeres con las relaciones personales. La *Teoría atributiva*, según la cual existen atribuciones causales dominantes en cada sexo, según esta teoría las mujeres tenderían a atribuir sus logros a la suerte y el propio esfuerzo y los fracasos a su escasa capacidad, mientras los hombres atribuirían los logros a la capacidad propia y los fracasos a causas externas. Y el *control de acción*, teoría que distingue a las personas según predomine en ellas la orientación a conseguir un resultado, u orientación extrínseca, versus la orientación más intrínseca centrada en el proceso.

También se ha argumentado sobre el papel de la insuficiente *capacidad de individuación* de las mujeres para explicar sus relaciones conflictivas con el poder, con el éxito (6). En el mundo académico y empresarial, el marco de referencia usado posiblemente con mayor frecuencia para analizar el acceso de las mujeres a los niveles superiores de las jerarquías ocupacionales es el de *El Techo de Cristal*, con dos niveles, interno y externo, y las interacciones entre ambos (7,8).

EL LOGRO Y LAS MÉDICAS

No existen estudios sobre LS en profesionales de la medicina en nuestro país. La investigación sobre LO muestra, de forma consistente en numerosos países, la existencia de desigualdades para las médicas en el acceso a los niveles superiores del desarrollo y la carrera profesional (9,10). Existen un conjunto de méritos que forman parte de la carrera profesional y que sitúan a las personas en los puestos más altos de la profesión médica, estos méritos incluyen el desempeño de cargos directivos en los servicios sanitarios, las sociedades científicas, u otros, el desarrollo de investigación, la docencia, el doctorado, la participación en congresos, en comisiones institucionales, etc.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto cuales son los obstáculos más relevantes que encuentran las profesionales para desarrollar su carrera en condiciones de igualdad y han formulado propuestas de cambio (11,12), incluyendo, en el primer caso, la definición androcéntrica de éxito y competencia (13) y, en el segundo, la revisión de la cultura de trabajo como única medida que puede producir cambios sostenibles en la situación de las profesionales (14).

En una investigación desarrollada con médicas y médicos de familia en Andalucía (15) medimos la consecución de LO y la percepción de logro (LS). Evaluamos el LO midiendo

la realización de 24 actividades profesionales como las anteriormente mencionadas, muchas de ellas se encuentran entre los méritos reconocidos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para ascender en los niveles de la carrera profesional. La comparación por sexo mostró que las médicas de familia realizan con menos frecuencia que sus compañeros 13 de las actividades estudiadas, controlando en el análisis por cargas asistenciales, cargas familiares y efecto del nivel centro de salud. Es decir, hay algún aspecto, más allá de las cargas asistenciales en el trabajo, de las características del centro de salud, y de las condiciones de la familia y las responsabilidades que ésta conlleva, que hace que las médicas de familia realicen menos actividades vinculadas a su carrera profesional que sus compañeros varones.

En la investigación citada incluimos el estudio del LS de médicos y médicas mediante una escala de 22 preguntas, cuya validación arrojó dos dimensiones: Logro/Reconocimiento y Autoeficacia (16).

Al comparar ambas dimensiones por sexo observamos que médicas y médicos obtienen iguales puntuaciones, es decir, tiene igual percepción de haber alcanzado logros profesionales, y ello habiendo objetivado simultáneamente menor LO en las médicas. Esto permite plantear dos hipótesis: o bien las médicas están igual de satisfechas con menos logros profesionales, o bien la percepción de logro tiene diferente significado por sexo.

A mi juicio, el conjunto de hipótesis explicativas usadas hasta la fecha para relacionar el logro con la construcción de género, que proceden mayoritariamente del campo de la psicología, comparten la perspectiva de centrar el problema en **las mujeres y sus barreras** para acceder al éxito (o al poder), problematizan a las mujeres, intentan dilucidar qué anda mal en ellas, al menos en gran parte. Aunque la hipótesis del techo de cristal sí incluye aspectos externos a la persona, que ra-

dican en el medio laboral, no van más allá de los límites de la estructura y la organización del trabajo.

Algunas aportaciones de feministas que han estudiado este u otros aspectos, plantean un punto de vista alternativo sobre los obstáculos para alcanzar la igualdad, el de establecer que existen **barreras en la sociedad y/o en los hombres**. Con esta segunda aproximación se trata de problematizar la estructura patriarcal que dificulta la igualdad de las mujeres, preguntarse: ¿qué anda equivocado en el sistema social?.

Mientras con el primer enfoque buscamos soluciones que se centran, al menos en una medida importante, en diseñar intervenciones dirigidas a las mujeres, con el segundo, las medidas estarían orientadas fundamentalmente a la transformación del modelo social. Maria Markus (17) plantea que las características del logro son diferentes en las mujeres en las que, generalmente, está vinculado a los contactos personales, presenta un alto grado de independencia de las categorías sociales de éxito, definidas por y para los hombres, y busca el equilibrio personal entre familia y trabajo, aspecto que también destaca Clara Coria, añadiendo que ello pone en crisis el concepto hegemónico de éxito (18). Las médicas de familia incluidas en un estudio cualitativo realizado en Andalucía mencionan este mismo requisito, la percepción de equilibrio entre las esferas laboral y personal de la vida, para considerar que alcanzan sus logros profesionales (datos no publicados).

Markus afirma que la filosofía de la “sociedad del logro” supone, ilusoriamente, que el estatus de una persona depende de ella misma, sin embargo, la sociedad establece una función “disciplinaria y legitimadora” del logro; la capacidad del sujeto se sustituye por una serie de actitudes extrafuncionales y de criterios adscriptivos que incluyen toda clase de lealtades, aceptación de relaciones de poder, rasgos naturalizados como raza, sexo,

etc. Este principio afecta desfavorablemente a las mujeres, pero también a ciertos grupos socialmente excluidos. La autora propugna como estrategia cuestionar la prescripción universal del principio de logro antes que postular para las mujeres el estatus de los hombres.

En nuestro medio podemos observar que muchas mujeres han seguido la dirección del éxito y lo han alcanzado, pero constatamos reiteradamente que el impulso de medidas legislativas, junto con la capacidad de las mujeres, aún siendo condiciones necesarias para la igualdad no la garantizan de manera generalizada y estable, y ello es debido a que no se modifica la estructura social.

El análisis del éxito o del acceso al poder de las profesionales requiere de los mismos elementos teóricos usados para hablar de la igualdad en otras esferas de la vida o en general. Algunas autoras vinculan la consecución de la igualdad a la transformación de las relaciones materiales y emocionales que sustentan el matrimonio heterosexual y las condiciones sociales que lo rigen.

La organización social del amor es la base del patriarcado occidental contemporáneo, y es esencial para hablar de la relación sexo/género, según Anna Jónasdóttir (19), amor definido como “actividad sensorial humana y práctica”, que integra, por tanto, cuidados y éxtasis erótico, y opera a los tres niveles de la construcción de género mencionados por Sandra Harding (20): subjetivo, estructural, y simbólico. El poder del amor de las mujeres es explotado por los hombres, y esta relación de explotación no terminara hasta que las mujeres sean capaces, como grupo, de formar las condiciones en las que vivir personal y públicamente, El poder patriarcal fuerza a las mujeres a condiciones de igualdad y libertad que se miden por el patrón que dispone el poder masculino.

Cristina Carrasco denuncia la separación artificial entre lo público y lo privado, con-

siderando que lo privado no alude solo a lo doméstico, sino a algo más global, el sostenimiento de la vida en el sistema capitalista/patriarcal. Los cuidados son el soporte o la estructura que sostiene el mundo en que vivimos y actualmente recaen en la mujeres gracias a la división sexual del trabajo, la igualdad real entre mujeres y hombres no se alcanzara en tanto no se redefinan los cuidados y su gestión en la sociedad, integrando los derechos de las personas que necesitan cuidados (existencia de servicios públicos, universales y gratuitos), y los derechos de las personas a elegir si cuidan o no cuidan (21).

En la construcción de logro existe una interacción estrecha entre el nivel subjetivo –significados y vivencias junto a introyección de las normas al respecto–, nivel social –división sexual del trabajo, separación público/privado–, y nivel simbólico –representaciones sociales–. Estas relaciones complejas condicionan la situación actual de las mujeres, por lo que el cambio estructural también es imprescindible para modificar la misma.

En los últimos años las políticas institucionales por la igualdad se han dirigido a conseguir el acceso de las mujeres a los puestos de prestigio y poder (al éxito), sin cuestionar las normas sociales que prescriben las aspiraciones y metas para el conjunto de personas en nuestra sociedad, así como las vías para alcanzarlas. Esto supone que la igualdad se está promoviendo en una sola dirección, a través de la incorporación de las mujeres a los espacios públicos y sus reglas de juego, que no se han modificado, pero la incorporación de los hombres a la corresponsabilidad en la vida privada no se esta produciendo. De este modo el sistema social no se cuestiona.

La reflexión es: en el momento en que estamos las mujeres en occidente: ¿en qué dirección queremos ir?. Sabemos que para algunas profesionales, políticas, empresarias, etc. es posible alcanzar el éxito, a pesar de sus

costes en términos de esfuerzo y dedicación como ha señalado M^a Antonia García de León (22), pero somos conscientes de que se trata de un éxito androcéntrico que excluye la experiencia de las mujeres que lo logran.

Las expectativas y necesidades de las mujeres son muy variadas, pero es de interés común en todas ellas *apropiarse de una presencia autorizada*, autoridad que les permita actuar y argumentar políticamente sobre nuevas “virtudes” en público y en privado (18). O dicho con palabras de Azar Nafisi (23): “Para tener una vida completa hemos de tener la posibilidad de formar y expresar públicamente mundos, sueños, pensamientos y deseos privados, de tener acceso continuo a un dialogo entre los mundos publico y privado”.

BIBLIOGRAFIA

1. Barberá E; Cantero M.J. Motivación del logro y categorización de género. En: Psicología de la Motivación Garrido Gutiérrez I. Madrid. Síntesis. 1996
2. Barberá E; Cantero M.J. Evolución histórica del motivo de logro desde la perspectiva del género. Revista de historia de la psicología 1994; 15: 439
3. Dyke LS, Murphy S. How we define success. A qualitative study of what matters most to women and men. Sex Roles 2006; 55:357.
4. Arthur MB; Khapova SN; Wilderom CPM. Career success in a boundaryless career worldy. J. Organiz Behav. 2005; 26: 177.
5. Heslin PA. Conceptualizing and evaluating career success. J. Organiz. Behav. 2005; 26: 113.
6. Hernando A. Poder, individualidad e identidad de género femenina. En: Almudena Hernando Gonzalo. ¿Desean las mujeres el poder?. Madrid. Minerva Ediciones. 2003.
7. Burín M: El deseo de poder en la construcción de la subjetividad femenina. El “techo de cristal” en la carrera laboral de las mujeres. En: Almudena Hernando Gonzalo.

- ¿Desean las mujeres el poder?. Minerva Ediciones. Madrid 2003.
8. Ramos López, M.A. Mujeres y liderazgo. Una nueva forma de dirigir. Valencia: Universitat de Valencia; 2005.
 9. Elston MA: Women and medicine: The future. London: Royal College of physician. 2009.
 10. Levitt C, Candib L, Lent B, Howard M: Women physician and family medicine. Monograph/literature review. Orlando: Wonca Working Party on Women and Family Medicine. 2008.
 11. Reed, V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ* 2001; 35:139.
 12. Yedidia Michael J.; Bickel Janet. Why aren't there more women leaders in academic medicine? The views of clinical department chairs. *Academic Medicine* 2001; 76:453.
 13. Szumacher E. Women in academic medicine: New manifestations of gender imbalances. *hep.oise.utoronto.ca* 2005; 1: 37-55.
 14. Richman R.C; Morahan P.; Cohen W.; McDade S. Advancing women and closing the leadership gap: The executive leadership in academic medicine (ELAM) program experience. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine* 2001; 10:271.
 15. Delgado A; Saletti-Cuesta L; López-Fernández LA; Luna JD; Mateo-Rodríguez I; Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Services Research* 2011, 11:51.
 16. Delgado A; López Fernández LA; Saletti Cuesta L; Luna del Castillo JD; Mateo Rodríguez I; Jiménez Martín JM. Validación de una escala de logro profesional para médicas/os de familia. Comunicación III Congreso SES-PAS. Sevilla 2009.
 17. Markus M. Mujeres, éxito y sociedad civil. Sumisión o subversión del principio de logro. En: Seyla Benhabib, Drucilla Cornella. Teoría feminista y teoría crítica. Ed Alfons El Magnánim. Valencia 1990.
 18. Coria C. Los laberintos del éxito. Ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos. Barcelona. Ed Paidós. 1993.
 19. Jónasdóttir AG. El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia?. Madrid. Ed. Cátedra. Feminismos. 1993.
 20. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid. Ed. Morata. 1996.
 21. Castro I; Esteban ML; Fernandez de Garaialde A; Menendez ML; Otxoa I; Saiz MC. No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista. IV Jornadas feministas de Euskal- Herria. 2008.
 22. García de León MA. Herederas y heridas. Sobre las elites profesionales femeninas. Ed. Cátedra. Feminismos. Madrid 2002
 23. Nafisi A. Leer Lolita en Teherán. Barcelona. El Aleph ed. 2008.

XIII Seminario de autoformación de la Red CAPS



PRESUPUESTOS SANITARIOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Carme Valls Llobet

MEDICINA INTEGRATIVA ¿LA MEDICINA DEL FUTURO?

Maria José Hernández Ortiz

CRISIS SANITARIA Y MALESTAR PROFESIONAL

Carmen Duchamp

LA ACCIÓN SANITARIA EN UN MEDIO RURAL DE CANARIAS

Araceli de Armas Santana

*REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA CONSULTA
DE ATENCIÓN PRIMARIA*

Aurora Rovira

LAS VACUNAS A DEBATE

Amalia Nácher Fernández

LA MEDICALIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN LA INFANCIA

Ana González Uriarte

LA IMPORTANCIA PSICOLÓGICA DE DEJAR QUE LAS NIÑAS SEAN NIÑAS

Gemma Cánovas Sau



PRESUPUESTOS SANITARIOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Carme Valls Llobet

Programa Mujeres, salud y Calidad de Vida. CAPS.

“La comprensión epidemiológica es incompleta si la influencia del sistema social en el ámbito estadístico no está apropiadamente reconocida. Al tradicional triunvirato de agente, huésped y medio ambiente, una cuarta influencia puede ahora ser añadida desde la perspectiva de género que es la contribución desde el sistema social, como las políticas de reembolso de los gobiernos, las prioridades organizativas y las variables de conducta de los proveedores de salud” (McKinlay 1996).

El presupuesto sanitario debería comprender los gastos que se destinan a la atención sanitaria de la población en los centros de primaria y en los hospitales y, en menor grado por ahora, el dinero que se destina a tareas de prevención (vacunaciones) y salud pública en general. Pero la cartera de servicios del sistema sanitario público debe tener en cuenta también las prioridades organizativas, lo que podríamos denominar políticas públicas, que definan qué aspectos de la asistencia se debería promover, y que tengan en cuenta el género como una variable. Pero la forma en que trabajen los/las profesionales sanitarios, las variables de conducta de los y las proveedores de salud, deben ser valoradas y modificadas, ya que si no se tiene en cuenta la perspectiva de género, nunca podremos obtener estadísticas fiables de la morbilidad diferencial, es decir, de las enfermedades más prevalentes entre mujeres y hombres. Los/las proveedores pueden detectar nuevos problemas de salud, y pueden ser estimulados a hacerlo si reciben estímulos económicos para cumplir unos objetivos que incluyan proveer salud teniendo en cuenta las diferencias. Por lo tanto si no se tiene en cuenta el sistema social y la influencia que va a

tener en los gastos sanitarios, y no se introduce la perspectiva de género desde el primer momento en todos los planes y las políticas que después se han de presupuestar, no se podrá incluir la mirada sobre las diferencias en la salud de mujeres y hombres en el sistema sanitario público.

Las prioridades organizativas

Se pueden analizar si atendemos a los planes de salud del Estado o de las Comunidades Autónomas (CCAA), aunque en muchos casos no se corresponda el Plan de salud con los presupuestos ni con las políticas públicas que se aplican. La investigadora Rosana Peiró (1) realizó un estudio para examinar la sensibilidad de género en las políticas formuladas en los planes de salud de las CCAA de España. La autora define “sensibilidad de género” como el grado en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminsonar las desigualdades debidas a éste. Para realizarlo propone un cuestionario que cada Comunidad Autónoma debería realizar para conocer si realmente ha incluido la perspectiva de género en sus planes de salud.

Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género:

- ¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud desagregados por sexo?
- Entre los principios y valores, ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?
- Entre los objetivos generales, ¿se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?

Contenidos operativos

En cuanto a los problemas de salud priorizados

- En la descripción de la situación de salud ¿describe el problema de salud desagregado por sexo?

En cuanto a la intervención:

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En cuanto a los entornos para la salud:

- En la descripción de la situación de salud
¿Describe la situación de salud en el entorno específico desagregada por sexo?

En cuanto a la intervención:

- ¿Propone objetivos específicos para reducir las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para reducir las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

Objetivos de apoyo al desarrollo del plan

En cuanto a la descripción de la situación de salud:

- ¿Describe la necesidad de su desarrollo y sus implicaciones respecto al género?

En cuanto a la intervención:

- ¿Propone objetivos para su desarrollo con implicación de género para la población?
- ¿Propone líneas de actuación con implicaciones de género para la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En cuanto a capítulos específicos

- ¿Incluye un apartado sobre salud reproductiva?
- ¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en población general?

- ¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?

Después de analizar 13 planes de salud la autora y sus colaboradores concluyen que la sensibilidad de género en los planes de salud es muy desigual por CCAA. Diferencian entre sensibilidad simbólica de género, como el grado de inclusión de apartados con objetivos que tienen en cuenta las diferencias, y sensibilidad operativa de género según los resultados obtenidos. El País Vasco, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen un alto índice de sensibilidad simbólica que no se corresponde con su índice de sensibilidad operativa. El País Vasco, Cataluña y Galicia tienen los índices de sensibilidad operativa de género más altos. Proponen formación de coaliciones y redes de profesionales y colectivos para poner de manifiesto el problema y construir planes a partir de la experiencia de las CCAA con mayor sensibilidad de género en sus propuestas.

Políticas de reembolso de los gobiernos

Las políticas de reembolso de los gobiernos podrían permitir cambios en la orientación de la actividad asistencial y la mejoría de la eficiencia de la actividad profesional, si en lugar de orientarse a recortar el gasto de forma indiscriminada se orientara a clarificar objetivos.

Los objetivos de la asistencia sanitaria tendrían que asistir a las necesidades de las y los pacientes pero en muchos lugares del mundo se plantean si la asistencia que estamos ofreciendo (2) está dedicada realmente a los problemas de salud de las personas. La “Medicina centrada en el paciente” contrasta con la “Medicina centrada en los médicos” y en sus necesidades y objetivos. Imperceptiblemente la medicina hospitalaria e incluso la especializada se ha desarrollado y se ha orientado hacia los intereses específicos de los profesio-

nales sanitarios (investigaciones concretas, publicaciones, obligación de determinados protocolos) más que a las necesidades de los y las pacientes. En atención primaria se han vivido procesos diferentes, ya que desbordados sus profesionales por la multiplicidad de tareas cotidianas y el gran número de pacientes, no se pueden planificar objetivos asistenciales y se pierden motivaciones e intereses (o se buscan en actividades fuera de la profesión). El ejemplo clínico que analiza Bardes con un paciente dando vueltas por el sistema sanitario para resolver un dolor en la rodilla y acabando sin solución después de haber consultado a cuatro especialistas, es un ejemplo repetido en la actividad habitual de la atención primaria en relación al dolor de las mujeres. El dolor en “todas partes” y el cansancio son las dos primeras causas de demanda de atención de las mujeres en atención primaria en España. Siguiendo las encuestas de Salud de población, más de un 32% de la población femenina en Catalunya debe causar baja en su actividad habitual por presentar dolor en alguna parte del cuerpo. ¿Está preparado el sistema sanitario y la Ciencia médica de la atención primaria para dar respuesta a este gran problema? Si es un problema que afecta a una tercera parte de la población femenina ¿está incluido el diagnóstico y el tratamiento del dolor entre los objetivos de la atención primaria?

En este momento el pago por objetivos constituye un complemento salarial de los médicos y médicas y del personal de enfermería, pero los objetivos que han de cubrir están determinados de forma jerárquica con escasa participación de los profesionales que los han de aplicar. Los objetivos no obedecen a un análisis de los problemas de salud de una determinada población y no hemos encontrado en los objetivos asistenciales de ninguna Comunidad Autónoma objetivos con perspectiva de género. Por ejemplo los objetivos para el control de riesgos cardiovasculares son el control

del colesterol y de la presión arterial. Si sólo pagamos a nuestros profesionales de atención primaria para que analicen estos objetivos no nos puede extrañar que se medicalice después un factor de riesgo como el colesterol, tratándolo con medicación, en lugar de intentar una prevención primaria con buenos hábitos de nutrición y ejercicio físico. Como decía McKinlay según los objetivos por los que paguemos a los proveedores de salud, existirá un sesgo en las estadísticas de prevalencia de enfermedades y carencias en la salud de la población, y permanecerán invisibles las causas del cansancio y el dolor y otros problemas de salud, con el agravante de que los recientes estudios epidemiológicos realizados (sin conflicto de intereses), no demuestran una relación entre la prevención de los niveles de colesterol y la mortalidad por problemas cardiovasculares, en especial entre las mujeres.

Privatización de los servicios y sesgo de la atención

La privatización y el copago de los actos sanitarios también afecta a las variables de conducta de los y las proveedores de salud. El libro que nos ha proporcionado Consuelo Catalá (3) analiza la experiencia valenciana de la privatización de las concesiones administrativas a la sanidad pública.

El caso de Alzira y Madrid constituye un ejemplo de la política de las tres PPP (*Public-Private-Partnership*) *Gestión Privada de un Servicio Público*. A partir de aprovechar las inversiones hechas con dinero público se privatizan los beneficios y se socializan los riesgos. La inversión privada participa con el 51% del capital con lo que asegura la toma de decisiones pero sin riesgos ya que el resto de capital lo asumen las Cajas de Ahorro. Captan clientes privados y públicos y ofrece servicios “estrella” quirúrgicos, pero no tiene UCI infantil y deriva los pacientes con VIH y trasplantes a la red pública. Sólo realizan asistencia (no docencia ni investigación), y

sean como sean las cuentas (casi siempre opacas), la Consejería de Sanidad acaba siempre pagando con dinero público.

Los centros privatizados han discriminado a sus facultativos, han promovido despidos por maternidad, no han asumido costes sociales ni han aceptado el 5% de minusvalías. Además, no han asumido las prestaciones de farmacia, que constituyen el 30% del presupuesto, ni la Oxigenoterapia ni las Prótesis ni el Transporte Sanitario.

Las consecuencias reales del modelo son que se deja entrar a capital privado en condiciones privilegiadas que rompen los principios de economía de mercado. Los clientes son hijos. No hay competencia. No hay impagados. Los gastos imposibles los paga el erario público o sea los impuestos de toda la ciudadanía. Las dimensiones de las plantillas de profesionales son inferiores a los hospitales públicos por lo que el estrés y el Burn-out de las personas que trabajan en el sistema se convierte en la primera enfermedad profesional. Con los impuestos de la ciudadanía se está pagando el Sistema Nacional de Salud en el que las empresas privadas van a obtener beneficios. (Modelo EEUU calidad de asistencia depende del nivel de ingresos de los ciudadanos/as).

Prioridades políticas y organizativas para preservar la salud de las mujeres

“Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea” Victoria Sau.

Existen muchas enfermedades crónicas, carencias metabólicas y disfunciones endocrinas que son de predominio femenino, MORBILIDAD DIFERENCIAL, pero falta Ciencia que permita la formación de los profesionales y que haya investigado patologías crónicas. Algunas de estas enfermedades pueden dar dolor generalizado y dolor en puntos de inserción músculo-tendinosa. Si se dejan de

diagnosticar, o se confunden como si fueran quejas psicosomáticas (ansiedad o depresión), los sesgos de diagnóstico se cronifican y los presupuestos no contemplan los problemas reales de salud de las mujeres.

Esta falta de ciencia específica constituye una de las formas de microviolencia en el acto médico y creo que en los objetivos sanitarios con perspectiva de género se tendría que incluir un análisis más a fondo de las violencias conscientes o inconscientes que se ponen en práctica en la relación médico-paciente. Para profundizar en este tema me remito al capítulo de mi libro *“Mujeres, salud y poder”* (4), con encuestas a pacientes sobre su haber sido sometidos a violencia en el acto médico. Katarina Swahnberg la denomina violencia estructural:

La violencia estructural es un proceso silencioso que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Por ejemplo los profesionales sanitarios desobedecen muchas veces los principios éticos pero no se dan cuenta de ello y no siempre son percibidos como violaciones por las/los pacientes.

Katarina Swahnberg argumenta que ni las pacientes ni los profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas en los ejemplos del cuestionario porque los dos grupos están sometidos a la violencia estructural.

Al hablar de prioridades y de objetivos también habría que evaluar resultados de prácticas profesionales de alto coste que se realizan en los hospitales, y cuyos resultados son difíciles de evaluar. ¿Nos podemos permitir ser el primer país europeo en trasplantes? Evaluemos los resultados (5).

La satisfacción del paciente como objetivo ¿refleja realmente una mejora del estado de salud?

La satisfacción de los pacientes se mide en relación a como evalúan éstos los sistemas y

planes de salud y en relación a cómo son tratados por los profesionales, pero no está claro si la relación entre calidad clínica asistencial y satisfacción es proporcional. En el estudio de Fenton et al. (6), se cruzó una muestra de 34.000 personas adultas (edad media 48 años, y el 58% mujeres) que fueron entrevistadas y seguidas durante 4 años, con los registros de mortalidad. Los pacientes más satisfechos tenían un 8% menos de utilización del servicio de urgencias pero en cambio un 12% más de admisiones al hospital, un 9% más de prescripción de fármacos y un 26% más de mortalidad que los que estaban insatisfechos. La explicación a estos hechos que da Thomas Schwenk el Journal Watch General Medicine (6 March 2012) es que unos servicios innecesarios y excesivos que quizás satisfacen aparentemente los pacientes, son asociados con mayores riesgos y peores resultados de salud. “Más no es siempre mejor”.

Por lo tanto el conflicto está en qué objetivos se deben proponer: ¿los que permitan hacer mejores diagnósticos y tratamientos (o ningún tratamiento), los que mejoren la satisfacción de los pacientes o los destinados a dar un estímulo económico a los profesionales sanitarios?. ¿Cuál podría ser la mejor solución en función de la “Patient centered Medicine”?

El modelo relacional

Hemos de cambiar el modelo de investigación y docencia hacia un modelo médico-científico relacional, que se aleje del concepto de salud sólo reproductiva, y del cuerpo de la mujer lleno de hormonas destinadas a la reproducción y haga una nueva lectura del cuerpo como organismo, de su funcionamiento, de los conceptos de la medicina, en Anatomía y Fisiología atendiendo a las diferencias, entre mujeres y hombres, como tales, y no como inferioridades, y abordando

la ciencia de la morbilidad diferencial (7).

Mari Luz Esteban

Si entendemos la salud como un aumento de la autonomía y de la libertad personal, según qué objetivos nos propongamos (por ejemplo, que todo el mundo tenga el colesterol en una determinada cifra) incrementaremos o no la tensión entre libertad individual y políticas de salud pública. ¿Dar empoderamiento a cada ser humano puede mejorar las desigualdades en salud? Sabemos que las clases sociales influyen en el estado de salud, pero el ESTRÉS, la AUTOESTIMA y las RELACIONES SOCIALES pueden influenciar mucho en el estado de salud y no son evaluadas habitualmente como objetivo de salud (8).

Si entendemos que la calidad de vida nos ha de conducir a una salud para disfrutar hemos de entender que los objetivos de salud tendrían que pasar por:

- Potenciar la energía personal
- Mejorar el rendimiento físico y mental
- Subsana carencias metabólicas y/o disfunciones endocrinas
- Salud y calidad de vida: ocio, sexualidad, sensualidad y relaciones humanas y Participación social

Para ello sería necesario dentro de las propuestas de género en la asistencia:

- Potenciar la investigación en morbilidad diferencial
- Introducir docencia en Morbilidad diferencial en planes de estudio de profesionales sanitarios
- Detección de morbilidad diferencial incorporada los objetivos de Asistencia Primaria y que disponga de recursos para diagnóstico y capacidad resolutoria de morbilidad diferencial en Asistencia Primaria

La salud en todas las políticas

Tal como ha propuesto la Dra. Lucia Artazcoz en el año 2010 (9), es necesario que los presupuestos públicos incluyan la salud en todas las políticas: en las políticas socio- sanitarias

rias, en las políticas en educación, de medioambiente, en las políticas municipales...

También sería importante establecer objetivos intersectoriales en los planes de salud como:

- Salud en la infancia.
- Salud y trabajo en la vida adulta.
- Envejecimiento activo y saludable.
- Sostenibilidad ambiental y estado de salud: Contaminación agua, aire, alimentos y electromagnética.
- Políticas fiscales y salud: ¿Bastan con los impuestos?

En el futuro hemos de construir un nuevo sistema de promoción de la salud con perspectiva de género que incluya los DERECHOS DE CIUDADANÍA:

- A la INFORMACIÓN y a la PARTICIPACIÓN (Consejos de salud locales, con profesionales sanitarios y asociaciones de mujeres; Coordinación con bienestar)
- Derecho a decidir.
- Derecho a la maternidad libre, responsable y no medicalizada.
- Derecho a decidir sobre el propio cuerpo.
- Derecho a vivir en ciudades saludables (sin ruido, sin pesticidas, sin contaminación. ...).
- DERECHO AL PLACER Y LA CALIDAD DE VIDA.
- DERECHO A DISFRUTAR.

Para ello hemos de incrementar los niveles de AUTOFORMACIÓN, tratar de continuar por todos los medios con el intercambio de información y los ricos debates virtuales de la RED-CAPS, la realización de su encuentro anual, seguir desarrollando la Escuela de Formación en Morbilidad Diferencial, continuar publicando la Revista Mujeres y Salud, y seguir trabajando, en suma, para que la salud de las mujeres bio-psico-social y medio ambiental sea tenida en cuenta en los objetivos de asistencia atanto primaria como especializada y hospitalaria, y en las encuestas y estudios de salud pública.

GRACIAS POR VUESTRO SOPORTE Y PONGAMONOS A PENSAR ESTRATEGIAS PARA QUE LA RED CONTINUE Y CREZCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peiró R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, Plasència A, Zafra E, Pasarín MI. [Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't]. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 2:36-46.
2. Bardes CL. Defining "patient-centered medicine". *N Engl J Med.* 2012 Mar 1;366(9):782-3.
3. John Lister, Mark Hellowell y Allyson M. Pollock, UNISON, Delia Álvarez Edo, Juan Benedito, Ramón Serna y Juan Antonio Gómez Liébana. Por nuestra salud. La privatización de los servicios sanitarios. Ed. Traficantes de sueños 2010.
4. Valls- Llobe, Carme (2009). Mujeres Salud y Poder. Madrid: Catedra (Col. Feminismos)
5. Engels EA, Pfeiffer RM, Fraumeni JF. Los pacientes transplantados presentan el doble de riesgo de padecer cáncer que la población general. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2011;13(3):111.
6. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012 Mar 12;172(5):405-11.
7. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012 Mar 12;172(5):405-11.
8. Wilkinson, R. (1992) Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165-168
9. Artazcoz, Lucía; Oliva, Juán; Escibà, Vicenta y Zurriaga, Óscar. La saludentodas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 2010; Suppl 1:1-6.

MEDICINA INTEGRATIVA ¿LA MEDICINA DEL FUTURO?

Maria José Hernández Ortiz

Doctora en Medicina
Quiropráctica y Anatomopatóloga

COMIENZO DE LA HISTORIA MODERNA

Para repartir bien los méritos debemos decir que se considera a Galileo (1564-1642) el padre de la ciencia pero que la declaración de intenciones sobre la ciencia la hizo Francis Bacon (1561-1626) por considerar que “el objetivo de la ciencia es el dominio de la naturaleza”. Sin embargo solemos echar la culpa de la situación actual a Descartes. Descartes (1596-1650), creador de la geometría analítica, explico su método filosófico y científico primero en 1628 en “Reglas para la dirección de la mente” y después mas explícitamente en 1637 con “El discurso del método” (1).

Su discurso del método fue un instrumento impresionante para liberar la capacidad creativa y el razonamiento humano aprisionados por los dogmas de la escolástica aristotélica mantenida por la iglesia. En pocos años su “método”, dio lugar a cientos de miles de descubrimientos y sin duda el avance tecnológico y científico de occidente está asentado en sus principios, que encontraron unos cimientos sólidos en el modelo mecanicista del universo de Newton (1642-1727).

El enorme éxito del modelo mecanicista hizo creer realmente a los físicos de principios de S. XIX que el universo era de verdad un gigantesco sistema mecánico que funcionaba según las leyes newtonianas, consideradas las leyes básicas de la naturaleza.

Son características del mecanicismo de Descartes:

- El dualismo cuerpo-alma, que era aceptado desde Platón tuvo una formulación extrema en la época de Descartes. La separación

permitió tratar a la naturaleza como algo muerto y totalmente separado de lo vivo.

- El “animal como máquina”. El cuerpo como un mecano, lo que sugiere que un organismo vivo puede ser entendido analizando sus piezas por separado e intentando ponerlas juntas de nuevo a través de la comprensión de las partes. Es el reduccionismo mecanicista el que hizo de la descripción objetiva de la naturaleza el fin último de la ciencia.
- La preeminencia de la mente “Pienso luego existo”. Concede a la mente, en lugar de a la totalidad, el poder de la existencia. ¿Siento luego existo?
- Determinismo riguroso en el que el mundo es una realidad externa y objetiva independiente del observador.

Ideas fundamentales sobre los que se asienta nuestra cultura

- El universo compuesto de ladrillos (partículas elementales, átomos, moléculas) que se organizan según la concepción del universo de la física newtoniana.
- El ser humano y los seres vivos en general como máquinas (Descartes)
- La vida como una lucha competitiva (Darwin)
- La creencia ilimitada en el progreso material- crecimiento económico y tecnológico. El mecanicismo promisorio de Popper: Las soluciones vendrán en el futuro con ayuda de otras ideas materialistas.
- La naturalización del sometimiento de la mujer al hombre
- La ciencia sustituye a la religión.

Las verdades enseñadas repetidamente se convierten en presupuestos inconscientes. La actual visión mecanicista ortodoxa es ampliamente aceptada por las personas en un nivel inconsciente. Vivimos impregnadas en la visión reduccionista mecanicista ateaista materialista del universo. (Autoexaminémonos para reconocer las pautas en nuestro interior).

Desde la perspectiva

Han pasado 374 años desde la publicación del Discurso del Método y tenemos perspectiva suficiente para analizar las consecuencias de la aplicación de esta filosofía cartesiana:

- Gran desarrollo tecnológico en occidente, gran abismo con países sin esta filosofía
- Aumento del bienestar debido a los avances
- Desastre ecológico
- Modelo económico en bancarrota. Economía no compasiva (Vandana Shiva)
- El patriarcado: modelo social y político en cuestión.

HISTORIA DE LA MEDICINA ACTUAL

El modelo mecánico de la biología ha ejercido una fuerte influencia en la medicina occidental y ha conducido a la formulación de lo que se conoce como “modelo médico” en el que la enfermedad viene de fuera, el cuerpo está fragmentado y los especialistas reparan las piezas. Por eso también la inmensa mayoría de la literatura de salud en occidente es materialista y la profesión médica **está convencida de la validez universal de la metafísica materialista.**

Hemos visto de donde procede el trasfondo filosófico, pero la realidad es que la medicina, tal y como la conocemos en la actualidad, es un producto de unas cuantas décadas. **James Le Fanu**, prestigioso periodista británico especialista en salud, nos cuenta en su libro: *The rise and fall of modern medicine* (2) como la historia de la medicina después de la II guerra mundial, es una de las épocas más impresionantes de los logros humanos. A partir de 1945 comenzó una revolución en la medicina sin precedentes y se llegó al clímax de descubrimientos al comienzo de la década de los 60. Como consecuencia de ello durante la década de los 70 aumentó espectacularmente el número de especialistas. En

esa época se crearon especialidades como la gastro, endocrino, oncología y farmacia. Ver en hoja adjunta “Los momentos estelares de la medicina” propuestos por Le Fanu.

El fin de la era del optimismo (3)

De la misma manera que el crecimiento fue rápido después de la guerra, a partir de los 70 ya se sabía que los pilares fundamentales de los logros médicos, las ciencias clínicas, la farmacología y la tecnología tenían problemas. Hay que puntualizar aquí que este juicio se puede hacer considerando que la medicina mecanicista ha puesto **un énfasis continuo en lo novedoso**, lo que siempre ha sido amplificado convenientemente por los medios de comunicación.

Ya Ivan Illich publicó en 1976 su *Némesis médica* en la que afirmaba que la medicina occidental había alcanzado un momento crítico en el cual la profesión médica se había convertido en la mayor amenaza para la salud. A partir de 1979 se reconoció el final del descubrimiento de nuevos fármacos. La disminución de la síntesis de fármacos tuvo relación con las regulaciones que se implementaron después de que en 1966 empezaron a aparecer los casos de la talidomida. (4)

Como bien sabemos la industria busca ahora los beneficios en las llamadas drogas del estilo de vida: calvicie, depresión, impotencia y en la medicalización de la vida de las personas, especialmente las mujeres. La lista actual de fármacos más vendidos son formas nuevas y más caras de fármacos inventados hace más de 30 años. Lo más difícil de saber de los últimos fármacos aparecidos en el mercado es si sirven para algo.

Por otro lado la tecnología ha eclipsado las habilidades del profesional de la medicina constituyéndose en la verdad. Tengo la sensación de que igual que pasa fuera de la medicina, la tecnología médica está completamente fuera de control.

Para James Le Fanu la caída definitiva de la medicina se debe a la introducción en los 70 de un nuevo paradigma: la enfermedad producida por el estilo de vida, que venía a rellenar el vacío dejado por el declinar de las innovaciones terapéuticas. A partir de esa época se comenzó a hablar del colesterol como la causa de la enfermedad cardiaca isquémica (5).

La “puntilla” a la medicina lo constituyó, según Le Fanu, el fracaso de la biología molecular y la genética para descubrir las formas de enfermar. El código genético se ha resistido y se resiste al reduccionismo mecanicista a pesar de los triunfalismos de hace poco tiempo: *“La investigación genética tendrá efectos tan significativos en nuestra salud, tan espectaculares, como la revolución microbiológica en el SXIX”*. John Bell Profesor de medicina de Oxford

EL MODELO SANITARIO ACTUAL

Para el análisis detallado de todos los contrastes del sistema sanitario y de la práctica médica en España, remito a todos los números del Mys y en particular al artículo “¿Futuro o Utopía? Soñemos con un sistema de salud óptimo” (6), el artículo de la compañera Nati Povedano “Pensando sobre la salud” (7) y el de Malen Cirerol “Una visión dinámica de la salud” (8).

Las paradojas de un sistema en decadencia (1)

1. La profesión sanitaria desilusionada. Trabajando con una ciencia tan puntera lo/as profesionales deberían vivir con orgullo su carrera, sin embargo todas las encuestas indican un enorme desgaste entre la profesión sanitaria a todos los niveles.

2. La preocupación creciente por la salud. En lugar de sentir confianza respecto a nuestra salud, ocurre todo lo contrario, la gente está

cada vez más preocupada por ella. Daños escondidos nos acosan continuamente: colesterol, móviles, pantallas, placeres, cultura del healthismo, obsesión inspirada médicamente.

3. El ascenso imparable de las medicinas alternativas. Las estadísticas en EEUU dicen que en estos momentos se producen más visitas a los médicos alternativos que a los médicos alópatas.

4. La espiral del costo del cuidado de la enfermedad. En España estamos viviendo recortes sin precedentes en la sanidad en todas las comunidades autónomas, a pesar, como bien sabemos, que la inversión española en salud es la menor de toda la Comunidad Europea

LA FISICA MODERNA

Sin embargo otras muchas cosas han ocurrido ahí fuera de las que la medicina, metida en su burbuja, no se ha dado cuenta. Para empezar la evolución de la física cuántica ha resquebrajado todos los fundamentos mecanicistas que sostienen a la ciencia. Hace tiempo que las bases de otra realidad diferente están sentadas, pero la enorme inercia de la máquina y los intereses de unos pocos, impiden la implantación de modelos más en consonancia con esta nueva visión del universo. Cien años después de que Newton desarrollara su teoría sobre las leyes fundamentales del movimiento de los astros, ocurrió una gran revolución en el mundo de la física. A principio del siglo XX se desarrollaron la teoría de la relatividad y la teoría cuántica.

La teoría de la relatividad de Einstein implica drásticos cambios en los conceptos tradicionales del espacio y tiempo que socavan los cimientos de la visión newtoniana. **La teoría cuántica** nos ha demostrado que es muy difícil separar las cosas, no podemos separarnos del aire o del vecino, especialmente cuando nos metemos en el mundo de las partículas

y subpartículas atómicas. *“Estamos viendo el mundo como un proceso cósmico unificado y todo lo que ocurre y la gente, las cosas, son pautas del proceso. Todo es consciencia cósmica que tiene pautas materiales que se hallan interconectadas.”* (Fritjof Capra)

La nueva física es parte integral de una nueva visión del mundo que está apareciendo en todas las ciencias y también en la sociedad *“La influencia de la física moderna va mucho más allá de la tecnología. Se extiende al campo del pensamiento y la cultura, donde ha generado una profunda revisión de nuestros conceptos del universo y nuestra relación con él”.* (Fritjof Capra, 9)

En 1975 Fritjof Capra escribió el Tao de la física (9) en el que explora la relación existente entre los conceptos de la física moderna y las ideas básicas de las tradiciones filosóficas y religiosas orientales. Concluye que la física moderna nos lleva a una visión del mundo muy similar a la de los místicos de todas las épocas y tradiciones. A partir de aquí tal vez, desde 1978 comenzaron los Congresos de Místicos y Científicos (10) que llevan 30 años acercando las posiciones de estas dos ramas del conocimiento aparentemente tan separadas y Daniel Goleman relata los encuentros entre el Dalai Lama y los mejores científicos del mundo en el libro Emociones destructivas. (11)

Los paralelismos entre la física moderna y las religiones orientales

– La unidad de todas las cosas. La unicidad del universo: *“Uno de los descubrimientos mayores de la física contemporánea fue el darse cuenta de que no existían entidades físicas independientes. La realidad era un conjunto de correlaciones, un tejido de eventos interconectados, un intercambio entre el observador y lo observado* (Fritjof Capra). Es nuestro condicionamiento el que nos da el sentido de individualidad, el que transforma la auto identidad universal,

unitiva, cuántica original, en la identidad ego-local y personal.

- La unidad de los opuestos. Todos los opuestos son partes de una polaridad por lo que forman una unidad. Los opuestos son distinciones intelectuales. Yin y yang.
- El espacio y el tiempo son creaciones de la mente humana. La teoría de la relatividad nos dice que las coordenadas espacio tiempo son sólo los elementos de un lenguaje que es utilizado por un observador para describir su medio ambiente.
- El universo es dinámico. Mayor énfasis en el devenir, el movimiento, el flujo el cambio, que en el ser. En el budismo se habla la impermanencia de todos los fenómenos.
- La danza cósmica. Todo el universo está engranado dentro del movimiento y de una actividad sin fin, una continua danza cósmica de energía. Todo en él está interrelacionado y ninguna de sus partes es más fundamental o básica que las otras.
- La consciencia como fuerza creadora/ el sujeto como creador de la realidad. *“La física clásica nos hace tener algunos prejuicios infundados, siendo el más destacado el de que existe una realidad separada e independiente ahí fuera, una realidad que es objetiva, es decir, independiente de la consciencia.* (AGoswami)

Creatividad de la naturaleza K. Popper (10)

En los últimos años la física como ciencia ha dado un cambio radical a la hora de ver el universo. El universo ha pasado a verse como un organismo y la tierra como un ser vivo (Teoría de Gaia de Lovelock)

“Un organismo en el que la misma existencia de las partes, así como su interrelación, se modificarán según el estado del conjunto”. (David Bohm)

En la nueva visión del universo ya no se habla de un momento creativo instantáneo, el big

bang, sino de un proceso creativo continuo que comenzó con el big bang y no ha terminado todavía.

“Las diferentes ramas de la ciencia se combinan para demostrar que el universo en su totalidad debe considerarse como un proceso gigantesco, el proceso de devenir y alcanzar nuevos niveles de existencia y organización” (Julian Huxley)

Entendemos ahora que la materia y la energía poseen una capacidad innata de autoorganización que hace avanzar al universo hacia un estado de mayor complejidad (estrellas, planetas, la tierra, la vida). Es un universo creativo en evolución. Los seres humanos no somos mejores que las bacterias sino simplemente más complejos.

“Cualquiera que sean nuestras creencias personales, el descubrimiento de que los seres humanos formamos parte de un proceso de complejización permanente (Theilhard de Chardin) nos otorga al menos una cierta dignidad, una dignidad de la que careceríamos si simplemente fuéramos un accidente aislado en medio de la vastedad del cosmos” (Paul Davis)

Esta idea es compartida por el budismo en el que se formula que el objetivo del perfeccionamiento humano es alcanzar niveles superiores de consciencia.

LA VISION CUANTICA EN LA MEDICINA

La causalidad ascendente y descendente (12)

El modelo mecanicista en el que nuestra mente se sitúa, con el que pensamos, es un modelo de **causalidad ascendente, de abajo a arriba**: todo comienza con la interacción de las partículas-átomos-moléculas-células-cerebro-consciencia, elevándose siempre desde el nivel básico de los procesos de las partículas elementales de forma lineal. Del mismo modo vemos el flujo de información genéti-

ca ADN-ARN-proteínas de una forma que la nueva genética considera simplista (17)

El papel del observador en la física cuántica

La física cuántica ve las cosas y sus movimientos, como posibilidades y es la consciencia del observador la que elige entre las posibilidades. La consciencia es la que colapsa una onda de posibilidad material. (Se define como colapso cuántico, el paso de la posibilidad a la realidad). *“La consciencia no es la mente, es el fundamento de todo ser, el fundamento tanto de la materia como de la mente. Ambas materia y mente son posibilidades de la consciencia”*. Amit Goswami

La **causalidad descendente** es de arriba abajo: la mente se antepone a la materia, la idea precede a la realidad. (¿Quién hace la escultura, las manos del artista o la idea de su mente? ¿Que son primero, las cosas o la idea que tenemos de las cosas?) Este es el fundamento de lo que ha sido considerado el **mantra de la nueva era**, es decir, nosotros elegimos nuestra propia realidad. *“La mayor aportación de nuestra generación es la de conocer que nuestras mentes crean nuestra realidad”*. Wilhelm Reich

... *“esta idea nos permitirá disfrutar de inmediato de la fuerza potencial de elegir la salud en lugar de la enfermedad. Luego habrá que aprender las sutilezas del ejercicio de esta elección”*. Amit Góswami. No es el “Oh lord can you give me a Mercedes Benz” que cantaba Janis Joplin

Los 5 cuerpos de la consciencia

Amit Goswami propone que en la visión cuántica tendríamos diferentes niveles donde se experimenta la consciencia, serían los cinco compartimentos o cuerpos de la consciencia. Todos los cuerpos son solo posibilidades de la consciencia

- Cuerpo físico: el hardware
- Cuerpo vital: que porta los moldes de las funciones biológicas.
- Cuerpo mental: que da el significado al vital y al físico.
- Intelecto supramental: que proporciona los contextos para el significado mental.
- Cuerpo de gloria: el fundamento ilimitado del ser

La enfermedad física puede tener su causa en todos los cuerpos y conviene examinar las causas de la enfermedad en más de un nivel. *“Una enfermedad aparece con determinados síntomas en el nivel físico, determinados sentimientos de malestar en el nivel vital, determinados errores de significado en el nivel mental y cierta sensación de separatividad en el nivel supramental y en el de gloria”* (A Goswami)

Este concepto podría ser la base filosófica de nuestra reclamación de una medicina basada en un enfoque bio psico social

LA MEDICINA SE HA OLVIDADO DE LA VIDA

Es curioso que la biología, la ciencia de la vida, sepa mucho de cómo funcionan las partes de los organismos, pero no tenga ninguna definición para LA VIDA como un todo. En este sentido la medicina ha ignorado el papel diferenciado del cuerpo vital en comparación con el cuerpo físico.

Sin embargo ¿Qué es la vida? Ha sido una pregunta siempre presente en la humanidad. En occidente la vida se explicó en el dualismo cuerpo-alma, como el soplo de un Dios creador que da la vida. En oriente sin embargo existe una fuerza vital se llama Chi, en la tradición china y Prana en la medicina ayurvédica. La medicina oriental se centra más en los movimientos de la energía del cuerpo vital.

En la tradición occidental, en continua alternancia con el materialismo surgió el vitalismo (10) que **voy a proponer como la filosofía de la salud que mejor se adapta a los nuevos**

conceptos de la física cuántica que harían de cimientos de la medicina integrativa.

EL VITALISMO, LA FILOSOFÍA DEL CUERPO VITAL, UNA FILOSOFÍA NECESARIA YA!

El vitalismo es la filosofía de la quiropráctica. Cuando en el año 2002 decidí irme a EEUU a estudiar quiropráctica, Leonor tuvo el detalle de publicarme el escrito que había hecho con mis reflexiones. Un escrito que me pujaba desde hacia mucho tiempo. Se llama Me quiero irrrrrr!!!! (13). En aquella época mi vida había dado un vuelco completo y gracias a un año de cuidado quiropráctico me recuperaba de mi grave dolencia de espalda. Pero como decía en aquel escrito, lo que me empujaba a dejar mi cómodo puesto era la filosofía o la falta de filosofía en la medicina. En realidad acababa de ser derribada por un rayo cuando conocí la filosofía vitalista y entendí su sentido. La filosofía vitalista me abrió las puertas a otra posibilidad en el terreno de la salud que iba mas allá del hospital abarrotado de enfermos del que procedía tal y como también conté en el Mys a mi vuelta (14).

Vitalismo. Según la definición del diccionario Merriam-Webster, es la doctrina que sostiene que los procesos de la vida no se pueden explicar solo por las leyes de la física y de la química y que la vida es en parte autodeterminada. La visión vitalista ha sido sostenida en diferentes momentos de la historia de la filosofía, pero se considera que tomó cuerpo como filosofía a mediados del siglo XVIII y su auge se alcanzó en el romanticismo donde se hablaba de fuerza vital. (15) La teoría de la evolución de las especies de Darwin 1859, adoptada unánimemente por los científicos, negaba la necesidad de un espíritu o fuerza vital en la creación de la vida en este planeta, lo que constituyó el final del vitalismo en la corriente principal que pasó a ser ridiculizada como metafísica. A partir de esa fecha lo científico corrió junto con

el materialismo y el ateísmo. Sin embargo a finales del s XIX todavía hubo un repunte del romanticismo y el vitalismo con Nietche, Bergson, Rilke Wagner etc., como reacción a tanto materialismo. De esta época procede la visión del vitalismo de los Palmer.

DD y BJ Palmer los fundadores de la quiropráctica, eran vitalistas convencidos y además de una investigación exhaustiva en todo lo relacionado con la columna vertebral, estudiaron en profundidad el vitalismo que fue considerado **la filosofía quiropráctica**. Postularon que el universo está dirigido por una fuerza inteligente, **la inteligencia universal** que conduce y guía todo y parte de ella es la **inteligencia innata** que da vida a los seres vivos. Este concepto de inteligencia universal de Palmer se acerca al concepto de creatividad de la naturaleza que hemos mencionado anteriormente, en la que el universo es un organismo vivo conducido por un plan inteligente.

El vitalismo también tiene una larga historia en la filosofía médica, la mayoría de las prácticas médicas tradicionales declaraban que la enfermedad era el resultado de algún desequilibrio en las energías vitales. En la tradición occidental, fundada por Hipócrates, estas fuerzas vitales estaban asociadas con los cuatro elementos y humores

El vitalismo habla explícitamente de un principio vital que se llama también la fuerza o la chispa de la vida o energía vital, elan vital y que algunos también igualan al alma, es la fuerza que distingue las cosas vivas de las muertas. El alma en muchas religiones y tradiciones espirituales y filosofías, es la parte espiritual y eterna del ser vivo, separada en existencia del cuerpo, distinto de la parte física.

El problema para nosotros es llamar a esa inteligencia Dios ya que nos recuerda demasiado al concepto de Dios patriarcal que hemos tenido que abandonar por náusea por culpa de sus iglesias. Además nos devuelve

a la visión dualista del cartesianismo en el que la máquina era alimentada por el alma: el fantasma en la máquina. Sin embargo este problema se resuelve desde el pensamiento cuántico, el vitalismo ya no es dualismo, sino la expresión de diferentes posibilidades de expresión de la consciencia. Quizá por eso vivimos un nuevo resurgir filosófico del vitalismo: el nuevo vitalismo (16)

El vitalismo aplicado a la quiropráctica adoptó estos principios fundamentales

- La verdadera salud viene de dentro. El cuerpo es un sistema que se autorregula y que posee una inmensa capacidad para preservarse, regenerarse y repararse a si mismo.
- La salud no es un estado, es un proceso de equilibrio dinámico entre los diversos aspectos del organismo y entre el organismo y su entorno. Necesitamos poner más énfasis en el devenir en lugar de en el ser.
- La salud es la situación natural del cuerpo.
- La salud es multidimensional, no solo física.
- La sabiduría inherente del cuerpo es capaz de mantener la salud del cuerpo, si no se interfiere en su función.
- El responsable último de la salud es el propio paciente.

LAS BASES FILOSOFICAS DE LA MEDICINA INTEGRATIVA

“Tenemos que ir hasta las raíces filosóficas de todas las practicas médicas para descubrir una filosofía unificadora que permita construir un puente entre ellas” Amit Goswami

MEDICINA INTEGRAL/INTEGRATIVA

La medicina integrativa es una medicina orientada a la sanación (en contraste a curación) por lo que tiene en consideración los 5

cuerpos de la consciencia. Permite conseguir una salud óptima a través de la comprensión de las necesidades individuales para alcanzar equilibrio y armonía.

Acepta la visión vitalista de la salud. El objetivo es mantener el equilibrio homeostático o la tendencia natural a estar sanos

La persona es el centro del enfoque ya que.

- el individuo es responsable de su salud
- es visto de forma holística

Educación para la salud desde la infancia. Educación para la vida

Los verdaderos cimientos de la medicina integrativa. Solamente una persona educada dispone de las herramientas necesarias para vivir de forma saludable y hacer las elecciones adecuadas en relación con su salud.

Enfermedad y sanación

La mayoría de las enfermedades tienen lugar, simultáneamente, en más de uno de los cinco cuerpos de la consciencia o puede tener lugar en un nivel y difundirse a los otros niveles, por eso es necesario un enfoque multidisciplinario. Se acepta que tanto las energías vitales como las mentales pueden ser puntos donde se origine la enfermedad y donde puede tener lugar la sanación. Se acepta y fomenta la posibilidad de autosanación como parte del mecanismo de causalidad descendente de la consciencia.

El/la profesional de la salud

Es un facilitador/a de la sanación que actúa en equipo con el paciente

Sitúa la salud del paciente en un contexto mas amplio que admite una red de pautas interrelacionadas. Le hace consciente de su desequilibrio: físico, psíquico, emocional, relación, político (minorías) cuyo reconocimiento puede ser, en si mismo, terapéutico.

Averigua que modelo o enfoque es el más adecuado y el menos invasivo para facilitar la respuesta curativa innata.

Dispone de las habilidades terapéuticas tanto físicas como psicológicas para afrontar la mayor parte de los problemas que se presentan en atención primaria.

Sus profesionales son modelos de salud y curación, comprometidos en el proceso de auto-exploración y auto desarrollo.

El enfoque del tratamiento es multidisciplinar e individualizado. Utiliza Unidades especializadas: Unidad de mama, Unidad del dolor en la mujer etc

Usa las intervenciones, tanto convencionales como alternativas, mas naturalmente efectivas y menos invasivas, siempre que sea posible.

MEDICINAS

Alopatia

“El nuevo paradigma no convierte en erróneo el antiguo. Simplemente señala sus límites y dirige a la ciencia hacia un nuevo horizonte”(A Goswami).

Reconoce que la buena medicina se debe basar en buena ciencia y por eso utiliza los dominios de validez de la alopatía, es decir todos los procedimientos comprobados, especialmente en el terreno en que es útil por encima de todas las demás medicinas, en las situaciones agudas y de emergencia.

Pero también reconoce las lagunas de determinados cuerpos de conocimiento que sufre la alopatía. Somos muy conscientes de las carencias de la investigación médica y de nuestro conocimiento médico en cuestiones de género. De la misma manera he podido constatar en estos años de trabajo como quiropráctica, su profundo y grave desconocimiento de los problemas de la columna vertebral y de su importancia en la salud.

Quiropráctica. El **objetivo vitalista de la quiropráctica** es corregir la subluxación vertebral para permitir la perfecta expresión de la inteligencia innata del cuerpo

- El papel de la quiropráctica es liberar el poder natural del cuerpo para curarse.
- Ayuda a mejorar la salud y restablecer la resistencia interna a la enfermedad, pero no trata las causas de enfermar.
- La quiropráctica cuida a la persona no la enfermedad o el síntoma.
- La quiropráctica se aleja del cuidado de la enfermedad para acercarse al cuidado para el bienestar.

Medicina china y acupuntura. De origen milenario, se basa en la energía vital llamada chi que se expresa en sus dos opuestos contradictorios: el yin y el yang. Las dolencias crónicas son consideradas desequilibrios de los movimientos del cuerpo vital. Es conocido el énfasis de la medicina china en mantener el paciente sano. La acupuntura ha sido introducida ya en muchos hospitales como tratamiento eficaz del dolor aunque en realidad ha sido diseñada para hacer que la energía fluya entre los moldes vitales de los órganos.

La medicina ayurvédica. La palabra ayurveda en sánscrito significa “la ciencia de la vida”. Este sistema de sanación ha sido practicado en la

India durante mas de 5000 años. Promueve la felicidad, la salud y el crecimiento creativo. Cada individuo es evaluado individualmente y aporta un interesante análisis de las constituciones individuales y sus diferentes formas de enfermar. En el ayurveda la enfermedad se clasifica según su origen: físico, psicológico o espiritual.

La homeopatía. La homeopatía, que no tiene sentido desde el punto de vista de la farmacología alopática, sin embargo adquiere todo su sentido como medicina del cuerpo vital. Para la homeopatía el nivel de función del sistema inmunitario es una medida del equilibrio al que están operando las energías vitales.

Terapias

Del cuerpo vital: Flores de Bach, Reiki, magnetoterapia, yoga, respiración yóguica etc

Del cuerpo físico: fisioterapia, diafreoterapia, shiatsu, todas las variantes de masajes, diferentes tipos de ejercicio físico: tai-chi, pilates, yoga, actividades al aire libre, terapia craneosacral, rolfing etc.

Del cuerpo mental: todos los tipos de psicoterapia, autoayuda, meditación, risoterapia, PNL, EFT, etc

Del cuerpo supramental: terapia transpersonal, constelaciones familiares, etc

medicina integrativa



La quiropráctica junto con el estilo de vida y las terapias constituyen el primer escalón para la salud. La quiropráctica devolviendo la integridad a la columna vertebral pretende que el organismo se encuentre en las mejores condiciones de comunicación entre cuerpo y cerebro. Las personas deberían acudir a la quiropráctica tras el nacimiento, en los cambios importantes del desarrollo, en caso de accidentes o caídas, en el dolor de espalda y como coadyuvante en enfermedades crónicas etc. En el siguiente escalón la puerta de entrada de la medicina general puede ser tanto la medicina china como la ayurvédica como la alopatía. Las características del paciente o su propia orientación pueden hacer la selección. Aunque se ascienda en un escalón siempre se continúa siendo usuario de los escalones anteriores como coadyuvantes.

Políticas sanitarias

“Percibo una enorme inercia, una gigantesca reluctancia a cambiar la visión del mundo clásica por la visión del mundo cuántica por parte de los profesionales de la medicina”
Amit Goswami

Retos de las políticas sanitarias:

- **Acabar con el monopolio de la medicina tradicional.** Abrir las puertas de la medicina alopatía a otras medicinas: regulaciones y homologaciones. Acabar con intrusismos y fomentar el profesionalismo
- **Limpiar de la medicina de** los procedimientos que no estén consolidados con una buena relación riesgo/beneficio y ciencia sin ningún tipo de sesgo.
- **Política holística sanitaria** Influir en la economía y en la tecnología. Influencia sobre el entorno insano que impone al individuo una excesiva presión física y psicológica. Casi todo lo que produce este sistema económico es una amenaza directa para la

salud: industria alimentaria, condiciones laborales, automóviles etc

- **Acción social y política:** Reorientar el sistema de salud actual según los criterios de la medicina integrativa, ya que por otro lado, es lo que la ciudadanía está demandando cada vez con mas frecuencia.

Conclusión

“El meollo de la medicina no puede seguir siendo la enfermedad, sino el ser humano y su sanador interno que requiere apoyo para mantener el equilibrio perdido” (S. Casabianca).

Como consecuencia de la filosofía imperante en occidente en este momento vivimos un desequilibrio cultural y filosófico con un predominio del yang, los valores masculinos, el patriarcado con su visión del hemisferio izquierdo reduccionista y mecanicista, frente al ying, los valores femeninos, la visión holística del hemisferio derecho. Al principio el modelo reduccionista tuvo mucho éxito liberando la creatividad humana, pero se amplió y extendió mas allá de los límites de su aplicabilidad hasta el punto que creó un entorno físico y social que se ha convertido en una amenaza para nuestra salud y bienestar y quizá para nuestra supervivencia.

En el campo de la salud, la medicina tuvo un gran crecimiento a partir de la 2ª Guerra mundial pero su escalada de invenciones se detuvo en la década de los 60 y a partir de los 70 comenzaron las críticas. La luz del éxito de la medicina procede de los avances científicos de hace mas de 30 años, sin que el aumento del gasto sanitario sea debido a la introducción de terapias realmente novedosas o que hayan cambiado la historia de la medicina como ocurrió anteriormente, pero que sin embargo han disparado los gastos de la medicina hasta llegar a hacerla insostenible.

La medicina mientras tanto ha sido ajena a los cambios dramáticos en otros campos de la ciencia.

Los postulados de la física cuántica han desbancado la visión mecanicista del universo y nos acercan de nuevo a la espiritualidad y a una concepción del universo como un todo completo en el que existe un plan inteligente en desarrollo, que nos llevan inevitablemente a una visión holística y ecológica.

El problema de la medicina es que se ha olvidado de la vida y ha ignorado el cuerpo vital como fuente de la enfermedad y de la sanación. Estos conceptos son traídos de nuevo desde la perspectiva de la física cuántica que nos enseña que la consciencia se expresa en forma de diferentes cuerpos. Uno de ellos el cuerpo vital. La medicina integrativa es la medicina que usa diferentes acercamientos a la salud de las medicinas china, ayurvédica, quiropráctica y homeopatía además de la alopatía.

Por todo esto creo que un modelo de medicina integrativa es la que se practica en la red Caps en donde se usa la mejor ciencia pero también se tienen en cuenta todas las demás cosas que son importantes para la salud.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- 1 Descartes' bones. Rusell Shorto. Doubleday 2008.
- 2 The rise and fall of modern medicine. James Le Fanu. Ed. Abacus. 2000
- 3 Collin Dolly, profesor de farmacología lo puso este título a su monografía en 1978
- 4 Curiosamente los fármacos mas importantes se sintetizaron sin el conocimiento de las enfermedades que tenemos ahora y sin embargo el conocimiento de la biología molecular no ha aportado gran cosa a esos descubrimientos.
- 5 Aunque la ausencia de correlación entre el colesterol y la enfermedad isquémica cardiaca ya se reconoció desde el primer momento, según relata James Le Fanu, cuestiones de poder la convirtieron en prevalente y esto ha cambiado la perspectiva de la alimentación en el mundo, ha disparado una epidemia de obesidad y ha propiciado el lanzamien-

to por parte de la industria alimentaria, de una campaña de demonización del colesterol fraudulenta y descabellada.

- 6 ¿Futuro o Utopía? Soñemos con un sistema de salud óptimo” Maria José Hernández Ortiz. Mys 26, pg 32 2009
- 7 Pensando sobre la salud. Nati Povedano MYS n°.
- 8 Una visión dinámica de la salud. Malen Cirerol. Mys 15, pg 8. 2005
- 9 El Tao de la física. Fritjof Capra. Editorial Sirio 2000
- 10 El espíritu de la ciencia. Fritjof Capra, D Bohm etc. Editorial Kairos 2000.
- 11 Emociones destructivas. Daniel Goleman. Editorial Kairos 2006
- 12 El médico cuántico. Guía de la física cuántica para la salud y la sanación. Amit Goswami. Editorial Obelisco 2008
- 13 Me quiero ir!!!!!! Maria José Hernández Ortiz Mys n° pg
- 14 Ya estoy de vuelta. Crónica de un viaje desde la medicina oficial a la quiropráctica. MJ Hernandez Ortiz Mys17 pg28. 2005
- 15 Mechanism and vitalism, a history of the controversy. Geert Jan M de Klerk. Acta Biotheroretica 1979;28:1-10
- 16 Inventive life: approaches to the new vitalism. Mariam Fraser, Sarah Kember and Celia Lury. Theory Culture Society 2005;22:1.
- 17 Bruce Lipton. The biology of believe. Unleashing the power of consciousness, matter and miracles. Hy House Inc 2008.

CRISIS SANITARIA Y MALESTAR PROFESIONAL

Carmen Duchamp

Psicóloga Clínica, Ex docente del ICS y supervisora de equipos del ASSIR.

La eficacia de las organizaciones sanitarias está íntimamente relacionada con la calidad

de sus recursos humanos. Son el capital más importante, pero necesitan como mínimo una estructura organizativa que provea los recursos esenciales para poder desempeñar sus funciones con eficacia.

No me extenderé hablando de la crisis sanitaria en la medida que ya todas la conocemos. Es evidente que ha habido una mala gestión de la política sanitaria que ahora estalla, sin duda el malestar se ha ido incubando por la torpeza y arrogancia de una administración manos-tijera que impuso draconianos recortes en la sanidad pública sin consensuarlos con quienes mejor conocen el sistema para aportar criterios de racionalidad, es decir los profesionales sanitarios.

Si en cambio me parece fundamental ocuparnos de sus **efectos en los profesionales, en su salud y en su actuar asistencial. Es habitual, bajo el régimen actual, ver a los profesionales, soportando niveles de tensión excesiva, descompensados, cansados física y emocionalmente.**

Su malestar tiene mil motivos diferentes, uno de ellos, quizás el que más molesta, es el menosprecio de los criterios profesionales por parte de quienes la administran, en general gestores ajenos a la medicina, con criterios de la rentabilidad económica que no con el sanitario, que no alcanzan a sopesar que la medicina como dice el Dr. Ricardo Ricci es una "ciencia difícil, un arte delicado, y un humilde oficio" que requiere ciertas condiciones básicas para ser ejercida por los verdaderos "gestores" de la salud.

En los estudios de campo publicados recientemente, **El estrés es uno de los riesgos laborales más importantes en el personal sanitario.** Teniendo en cuenta que las tensiones a los que nos enfrentamos en la jornada laboral, nos provocan una respuesta de estrés que puede desarrollar una llamada "**nueva**" enfermedad. Dada la importancia y la magnitud de la afectación del personal sanitario en los estudios realizados, se ha considera-

do tratar esta patología derivada del estrés en un apartado distinto, el de síndrome de agotamiento profesional o **Burnout**, término que traducido al castellano significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto.

Fue descrito por H. Freudenberger en 1973, como un conjunto de síntomas bio-psico-sociales que surgen como respuesta al stress laboral, caracterizada por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado como resultado de una demanda excesiva, así como actitudes y sentimientos negativos, pérdida de empatía hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional con especial incidencia en el sector servicios: médicos, enfermeros, asistentes sociales, docentes, psicólogos etc.

Sin duda es importante el reconocimiento que estar agotado o quemado sea considerado una enfermedad, pero es sabido desde mucho antes de la invención de este síndrome, que el malestar, la sobrecarga, el agotamiento, la frustración, la ansiedad, la angustia por las insatisfacciones de la vida personal o laboral, por sus presiones o conflictos aumentan las posibilidades de enfermar. Sólo que hasta que no iniciaran estudios médicos sobre el "**stress**" este no adquirió entidad "*científica*" y a partir de ello es cuando se han difundido e incluso popularizado, reconociendo que ciertas variables condicionan y posibilitan sintomatología somática y psíquica. De aquí deriva la llamada "**nueva enfermedad**" descrita y reconocida recién en 1973.

Un trabajo interdisciplinario hubiera hecho posible que ese reconocimiento se hubiera efectuado con mucha antelación. Hace más de 100 años que un médico vienes, se interesó por la pluri-causalidad del enfermar, por la complejidad de las determinaciones e interacciones múltiples que llevan a un ser humano a enfermar. Un problema relativo al conjunto de la vida y a la categoría de unidad bio-psico-social, reconocida por la OMS,

de la condición humana. Es decir no sólo en el nivel biológico o del cuerpo. Como es de su suponer una teoría demasiado avanzada para su época no fue bien acogida por la jerarquía científica de su tiempo.

Así por ejemplo una enfermedad orgánica –incluso leve– puede alterar el estado emocional y determinar trastornos psíquicos al no poderse asimilar ni aceptar la pérdida que conlleva, creándole así mismo dificultades en las relaciones familiares, laborales y sociales que agravan su dolencia.

Del mismo modo un proceso depresivo tiene un correlato somático. Baja la tensión arterial, el apetito, produce decaimiento y malestar general, disminuye las defensas y consecuentemente al alterar el sistema inmunológico se crea el campo propicio para diversas afecciones. Esto se complejiza si la depresión cursa con sintomatología de angustia o ansiedad, alterando el funcionamiento del sistema respiratorio, ahogos, taquicardia, temblores, etc.

Cuando nos encontramos sobrecargados, desbordados por las situaciones, cuando percibimos que no tenemos capacidad de respuesta a las demandas – pensar en la práctica sanitaria– si la presión es muy intensa o bien no se trata de una situación puntual sino que persiste en el tiempo, aparecen los síntomas. Esto es lo que ahora designan Stress y su secuela Burnout.

Ahora se reconoce que puede producir manifestaciones psicológicas pero también síntomas somáticos a corto y largo plazo. En muchas ocasiones no son diagnosticadas en relación al llamado stress subyacente y por lo tanto los tratamientos son más focalizados de modo organicistas y no en su amplio espectro. Es decir no son tratados adecuadamente y los prescriptos resultan ineficaces.

GENERADORES DE STRESS PROFESIONAL SANITARIO

- La carga emocional de la cotidiana confrontación con el sufrimiento, enfermedad,

dolor, invalidez, muerte etc. y la derivada de la responsabilidad de comunicación de mensajes dolorosos a pacientes y familiares.

- Las presiones institucionales más de índole económicas que sanitarias, con menosprecio de los y las profesionales entendidos como una **unidad productiva** con la función de cumplir **objetivos**. Así como la frustrante falta de reconocimiento de la eficacia asistencial de los profesionales si esta no va en concordancia con los parámetros de los **objetivos** impuestos.
- Conflicto entre las expectativas profesionales para realizar sus funciones y la realidad de las metas que la institución le exige, por órdenes contradictorias, cambiantes o ambiguas que confunden respecto a las actuaciones a realizar, el objetivo cumplir y generan incertidumbre sobre sus consecuencias. O la falta de formación previa de los nuevos protocolos informatizados sin que medie margen para su interiorización.
- La jornada de trabajo excesiva, la sobrecarga de las agendas diarias, limitación temporal para realizar su tarea, guardias sin que medie descanso suficiente, jornadas nocturnas que producen mayor desgaste, hacen que el profesional acabe agotado física y mentalmente. Pero aún un factor puede agravarlo, por el cierre de servicios pacientes de urgencia deben desplazarse a otros centros que se saturaran.
- Como consecuencia la ansiedad frente al acto profesional, diagnóstico o prescripción de tratamiento a realizar por temor a equivocarse al no disponer de espacio tiempo necesario para la evaluación reflexiva y/ o interconsulta.
- La ardua tarea de tratar con ciertos pacientes y familiares conflictivos. Por ej: las relaciones tensas que se generan por personas que sistemáticamente incumplen prescripciones o tratamientos, o demandantes que exigen todas las pruebas habidas sin justi-

ficación, manipuladores y/o reivindicativos etc.

- La dificultad agregada en la práctica actual, por el fenómeno masivo de la inmigración, para comunicarse con los pacientes pertenecientes a una lengua y/o cultura diferente de la propia, con diversos modelos asistenciales en su lugar de origen que colisionan con el de aquí. ej.: sistemático incumplimiento horario visita, ó presentación espontánea en la consulta sin demanda de una cita etc. Pregunta: ¿Alguna entidad se ocupó de informar sobre el funcionamiento de los Centros asistenciales a los colectivos respectivos?
- Tensiones en el equipo: Conflictos por personas que revierten su malestar en los compañeros o que desmotivados hacen dejación de tareas que entorpecen el trabajo de los demás.

Sabemos que cuando nuestra actividad se adecua a las expectativas y a la capacidad profesional esto colabora al bienestar psicológico, a la autoestima personal y es fuente de motivación si además existe un reconocimiento de la eficacia de la misma.

Por el contrario si la tarea a desempeñar se ve restringida, coartada en su potencialidad y eficacia por límites institucionales, por ej.: atender una consulta tras otra en 7 m., en los cuales se supone tiene que revisar la historia clínica –si la hay– para, de las explicaciones muchas veces confusas de la persona, poder extraer los síntomas relevantes que le permitan realizar un buen diagnóstico. En función de ello prescribir el tratamiento adecuado, aclarar las dudas que puede plantear quien consulta, o darle las explicaciones pertinentes de su dolencia y el porqué de la necesidad del cumplimiento del tratamiento, volcar la información según el protocolo informatizado, etc. Ej: médica ginecóloga de asistencia primaria del ICS, tenía visitas programadas a partir de las 8 de la mañana, 3 visitas con intervalos muy breves cada 10 minutos, algunas de las

cuales eran resultados de pruebas: citología patológica, infecciones, hepatitis B, sida, es decir comunicar noticias penosas. La dificultad agregada es que las pacientes si bien escuchaban el diagnóstico a veces no alcanzaban a entender las consecuencias de la enfermedad.

La presión psíquica que sufre un profesional por el miedo a equivocarse en un diagnóstico, o la percepción de que ha estado a punto de hacerlo aunque haya detectado el error, por no disponer del margen temporal adecuado para evaluar.

O una enfermera de Planta que tiene que preparar y dispensar la medicación de más pacientes que lo que asumible en un tiempo reducido, o a las han ido delegando más tareas como el control de crónicos (ej: cintron) sin incrementar personal.

Sin duda situaciones estresantes de carrera contrareloj con la que conviven cotidianamente, ansiedad y nerviosismo.

Las DPO, (dirección por objetivos) no están hechas desde la base, sino por criterios cuantitativos y economicistas, no pensando en la calidad asistencial de los pacientes ni en el cuidado de los recursos humanos. Les invito a reflexionar sobre la sintomática perversión del lenguaje utilizado: ahora los antiguos pacientes-usuarios son denominados: “**Cientes**”. Los profesionales: **Unidades productivas** con la función de cumplir **objetivos**.

Un efecto perverso de DPO lo tenemos en que por ej.: si alguien del personal no cumple con ello los demás, por efecto dominó, tampoco. Si un profesional está de baja x meses por un accidente, no se cubren los objetivos ya que figura como absentismo y se revierte contra los propios compañeros de trabajo que no cobran. Situaciones creadas por mala gestión de la DPO como el suplemento variable según “productividad” que provoca un efecto de enfrentamiento en lugar de un clima de colaboración interdisciplinar. Es decir, enrarecen las relaciones interpersonales, crea dificultades

des de comunicación y un clima poco propicio para la colaboración asistencial.

Como se buscan beneficios inmediatos tampoco está pensado para la buena **praxis** profesional ya que esa dinámica de trabajo determina una dificultad de pensar, de evaluar, abocando a realizar una praxis restringida, deficitaria, que produce falta de seguridad profesional, que frustra y angustia.

Conocemos fenómenos muy significativos: situaciones de **repetición de consulta** por parte de los pacientes en casos que no se ha podido realizar, por el apremio temporal, un buen diagnóstico general habiendo tenido que ajustarse a un modelo sintomático focalizado.

Cuando no se puede atender adecuadamente a una persona, esta vuelve reiterativamente a la consulta, su dolencia persiste o se agrava. Además de la carga emocional que pesa sobre el profesional del riesgo por ej. de no detectar que el síntoma que había considerado con el modelo focalizado remitía a una dolencia más grave. Es un tema que hay que considerar y evaluar adecuadamente no solo por el/la paciente sino por sus efectos en el personal sanitario.

Si no hay tiempo para establecer una relación médico-paciente adecuada, que es la base de la auténtica esencia de nuestra labor profesional, se pierden de vista los objetivos del sistema sanitario que están estipulados en numerosos estudios: lo principal es reducir la mortalidad, el objetivo es la eficacia asistencial. Poniendo énfasis en que “la calidad no es cara si es bien gestionada”

Clínica:

Se trata de un proceso larvado, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede padecerlo

varias veces en diferentes épocas de su vida en el mismo o en otro trabajo.

El estrés también genera una serie de **trastornos asociados**, que aunque no sean causas desencadenantes a veces se constituye en **factor colaborador**.

Signos y síntomas físicos: cefaleas, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, cardiológicos, respiratorios, dolores generalizados, malestares indefinidos etc.

Signos y síntomas psíquicos: falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, ansiedad, conductas adictivas, depresión etc. Una especie de colapso que bloquea o ralentiza pensar, decidir y actuar con eficacia. Trastornos de la personalidad como defensa frente a los sentimientos de impotencia, y desesperanza personal.

Síntomas laborales: Abandono de la realización personal, pérdida de interés, entusiasmo e ideales profesionales, falta de empatía con los pacientes, negativismo, aislamiento, no comparten ni delegan trabajo, dejación de tareas, ausentismo laboral.

La primera dificultad respecto a esta sintomatología nos las confirma un estudio realizado por la Fundación Galatea: **“Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo en medic@s de Cataluña”** una de sus conclusiones es que el **sufrimiento psíquico** de estos profesionales es más alto que el de la población general, pero al **evaluar** su salud no lo tienen en cuenta o consideran secundario.

Pero es curioso que en cambio puntúan alto en **dolor** que el estudio considera “que puede estar expresando sufrimiento físico y psíquico...frecuente ante las situaciones de estrés o la sobrecarga laboral del colectivo”. Ligado a ello el alto consumo (automedicación) de analgésicos, psicoactivos, hipnóticos y anti-depresivos. Cabe preguntarse de que “dolor” se están auto tratando.

En otro estudio con los Mir encuentran evidencias de la prevalencia del malestar psicológico en los residentes, pero en cambio el

nivel de consulta es bajo. Razón por la cual plantean la conveniencia de establecer recursos de fácil accesibilidad para tratar sus problemas.

Otro estudio sobre Médicos de Atención Primaria en Zaragoza llegó a la siguiente conclusión: *Se aprecia una considerable prevalencia de profesionales «quemados» en atención primaria, especialmente en cansancio emocional. Se necesitan intervenciones en política sanitaria a corto plazo para paliar y prevenir esta situación* (P. González y colaboradores)

Creo que es digno de reflexión porque, por una parte contradice el modelo de Salud de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (en casa de herrero, cuchillo de palo) y por otra da cuenta de modo sintomático de la formación Universitaria de modelo organista y tecnológico en detrimento de la humanística que está en concordancia con la OMS.

Medidas para prevención y/o tratamiento del malestar

Es posible tomar medidas preventivas, formas de gestión y se dispone de recursos de tratamientos si y solo si los y las profesionales sanitarios además de ser informados y prevenidos sobre el mismo, pudieran reconocer, encajar, esta dolencia en un sentido integral. Pues focalizarla lleva a la utilización sistemática de medicación con reticencia para utilizar otras terapéuticas.

El proceso personal de adecuación de expectativas profesionales a la realidad cambiante, para introducir parámetros flexibles que nos permitan ajustar estas y evitar caer en la frustración e **impotencia** y diferenciarla de lo **imposible** temporalmente.

- No significa **resignación**, sino entender los límites, es posible que en este estado de crisis no puedan hacer todo el bien deseable,

pero si hacer todo el bien **posible** en la medida exacta de sus capacidades y recursos.

- Implica desarrollar estrategias que optimicen esos recursos, una escucha **atenta** aunque sea breve puede aportar signos para una mejor evaluación del actuar ej. Adolescente con ahogos, que al captar el profesional su angustia hizo una pregunta que desveló temor de la joven por la primera relación sexual y sus consecuencias. Fue tranquilizada y al no disponer de más tiempo orientada a la Web de la APFCIB, en vez de medicarla con ansiolíticos. Una actuación eficaz, preventiva y con adecuada derivación.
- Rediseñar la realización de tareas estableciendo objetivos alcanzables, cumplir los protocolos pero haciéndolo a nuestra manera, contribuir al enriquecimiento de las tareas compartiendo información sobre los resultados con los compañeros/as. Por ejemplo: Protocolo de aborto farmacológico: específica contraindicaciones médicas, pero no de vulnerabilidad psíquica. Una Ginecóloga detectó el riesgo de prescribirlo a una joven con depresión que sola en su casa se enfrenta a un sangrado abundante sin supervisión y control profesional. Abundan nuevos protocolos pero hay que aplicarlos con la sabiduría de antiguas enseñanzas.
- Evitar el aislamiento, me limito a lo mío, participar e implicarse en el trabajo en equipo, establecer lazos, alianzas, tejer redes sociales de apoyo interprofesional que pueden aportar recursos para solventar una situación determinada. (ej: Médica que contactó con una trabajadora social para conseguir un DIU para una mujer con 2 abortos previos que carecía de recursos.)
- Recordar que pequeñas actuaciones como una interconsulta, o una llamada de contacto previo pueden evitar serias consecuencias. ej.: Mujer con aneurisma cerebral recientemente fallecida, “que hubiera

pasado si desde el 1er. gran Hospital se hubieran informado si al que iban a derivarla disponía de los recursos para atenderla”. (A. Juvell, Foro de pacientes)

- Buscar ayuda para la contención de las ansiedades que se despiertan en la práctica clínica, en un entorno fiable que permita comunicar las dificultades y que ayude a gestionarlas emocionalmente tanto en el área laboral, social y familiar.
- Transformar la queja ineficaz en hábil comunicación negociadora con una estrategia: fundamento economicista de **rentabilidad** (el único que consideran). Por ej. En un centro negociaron ampliar tiempo de visita entre 10 a 15 m. aportando evidencias de consultas repetitivas que habían significado un mayor coste, con énfasis en que “la calidad no es más cara” era más rentable.
- Promover y desarrollar las propias capacidades, seleccionar la formación que realmente nos enriquezca profesionalmente, que nos ayuden a modificar la autoevaluación negativista para recuperar la autoestima para recuperar el placer de lo mejor hecho dentro de lo posible.
- Más allá del trabajo hay vida personal, no descuidarla para nuestro bienestar psíquico, fortalecer vínculos de pareja, de amistad, recuperar pequeños espacios de ocio, de disfrute, acordes con el estilo y placer de cada uno, es decir condimentar la vida con sal y una mica de pimienta, bastante oli, y suficiente humor para no avinagrarnos.
- Además de recomendar a los/as pacientes un estilo de vida saludable aplicarnos la misma medicina. Por ej. ejercicio físico moderado puede producir efectos tranquilizantes significativos, o salir a caminar paseando por lugares que nos gustan en grata compañía etc.
- Si persiste el malestar recordar que existen recursos terapéuticos y profesionales que pueden utilizarse, pero implica aceptar y encajar que lo “psi” hay que considerarlo

no como secundario sino como integrante en la condición humana de lo entendido por salud.

- Por último recordarles que gestionar el malestar para evitar su vuelta contra nosotros mismos, implica canalizarlo, exteriorizarlo pero de forma eficaz, transformarlo en energía motora para luchar por nuestras convicciones, ideales. No como kamikazes solitarios sino conjuntamente con asociaciones profesionales, colectivos sensibles ciudadanos, plataformas, formaciones políticas etc. como formas de presión. La historia demuestra que los cambios no suelen ser fruto de la resignación inerte sino de generaciones de lucha.

LA ACCIÓN SANITARIA EN UN MEDIO RURAL DE CANARIAS

Acción médica y pensamiento teórico

Araceli de Armas Santana

Médica de atención primaria/ Especialista en medicina interna / Máster en salud pública

El título que se ha dado a esta intervención: “La acción sanitaria en un medio rural de Canarias”, unido a los temas que ya se han abordado en este foro, nos abre varias líneas de pensamiento.

Por una parte, la necesidad de analizar qué entendemos por “acción sanitaria” y cómo esta acción cambia en función del paradigma teórico que se aplique sobre los conceptos de salud y enfermedad.

Y por otra parte, nos exige definir el medio rural o urbano en el que trabajamos, que es cambiante en función de las características económicas, sociales e individuales.

Si nos centramos en el concepto de “acción médica”, hemos de asumir que la acción no sólo es una respuesta inmediata a la deman-

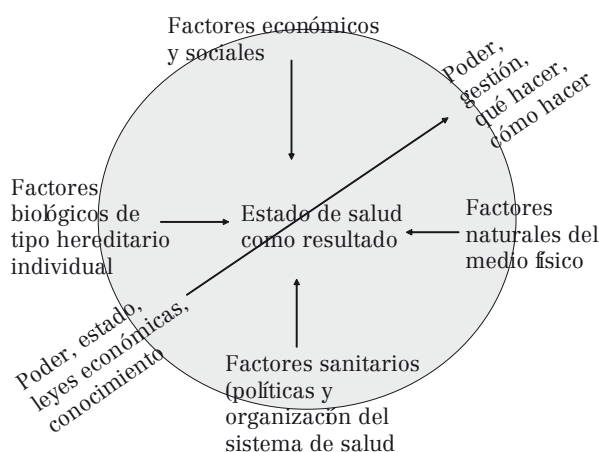
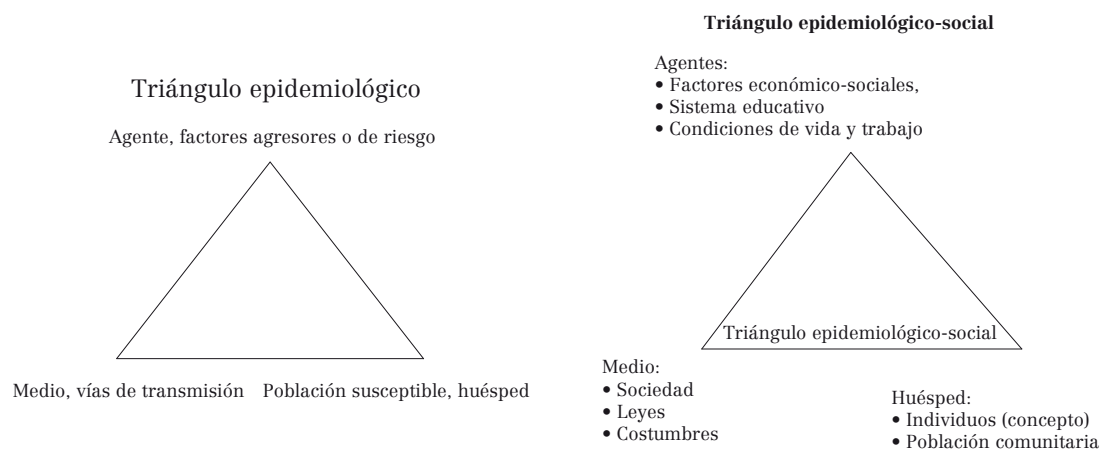
da puntual y con un método predominantemente biológico de intervención: la prescripción en respuesta a la sintomatología, caso a caso, individuo a individuo y sin aplicar ninguna relación epidemiológica causal con sus condiciones de vida, familia, trabajo, hábitat, cultura, etc... La acción médica está sustentada siempre en un paradigma médico, en un pensamiento teórico, sea su aplicación consciente o inconsciente, intencionada o no.

Este paradigma médico puede ser biologicista –el predominante–, que se centra en el órgano, o bio-psico-social, el menos frecuente, pero que es el que permite una acción médica integral sobre la persona en términos globales en su contexto.

En la persona individual, que es una expresión única y singular de sus características

sociales, también hemos de ver su subjetividad, sus características psíquicas, sabiendo observar su consciente y su inconsciente, porque en una misma familia, viviendo en las mismas condiciones y con los mismos factores de riesgo, la expresión individual de su malestar está tamizada por su inconsciente.

El objetivo de esta ponencia es llevarnos, como profesionales de la salud, a la reflexión sobre la necesidad de desarrollar una acción médica integral, sustentada en el paradigma sanitario bio-psico-social, que se proyecte a lo largo de todo el sistema sanitario y no sólo en el nivel de la atención primaria, una línea ideológica clara de lo que se pretende alcanzar, que no es meramente la curación puntual de la dolencia, sino el equilibrio en la salud de la persona y la comunidad.



El estudio de la estructura interna de los grupos sociales da a conocer la morbilidad específica de estos grupos y la morbilidad individual. Creemos que hay que repensar el objeto de trabajo de la ciencia de la salud, tanto las personas como las comunidades. En cuanto al ser humano, ha de superarse la concepción tomista metafísica alma-cuerpo. El ser humano es un ser bio-psico-social, entendiendo como psíquico un ser que tiene su mundo consciente e inconsciente, y que ese inconsciente determina lo consciente. De manera que todas las condiciones de vida están tamizadas por ese filtro y cada uno lo manifiesta de un modo diferente.

Y, por otra parte, no basta con conocer al ser humano, sino que para transformar esas condiciones que mencionábamos, hemos de tener PODER. Poder que tiene expresiones técnicas, administrativas y políticas. Sin esos distintos eslabones del poder, sin el conocimiento y la puesta en marcha de esas distintas manifestaciones del poder no se transforman las condiciones de vida.

Ejemplo, en atención primaria, sería la creación de los consejos de salud para la parti-

cipación en el diagnóstico de salud y en la transformación de los problemas de salud, y que están contemplados en la Ley General de Sanidad, pero que muy pocos centros de salud los han desarrollado.

Esta crisis económica, expresada en el sistema sanitario como la estamos viviendo con recortes y otras situaciones en las distintas comunidades autónomas, la viviríamos y tendría unos resultados distintos si en todos los centros de salud se hubieran creado esos órganos de control sanitario del sector salud mediante la participación ciudadana que son los consejos de salud.

De lo que se trata, desde la adopción de una visión progresista y científica, es de remover todas las dificultades situacionales de los grupos sociales que dificultan el objetivo de tener una salud integral y que conducen al estado de enfermedad.

La práctica sanitaria integral

Hay un hito en la historia de la atención primaria de la salud en Canarias que marca su devenir a lo largo de los cuarenta últimos años.



Entre 1976 y 1980, un grupo de profesionales de la medicina, la enfermería y la asistencia social confluimos en lo que entonces era sólo

un consultorio médico en Tirajana (Gran Canaria), un medio que integraba un sector rural, un sector turístico y un sector servicios.

En el centro de salud de Tirajana, coincidimos un equipo que compartía una formación médica y unas ideas de cambio, de transformación en los servicios de salud, del que formábamos parte un médico especializado en salud pública, una médica especializada en medicina interna, una enfermera, una trabajadora social y algunos auxiliares clínicos y, al mismo tiempo, el equipo se fue enriqueciendo en la medida que desarrollábamos programas, de manera que cada profesional se capacitaba en los subprogramas de los que fueran responsables. Contábamos con muy escasos recursos; de hecho, el sueldo de una plaza de médico de

atención primaria y el de una ATS de zona se repartían voluntariamente entre los 10 profesionales, el resto de los ocho restantes carecíamos de plaza y de sueldo. Actuando en un espacio de ilegalidad y de dependencia de nuestras familias y de las donaciones de alimentos por parte de la población. ¿Qué nos motivó a actuar así, qué nos sustentaba?

- la ideología: un primer equipo sanitario con una visión integral de la atención sanitaria
- la clara determinación de luchar contra los obstáculos
- el objetivo de prestar una atención sanitaria de calidad a esa población.

EL PROCESO SALUD -ENFERMEDAD

- Leavell y Clark establecen tres periodos del proceso salud-enfermedad, relacionados cada uno de ellos con una acción médica: el periodo prepatogénico se asocia con la prevención primaria, el patogénico con la prevención secundaria y el postpatogénico con la prevención terciaria.

Proceso salud-enfermedad-Intervención preventiva				
Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		Periodo postpatogénico
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento precoces	Minimización del daño	Rehabilitación

Esquema de Araceli de Armas e Ione Legaz

Proceso salud-enfermedad-Intervención preventiva				
Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		Periodo postpatogénico
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel
Promoción de la salud	Promoción específica	Diagnóstico y tratamiento precoces	Minimización del daño	Rehabilitación
△	△	△	△	△
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria

La acción desde el centro de Tirajana se organizó, a través de la planificación y la organización de los equipos, en dos áreas:

- Un departamento de salud pública, que llevaba a cabo el análisis del agua de los nacientes y del agua de abasto en zonas comunes; la gestión de las basuras; la vacunación itinerante (teniendo en cuenta la población dispersa que no acudía al centro); el estudio de los factores que incidían en la salud comunitaria y la educación sanitaria. Había varios subprogramas:
 - Salud Escolar, desarrollado siempre con los/as maestros/as. Ellos realizaban la encuesta de salud en el domicilio familiar lo cual les permitía a ellos mismos tener una gran idea de sus condiciones de vida.
 - Educación Sanitaria, que rodeaba todos los aspectos de nuestro trabajo.
 - Participación Comunitaria: creamos asociaciones de vecinos, de juventud, de cultura para que conocieran su realidad y sus capacidades para transformar su vida y condiciones.
 - Consejos de Salud en todos los barrios. Cada profesional del equipo se hacía cargo de un barrio, de su educación sanitaria en el consejo de salud. Esto fue fundamental porque tomaron gran conciencia del significado de nuestro trabajo y a la hora de reivindicar el RECONOCIMIENTO oficial del Centro, su lucha y participación fueron fundamentales.
- Un departamento asistencial, que atendía las consultas médicas y los diversos programas de salud, como el de H.T.A., Diabetes y otros programas que fueron surgiendo con el desarrollo del trabajo, según las necesidades que se fueran haciendo VISIBLES, como fue el Programa de la Mujer.

El centro analizaba el estado de salud de la población desde todos los enfoques y en todos sus componentes: hábitat, herencia, medio laboral, salud mental, condiciones económicas,

etc. Valorábamos el trabajo y teníamos una gran comunicación con las y los pacientes, a quienes se dedicaba 40 minutos por consulta, durante la cual se completaba la historia clínica. Esta atención personalizada fue quizá el mayor logro que rompió con el viejo modelo de atención primaria de unos minutos por paciente, así como crear la historia clínica y analizar la salud con mayor perspectiva que ver sólo la enfermedad; se trataba de integrar los componentes bio-psico-social en la atención a la salud individual. Mediante el contacto humano, se trataba de conocer todo lo que rodeaba a las personas, su familia, su trabajo, su alimentación, su estado mental, etc.

En los comienzos de nuestro trabajo hubo tensiones en la población por ese cambio en la consulta, porque estaba acostumbrada a que se viera a unas 50 personas al día, aproximadamente. Pero la acción del grupo en varios frentes programáticos que nunca habían visto nos permitió superar esa tensión con la comunidad.

El desarrollo del trabajo nos hizo crear las herramientas cotidianas del registro de todo lo que acontecía en una consulta, desde los aspectos administrativos, clínicos, etc. Además y fundamentalmente, teníamos reuniones semanales para planificar, organizar y supervisar lo que estábamos realizando.

Ejemplos de estos programas y subprogramas fueron:

1.- En el programa de Salud escolar, los maestros nos hicieron saber que los niños de la escuela sufrían retraso escolar y que deberíamos estudiarlo. Examinamos las condiciones de vida (lo social): vivían en una zona de plantación de tomates y pepinos durante todo el tiempo de zafra, junto a las cabras, en viviendas en malas condiciones; el agua estaba en un estanque del que se surtían para hacer la comida y beber. Estudiamos a la población infantil (lo individual): se les hizo una entrevista a los padres, examinamos a los niños, hicimos análisis.

Diagnóstico. Los niños estaban, por el estudio de las heces, infectados de parásitos y con bajas cifras de hierro.

Tratamiento social:

- Hablamos con los sindicatos de la aparcería para que hablaran con los dueños de la tierra y del agua para que limpiaran los estanques. Los sindicatos hablaban con los consejos de salud de su zona.
- Se planteó que la tenencia privada del agua era un factor de riesgo para la salubridad del agua y, por otra parte, el sistema de producción agrario, de tipo feudal-señorial (señor-siervo) también era un factor de riesgo para las condiciones de salud. Los trabajadores de la tierra no se sentían ciudadanos libres, aunque vivieran en un país de ciudadanía libre.

Tratamiento individual a los niños: eliminación de parásitos en los niños y en sus familias con tratamiento médico, dieta nutritiva para subir los niveles de hierro y medicamentos de hierro.

Conclusión: el retraso escolar era debido a la anemia ferropénica, cuyas causas eran las condiciones de vida, el agua, en concreto, que tenía parásitos e infectaba a la población de la zona, pero en concreto a la población infantil que estábamos estudiando, las condiciones nutricionales y la parasitosis de cada niño.

2.- Programa de hipertensión

También, en el desarrollo del programa de hipertensión, poníamos en marcha la parte de prevención primaria de la misma, tomando la tensión arterial una vez a la semana a todas las personas de 15 y más años, previamente seleccionadas por el censo, durante 3 semanas seguidas; quienes resultaban hipertensos pasaban a consulta para estudio, y al resto se les daban consejos de prevención primaria para todas las enfermedades crónicas.

Ya en la prevención secundaria del programa de hipertensión se trataba de hacer un

diagnóstico precoz y tratamiento efectivo y oportuno. Aquí, haciendo las historias clínicas, descubrimos que algunos síntomas de las mujeres hipertensas eran distintos que los de los hombres hipertensos y, de nuevo, surgen los interrogantes. Lo llamativo fue que los síntomas que describían los libros se identificaban más con los síntomas de los hombres hipertensos y no encontrábamos en ninguna fuente esos síntomas distintos de las mujeres hipertensas.

De aquí surgió, después de conversaciones con teóricas de la mujer, que ya empezaba en Las Palmas capital (Dra. Asunción González de Chávez), el “programa de la mujer”.

Así, iban surgiendo distintas líneas programáticas con el desarrollo del trabajo. Como si de un abanico se tratara, se iban abriendo posibilidades.

La experiencia de Tirajana fue el producto de un trabajo de equipo, que contó con la participación popular, docente, universitaria y sindical; de poner en marcha ideas, de abajo hacia arriba, y de transformar el medio. Paralelamente al trabajo médico, se realizó una actividad de participación comunitaria con vecinas y vecinos y con maestras y maestros, que fueron mediadores efectivos entre el centro y las familias y que garantizó la permanencia del centro de salud hasta alcanzar el objetivo de demostrar que esa forma de atención era mucho más efectiva que los ambulatorios de dicha época.

Esta participación comunitaria se reforzó con las demandas a las instituciones, a los ayuntamientos, etc. Después de la creación de los consejos de salud, hubo sensibilización y la población se movilizó por sus propios intereses, demandando el sostenimiento del centro de salud. Se produjo una fuerte coordinación de apoyo al centro de salud a través de las asociaciones de vecinos de Las Palmas y resto de las islas, incluida la Universidad de La Laguna, porque la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria no estaba aún creada; se re-

cabaron firmas de solidaridad y se pidió el apoyo de la hasta entonces Dirección General de Sanidad y el INP, que estaban también en un proceso de creación del Ministerio de Sanidad.

La intervención en Tirajana tuvo un fuerte componente de prevención, educación y promoción de la salud en conexión estrecha con la vecindad. Se llevaba a cabo una atención gratuita, personalizada y universal. La primera etapa fue de implantación y la segunda de mostrar que la idea funcionaba, que podía ser un modelo a seguir en toda España. Durante el corto periodo de existencia del centro de Tirajana se realizó el primer diagnóstico de salud por zonas de una manera sistemática.

En 1978, el consultorio local fue reconocido, en el ámbito nacional, como “centro piloto nacional”, germen del primer centro de salud en la historia sanitaria de España, muy completo en cuanto a desarrollo programático y modelo de referencia para los que vinieron después. El modelo teórico practicado en Tirajana supuso un cambio cualitativo, pues de una asistencia puramente biológica se pasó a lo que habíamos descrito al principio: un pensamiento bio-psico-social y estratégico de cambio.

Años después, hacia 1980, tuvimos otras experiencias, en otros centros, pero con estas mismas líneas de pensamiento.

Me refiero al Hospital Dermatológico de Las Palmas, que en los años 70's era una leprosería que adolecía de las más elementales técnicas terapéuticas, que aún conservaba vestigios de los tratamientos mitomágicos, y no existía en aquel entonces censo de población afectada y, aunque existía un programa de intervención, éste no se desarrollaba, por lo que el equipo del centro creó un nuevo programa que ayudó a erradicar la lepra en Canarias a base de una actuación sistemática y científica.

Una tercera experiencia, entre 1982-83, en la que se aplicó este modelo de pensamien-

to fue en Telde, una ciudad del sureste de la isla de Gran Canaria, donde en el entonces Ambulatorio (ahora transformado en C.A.E., Centro de Atención Especializada), además de la consulta tradicional de 3 minutos, se comenzó a realizar screening y seguimiento de los casos de HTA, reuniéndonos en la última planta del centro, a detectar las diferencias en la sintomatología de mujeres y hombres, a practicar la detección temprana y precoz de los casos, y de ahí a iniciar una actividad de educación sanitaria comunitaria, a la que asistían mayoritariamente mujeres, a través de las parroquias, las asociaciones de vecinos, las escuelas, etc.

Esta actividad fue el germen del primer centro de la mujer “Isadora Duncan”, en Telde, que más tarde se convertiría en “Centro Municipal de la Mujer” del municipio y que fue modelo a seguir por el resto de centros de la mujer de las islas. A partir de entonces y gracias a ese trabajo, las antiguas “concejalías de planificación familiar” se denominaron “concejalías de la mujer” y con contenidos de trabajo más integrales de los que tenían.

Por otra parte, por esas fechas, a finales de los años 80's, a raíz de encuentros y conversaciones con profesionales del ámbito universitario preocupadas por la estrecha vinculación entre género y salud, con la Dra. Asunción González de Chávez (nuestra querida Chun), creamos el primer seminario “Mujer y Salud”, que data de 1990, y que, creemos, fue el primero de toda España, seguido del de Zaragoza.

Alrededor de 1995 se crea el Aula de la Mujer de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, a partir de ese germen del primer Seminario “Mujer y Salud”, una experiencia que aún subsiste, red denominada actualmente Aula de Igualdad. El primer libro del seminario “Cuerpo y subjetividad femenina”, con artículos de Silvia Tubert y Victoria Sau, se editó en 1993, y fue presentado por el rector de la Universidad.

En la década de los 90's se editan otros dos libros del seminario, con participación de Carme Valls y Silvia Tubert.

Con todo ello pretendemos explicar que, sea cual sea el lugar de trabajo que tengamos, en cualquier nivel organizativo o de acción, lo importante es tener ese pensamiento integral y las concepciones arriba mencionadas del ser humano, al mismo tiempo que crear una red participativa o de poder.

Desgraciadamente, los pensamientos de medicina integral y de estrategias de cambio han sufrido un reduccionismo que ha permitido que prevalezca de nuevo la visión biologicista y sexista invisible, si bien no en todos los casos, pero sí en la mayoría de los centros de salud.

Se genera de esta forma un círculo vicioso de demanda-atención-nueva demanda, que responde exclusivamente a la sintomatología, y no tanto a los agentes causantes o factores de riesgo, huésped o condiciones de vida. Además, desde el punto de vista de la concepción del ser humano, continuamos reproduciendo el esquema tomista cuerpo-alma, la dualidad metafísica de los síntomas desconectados del entorno que los genera y de su subjetividad.

Esto es, en tanto se tratan patologías crónicas, hoy prevalentes en los servicios sanitarios, fundamentalmente desde una perspectiva biologicista, se están reproduciendo las condiciones de vida y los factores de riesgo que propician esas mismas patologías crónicas.

La progresiva transformación de los centros de salud en ambulatorios de atención a la demanda ha perdido en el camino la oportunidad de aprovechamiento en la generación de conocimiento social a partir del caudal de la base de información más rica que posee una institución pública para conocer la fenomenología del proceso salud-enfermedad: la sintomatología médica y social a partir de la cual acceder a la planificación de la política sanitaria sobre datos reales y completos de la salud humana tal como la concibe la Or-

ganización Mundial de la Salud: como un complejo proceso bio-psico-social, cultural y ambiental.

La formación

Para tener y aplicar ese pensamiento teórico, es preciso adquirir una formación especializada en un paradigma científico de salud integral, que no se adquiere comúnmente con el actual currículo universitario, en el que prima una concepción biologicista del proceso salud-enfermedad, y que es preciso terminar de prepararse a través de foros, lecturas alternativas, cursos de reciclaje de las distintas gerencias de primaria y especializada, en áreas de psicología, administración sanitaria, planificación y epidemiología.

Este conocimiento así formado ha de permear las gerencias de atención primaria, los centros de salud, la universidad, la población, y, para reforzar dicho conocimiento, es necesaria la creación de los consejos de salud de zona de cada centro de salud, porque es ahí, en el centro de salud y en el consejo de salud, donde transmitimos y aplicamos ese conocimiento, y donde la población nos transmite cómo vive y lo que vive, y de esa interacción ha de surgir la acción diversificada e integral, con distintos niveles de responsabilidad y coordinación del proceso, que responda realmente a la complejidad de la salud-enfermedad, más que una simple prescripción o fórmula local para un síntoma aislado en la globalidad de la persona.

La investigación

La primera función de la atención primaria es su característica investigativa, asociar, ver las causas de los fenómenos clínicos, sociales, psíquicos, que nos puedan llevar a elaborar estrategias de cambio.

No se trata de universalizar las acciones de todos los centros de salud con programas prede-

terminados, aunque puedan existir. Se trata de reconocer a esa comunidad con sus particularidades, estilos de vida, relaciones, que nos defina la identidad de la comunidad con la que tenemos que trabajar, y previo conocimiento de que todas las comunidades son distintas. Y, por tanto, las acciones programáticas.

No hay nada predeterminado en este caso, aunque haya programas determinados de distintas patologías. Curiosamente existen programas de atención a la hipertensión, a la diabetes, a la obesidad, pero no hay programas de atención a las neurosis, a las depresiones, que tendrían el sentido de poder explicar a la gente cómo ser seres autónomos, como ser capaces de elegir la vida que desean. Y no los hay porque no hay formación previa de las y los planificadores en salud y de las y los profesionales, porque previamente no hay una decisión política educativa orientada a abordar este tipo de programas estratégicos de cambio. La formación científica, la investigación, el conocimiento de los objetos de trabajo (ser humano individual y su comunidad) y la participación ciudadana a través de los consejos es lo que garantiza la supervivencia de la calidad de la atención primaria de salud en todas las crisis, incluida la actual, y la resistencia frente a unas políticas restrictivas, y además garantiza el avance de la ciencia.

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Aurora Rovira

Médica de familia, Barcelona

Esta reflexión nace de una sensación de incomodidad creciente, y compartida, en la atención a las personas ancianas de la consulta, especialmente aquellas en situación de fra-

gilidad. Los cambios demográficos y sociales han dado paso a un escenario nuevo: gran envejecimiento de la población, pacientes con múltiples enfermedades crónicas, muy dependientes, que viven en núcleos familiares reducidos, y escasas ayudas al cuidado.

La posibilidad de prevenir o tratar las enfermedades cardiovasculares o el cáncer ha dado paso a mayor supervivencia asociada a menudo a un aumento de la discapacidad por enfermedades neurodegenerativas o pluripatología. Además, constatamos que existe poca evidencia de la efectividad de los tratamientos farmacológicos sobre la morbimortalidad en personas mayores con pluripatología y aun hay menos evidencia de sus efectos sobre la calidad de vida. A pesar de ello, con frecuencia, las personas mayores no participan suficientemente en las decisiones que afectan a su salud (especialmente en la prevención farmacológica), y los y las profesionales no reflexionamos suficientemente sobre los conflictos éticos que se generan en la asistencia. Por tanto, a pesar del tiempo y esfuerzo que dedicamos, temo que nuestra actuación sanitaria pueda aumentar la medicalización y la dependencia, y contribuir a alargar la vida sin mejorar su calidad.

Este escenario nuevo afecta de forma determinante a las mujeres, por su mayor supervivencia y carga de morbilidad, y por su papel mayoritario como cuidadoras. Y podríamos añadir, por la feminización creciente de la atención primaria.

Los condicionantes de salud y fragilidad

Para empezar, es fundamental reconocer que la edad, el sexo y la presencia o no de enfermedades crónicas no son los únicos determinantes de discapacidad y dependencia. Existen otros condicionantes de muchísima importancia como son la calidad de los cuidados que recibimos, la existencia de ayudas so-

ciales para el cuidado, las relaciones sociales y afectivas o la ausencia de ellas, la pobreza y las desigualdades de clase, etc. El género y las desigualdades asociadas son factores importantísimos; así, cualquier disminución del estado de bienestar y las ayudas a la dependencia afecta doblemente a las mujeres, como pacientes y como cuidadoras.

Todos estos factores determinan la presencia de discapacidad y dependencia, y condicionan la percepción subjetiva de salud y la calidad de vida. Por eso es tan importante reconocerlos: la medicalización del envejecimiento responsabiliza (culpabiliza) a la persona y desvía la atención de los problemas sociales durante la vejez.

En este texto me voy a centrar en dos temas que me parecen los mayores retos actuales en la atención a las personas mayores desde la atención primaria de salud: la polimedición y la continuidad de la atención.

Polimedición

Se define como la presencia simultánea de 5 o más fármacos de uso crónico (>3meses).

Tengamos en cuenta que el consumo medio de medicamentos en pacientes ambulatorios mayores de 65 años en nuestro entorno es de 7-13 fármacos.

Las consecuencias de la polimedición son muy importantes:

- Aumento efectos adversos (EAM). La frecuencia de EAM es del 6% se asocian 2 medicamentos, 50% cuando se asocian 5, y casi el 100% cuando se asocian 8 ó más medicamentos. En la práctica hay que considerar como posible EAM cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión...) que aparezca en personas polimedidas.
- Reducción de la eficacia por menor cumplimiento (los pacientes priorizan los medicamentos más importantes según criterios distintos a los nuestros).
- Aumento morbimortalidad, peor autopercepción de salud, peor calidad de vida.
- Aumento de la necesidad y complejidad de los cuidados.
- Aumento del uso de recursos sanitarios y de los costes.



Figura 1. Modificado de: E. Gavilán y A. Villafaina. Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. Disponible en: <http://www.polimedico.com>

Aunque muchos de los factores asociados a la polimedicación (Figura 1) son poco modificables desde el sistema de salud, es importante resaltar aquellos que sí dependen de nuestra actividad:

1. Aplicación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (GPC). La escasa evidencia disponible de la efectividad de los fármacos en personas ancianas, frágiles, con comorbilidad y polimedizadas se aplica a menudo sin adecuar al contexto clínico individual del paciente. En resumen, podemos considerar la polifarmacia causada por la suma del aumento de la esperanza de vida, la comorbilidad y la aplicación acrítica de las GPC.
2. Organización del sistema sanitario: múltiples prescriptores, falta de continuidad asistencial, escaso reconocimiento de la atención primaria, falta de tiempo en las consultas, modelo centrado en el medicamento (consulta = receta), la tecnología y el hospital.
3. Influencia de la industria en la investigación y la docencia.

¿Podemos hacer algo desde la consulta de atención primaria? La respuesta es sí, mucho:

- Podemos contextualizar y ajustar la medicación a las preferencias y necesidades individuales.
- Podemos conciliar el tratamiento prescrito en cada transición asistencial.
- Podemos utilizar herramientas para mejorar la adecuación de la prescripción: listas de fármacos de uso inapropiado en personas mayores (criterios de Beers, STOPP START, etc.), alertas informatizadas de seguridad, de interacción fármaco-morbilidad y fármaco-fármaco, de polimedicación, etc.
- Y finalmente, podemos decidir la retirada de fármacos.

Recientemente cada vez más publicaciones se hacen eco de la necesidad de retirar tratamientos crónicos (“deprescribing”, prescrip-

ción razonable), dependiendo de la expectativa de vida, el tiempo esperado para obtener un beneficio del fármaco, y lo que esperamos conseguir con el tratamiento prescrito en relación a los objetivos de cuidado. Por tanto, a medida que aumenta la fragilidad, aumentará la selectividad en los objetivos del tratamiento y disminuirá la agresividad terapéutica. Aunque los estudios son hasta ahora escasos y diversos, la retirada de fármacos en personas ancianas frágiles se muestra segura y con beneficios clínicos. Hay que generar conocimiento sobre cuándo y cómo retirar fármacos en pacientes específicos, así como profundizar en la investigación para reconciliar las múltiples GPC en pacientes con comorbilidad. Aunque es mucho lo que podemos hacer para reducir la polimedicación desde la atención primaria, a menudo las médicas y médicos de familia hemos abdicado de esta responsabilidad por la sobrecarga de trabajo, la falta de prestigio profesional frente a otras especialidades, iniciativas institucionales contrarias (como propuestas de desburocratización que incluyen que cada médico se responsabilice de su prescripción, o el exceso de control de medicamentos “penalizados”) y la escasa implicación de otros profesionales (enfermería, farmacéuticos comunitarios, farmacólogos de atención primaria). Es imprescindible un abordaje multidisciplinar que incluya desde educación para la salud hasta intervención sobre el entorno social.

Continuidad asistencial

La continuidad asistencial es un pilar fundamental de la medicina de familia y es imprescindible para integrar y coordinar la atención realizada en diferentes contextos asistenciales. Se apoya en la continuidad de la información y en la relación personal, basada en la confianza y la responsabilidad, generada tras el contacto continuado en el tiempo (longitudinalidad).

Una adecuada continuidad en la atención disminuye la yatrogenia y la morbimortalidad, mejora la atención al final de la vida, y reduce los costes. Pero en el caso de las personas mayores la continuidad está muy amenazada por la multiplicidad de entornos asistenciales y de cuidados en los que se mueven, y por mayores dificultades de desplazamiento y comunicación.

En nuestro entorno se han hecho mejoras importantes especialmente en la continuidad de la información, pero no se contabiliza el tiempo de consulta necesario para la continuidad y se valora muy poco la continuidad interpersonal.

Se ha descrito un impacto negativo de la continuidad asistencial sobre las y los profesionales que la ejercen, en relación con la mayor carga de responsabilidad e implicación emocional. Pero este impacto negativo podría ser debido a las condiciones en que se ejerce la continuidad y a la falta de soporte a los profesionales, ya que la relación interpersonal con los pacientes se describe habitualmente como una fuente de satisfacción.

Es imprescindible valorar el tiempo profesional que se dedica a la continuidad asistencial y profundizar en los factores que la condicionan.

Para acabar...

Para concluir esta reflexión, creo que la atención a las personas mayores desde la consulta de atención primaria debe guiarse por dos ideas fundamentales: “cuidar más que curar” y “desmedicalizar”

- *Cuidar más que curar* en la consulta: promover la toma de decisiones compartidas, empoderar en el cuidado, buscar tiempo y estrategias para la continuidad.
- *Cuidar más que curar* desde las instituciones: potenciar los roles profesionales más integradores, promover cambios organizativos que garanticen la continuidad, facilitar la coordinación entre red sanitaria y red social.

- *Desmedicalizar*: reducir los excesos diagnósticos, preventivos y terapéuticos; reconocer los condicionantes sociales; reivindicar la relación y la palabra; generar conocimiento independiente, midiendo la capacidad funcional y la calidad de vida.

Es imprescindible repensar la atención sanitaria a las personas mayores. Y también, los cuidados a la dependencia, ya que es imposible “solucionar el problema” desde el punto de vista médico asistencial. Y, individual y colectivamente, reflexionar sobre cómo queremos envejecer.

BIBLIOGRAFÍA

- La web del polimedcado. Polimedcación y salud. www.polimedcado.com
- Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad catalana de farmacia clínica, 2009.
- Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. www.opimec.org
- Holmes HM, Reconsidering Medication Appropriateness for Patients Late in Life. *Arch Int Med.*2006;166:605-609.
- Sergi, G; De Rui, M; Sarti, S; Manzato, E. Polypharmacy in the Elderly: Can Comprehensive Geriatric Assessment Reduce Inappropriate Medication Use? *Drugs Aging* 2011; 28(7): 509-519
- Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr med Assoc J* 2007;9(6):430-434.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Intern Med* 2010; 170(18): 1648-1654.
- Alexander GC, Sayla MA, Holmes HM, et al. Prioritizing and stopping prescription medicines. *CMSJ* 2006; 174: 1083-4.

- Shoba Iyer, Vasi Naganathan, Andrew J. McLachlan, David G. Le Couteur. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. A systematic review. *Drugs Aging* 2008; 25(12):1021-1031
- Le Couteur D, Banks E, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. 2011 www.australianprescriber.com
- <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/continuityofcaredefinition.html> American Academy of Family Physicians
- Barbara Starfield. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. 2001
- James T. Birch. Continuity of care and the geriatric patient. <http://www.kumc.edu>
- minuir o desaparecer las enfermedades prevenibles y dejarse de percibir como amenazantes nos olvidemos de ellas sin tener presentes las enormes consecuencias que podrían tener sino existieran las vacunas...
- No podemos considerarlas solo en nuestro entorno sino que nuestra pauta de actuación influye tanto en nuestra población como en otras zonas del mundo que son menos afortunadas que nosotros en salud. Tampoco debemos olvidar que enfermedades erradicadas en unos países persisten endémicas en otros países –poliomielitis–
- Pero todas las vacunas no pueden ser consideradas como “iguales” en importancia. La presión de la farmaindustria, el “miedo” injustificado, la ignorancia, las luchas políticas etc. hacen que se utilicen algunas vacunas sin evidencias científicas que las justifiquen.

LAS VACUNAS A DEBATE

Amalia Nácher Fernández

Pediatra. Centro de Salud de Benicassim
-Castellón-

INTRODUCCIÓN

- Las vacunas han sido y son herramientas poderosas para proteger nuestra salud individual y colectiva. Se considera que junto con el agua potable son unas actuaciones que ha contribuido en gran medida a reducir la mortalidad de la población mundial y mejorar la calidad de vida.
- Evitan muertes y secuelas bien utilizadas y han conseguido erradicar enfermedades o disminuir su incidencia de un modo significativo.
- Paradójicamente cuando más grande es su beneficio a nivel individual y colectivo mayor es la preocupación por los efectos adversos que pueden producir.
- Decimos que las vacunas han sido víctimas de su propio éxito. Parece lógico que al dis-

ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA

- El programa de erradicación de la viruela se llevó a cabo entre los años 1966-1980. Endémica a finales de los años 60 en Asia y Africa además de la vacunación hubo de realizarse un gran trabajo de campo.
- El último caso de viruela en el mundo se confirmó en Somalia. Considerándose erradicada del mundo el 26/10/1979.

POLIOMIELITIS

- Acompaña al hombre a lo largo de la historia y aún existe en el mundo aunque desde el año 1988 haya disminuido en más del 95%.
- La única prevención posible es la vacuna administrada en 3-4 dosis que protege al niño/a de por vida.
- Sabemos que afecta sobre todo a niños menores de 5 años pero también a adultos y que de un 5% al 10% de los casos se produce la muerte por parada respiratoria y que existen secuelas importantes (parálisis

flácidas 1:200 casos). En España tras las campañas de vacunación que se iniciaron

en 1964 se produjo una drástica disminución del número de casos. Tabla 1

Poliomielitis en España. Años: 1949 - 1989

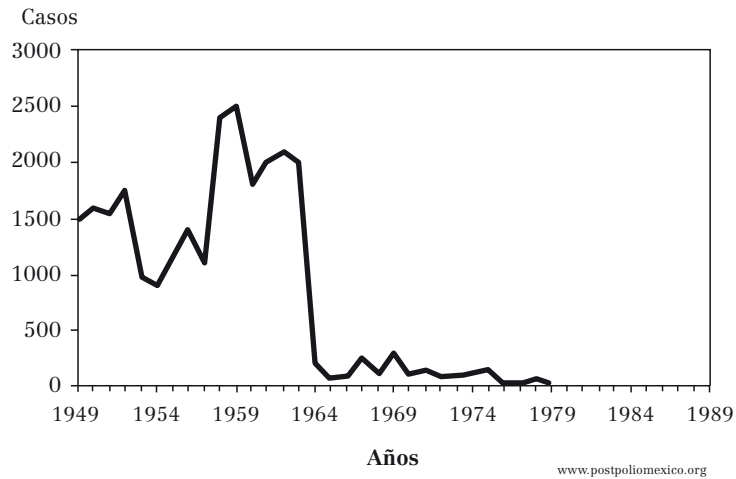
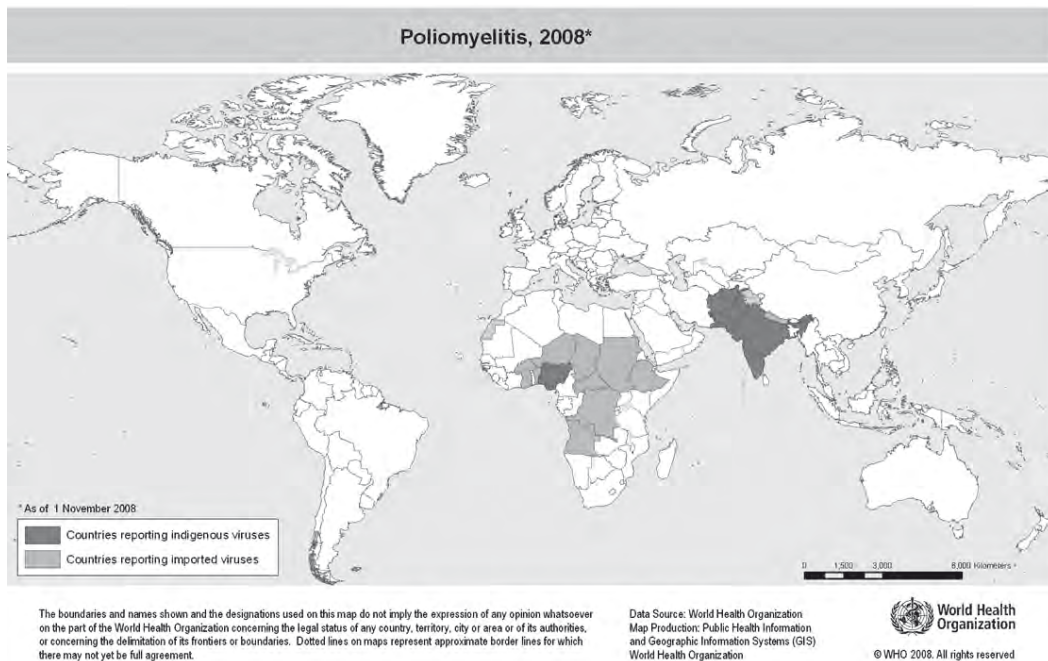
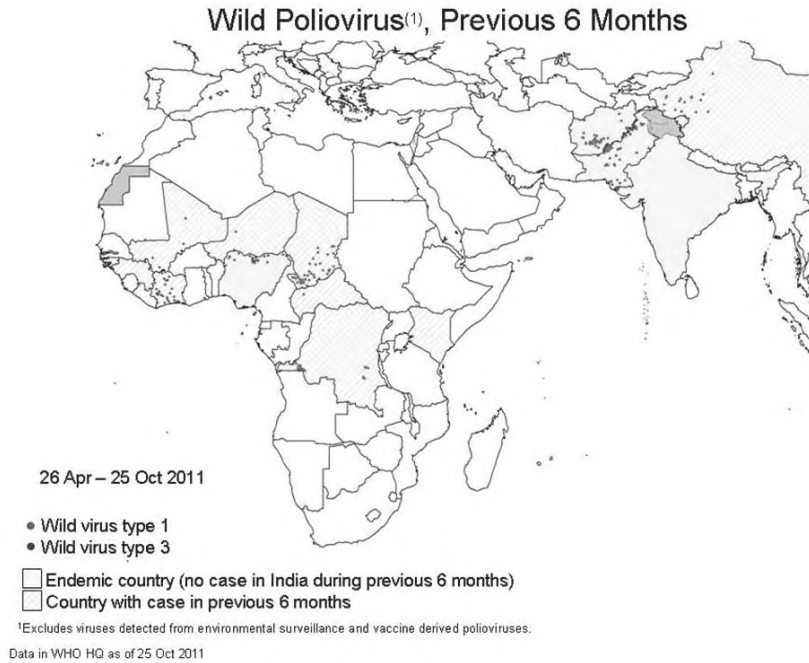


Tabla 1

- En España en 1989 se declararon los 2 últimos casos de polio salvaje.
- La OMS declara erradicada de Europa la Poliomieltis el 21/06/2002 y desde el año 2004 se sustituye la vacuna oral Sabin –virus atenuados– por la vacuna Salk intramuscular –virus inactivados–
- Actualmente aún existen casos de Polio-mielitis. Tenemos países endémicos: Pa-kistán, Afganistán, Nigeria, India, Congo. En el año 2010 se notificaron 1117 casos de Poliomieltis a nivel mundial. Mapas 1 y 2. -



Mapa 1



Mapa 1

– Mientras que un solo niño/a siga infectado de poliovirus los niños/as de todos los países correrán el riesgo de contraer la enfermedad. El poliovirus puede pasar muy fácilmente a países exentos de polio y propagarse con rapidez entre la población no inmunizada.

Para erradicar la polio se necesita:

1. Que no haya un solo caso de Polio salvaje en 3 años

2. Que los países cumplan con las normas de vigilancia internacionales.

3. Que cada país demuestre su capacidad para detectar, notificar y responder a casos de polio importados

Reacciones graves secundarias a la vacunación oral polio: Polio Parálitica se consideran 1 caso por cada 750.000 primeras dosis administradas y 1 caso cada 2.400.000 dosis totales administradas. El riesgo aumenta en inmunodeficientes.

Total cases	Year-to-date 2011			Year-to-date 2010			Total in 2010*
Globally	489			747			1349
• in endemic countries:	217			163			232
• in non-endemic countries:	272			584			1117

Countries	Year-to-date 2011			Year-to-date 2010			Total in 2010*	Date of most recent case
	WPV1	WPV3	Total	WPV1	WPV3	Total		
Pakistan	130	2	132	76	21	97	144	10-Oct-11
Afghanistan	43		43	11	8	19	25	08-Oct-11
Nigeria	32	9	41	4	4	8	21	02-Oct-11
India	1		1	16	23	39	42	13-Jan-11
DRCongo	84		84	30		30	100	21-Aug-11
Chad	111	3	114		14	14	26	10-Aug-11
Angola	4		4	25		25	33	27-Mar-11
CAR	1		1					19-Sep-11

Countries	Year-to-date 2011			Year-to-date 2010			Total in 2010*	Date of most recent case
	WPV1	WPV3	Total	WPV1	WPV3	Total		
China	18		18					18-Sep-11
Mali		9	9	3	1	4	4	03-Aug-11
Kenya	1		1					30-Jul-11
Guinea		2	2					27-Jul-11
Côte d'Ivoire		35	35					24-Jul-11
Niger	1	1	2		2	2	2	09-Jul-11
Congo*	1		1				441	22-Jan-11
Gabon	1		1					15-Jan-11
Uganda				1		1	4	15-Nov-10
Russian Federation				14		14	14	25-Sep-10
Liberia				2		2	2	08-Sep-10
Nepal				6		6	6	30-Aug-10
Kazakhstan				1		1	1	12-Aug-10
Tajikistan				458		458	457	04-Jul-10
Turkmenistan				3		3	3	28-Jun-10
Senegal				18		18	18	30-Apr-10
Mauritania				5		5	5	28-Apr-10
Sierra Leone				1		1	1	28-Feb-10
Total	428	61	489	674	73	747	1349	
Total in endemic countries	206	11	217	107	56	163	232	
Total outbreak	222	50	272	567	17	584	1117	

SARAMPIÓN

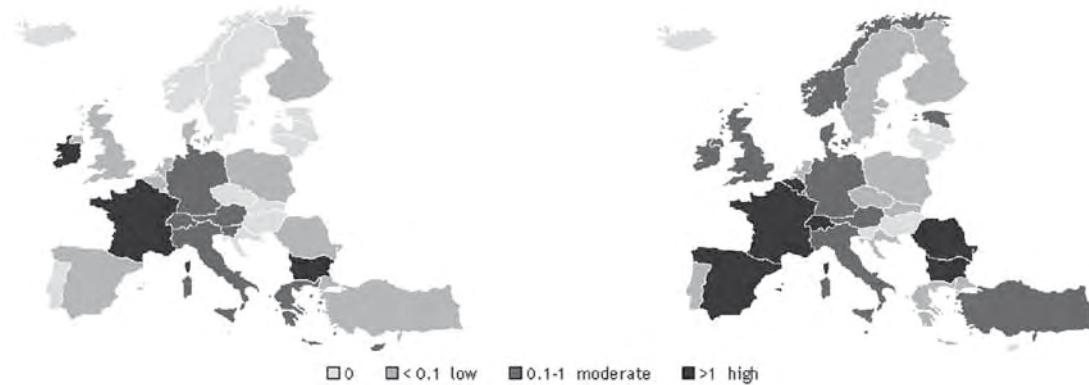
La vacunación sistemática disminuyó la mortalidad a nivel mundial pasando de 873.000 muertes en el año 1999 a 345.000 muertes en el año 2005.

En España se introdujo la vacuna en el año 1978 y se pasó de tasas de 520,18 casos por 100.000 habitantes en 1972 a tasas de 0.22 casos por 100.000 habitantes en el 2002.

La OMS tenía como objetivo erradicar el sarampión de la Región Europea en el año 2007 pero se han encontrado con dificultades. En Europa se ha pasado de 7000 casos en el 2009 a 30.000 casos 2010 (73% no vacunados). Por ello ha ordenado unas estrategias: mantener coberturas vacunales con dos dosis en el 95% de la población y una segunda oportunidad de recaptación de la población susceptible y mejor información de los profesionales.

En España la incidencia de sarampión ha empezado a aumentar en el año 2010

hay tasas del 0.66/100.000 habitantes –muy superior a la del año anterior 0.06/100.000-Afecta a grupos de edad que deberían estar vacunados ya que un 32% son niños de 16 meses a 19 años y de ellos un 80% no están vacunados correctamente. Los menores de 15 meses representan el 19% y de ellos el 45% tienen entre 12 y 15 meses, por ese motivo alguna comunidad autónoma ha adelantado la vacunación a los 12 meses. Un 44,6% tienen entre 20-39 años y de este grupo menos de un 5% están vacunados y en su mayoría carecen de inmunidad natural. Los brotes se han iniciado en población susceptible y marginal y posteriormente se han extendido a población general con afectación de personal sanitario y casos nosocomiales. Por ello se recomienda la vacunación de todos los profesionales sanitarios menores de 45 años y de estudiantes de medicina y enfermería antes de incorporarse a la práctica clínica



Incidencia de sarampión primer trimestre 2010

Incidencia primer trimestre 2011

Eu.vac.net casos/100.000 habitantes

CALENDARIOS VACUNALES

En España tenemos actualmente 19 calendarios vacunales distintos –tantos como autonomías– con acceso a distintas vacunas según sea el lugar donde vivan nuestros niños. Son los calendarios vacunales “oficiales” autorizados por las Consejerías de Salud de las distintas autonomías.

Por otra parte la Asociación Española de Pediatría recomienda un calendario vacunal donde se incluyen otras vacunas: la vacuna contra el pneumococo –que el Ministerio de Sanidad recomienda solo para los grupos de riesgo– y la vacuna contra el rotavirus.

Nos planteamos muchas dudas ante esta situación tan diversa: ¿Es ético recomendar vacunas no financiadas?. ¿Hay evidencias científicas que justifiquen la vacunación?. ¿Qué dice la OMS respecto a estas vacunas?. ¿Existen recursos para implantar la vacunación?. ¿Qué pasa con la población de riesgo?. ¿Hay recursos para la población de riesgo?. ¿Las autoridades sanitarias “velan” por nuestra salud?. Si dejamos de vacunar a una parte de la población importante ¿qué puede pasar? –Tenemos tasas vacunales en el 2008 de rotavirus 54% en la Comunidad Valenciana y en el 2010 de pneumococo del 66%...– ¿La vacunación de una parte de la población protege al resto?. ¿Hay más posibilidad de cambios de serotipos circulantes?

ROTAVIRUS

La OMS nos dice que “en los países donde la muerte por diarrea representa al menos un 10% de la mortalidad en niños menores de 5 años, la introducción de las vacunas contra el rotavirus se recomienda encarecidamente”. No es el caso de España.

Por otra parte hay consenso en la necesidad del desarrollo de programas de vigilancia regionales y locales para hacer un seguimiento de la eficacia y seguridad frente a las vacunas del rotavirus y supervisar los posibles cambios de prevalencia de serotipos del rotavirus circulantes.

En España actualmente se utiliza la vacuna Rotateq después de detectar en el año 2010 ADN de un circovirus porcino en la vacuna Rotarix.

NEUMOCOCO

Streptococcus pneumoniae es importante por estar asociado a un amplio rango de enfermedades: desde procesos comunes del tracto respiratorio superior hasta formas graves: neumonía, sepsis, meningitis. El riesgo de contraer estas infecciones es mayor en menores de 2 años, en mayores de 65 años y en personas con factores de riesgo. Existe un grave problema y es la aparición de resistencias a antibióticos: 50% a penicilina, fracasos terapéuticos desde los años 90 con macrolidos y quinolonas, también resistencias a cefalosporinas de tercera generación.

En el año 2003 el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinó un estudio que concluye que hay que incluir la enfermedad por neumococo invasora (ENI) en el sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria.

La vacuna polisacárida utilizada en mayores de 2 años y adultos es eficaz para 23 tipos de neumococos. En menores de 2 años se han desarrollado vacunas conjugadas eficaces dirigidas a: 7 tipos de neumococos, 10 y 13. Actualmente la vacuna con 13 serotipos –Prevenar 13– es la más utilizada en nuestro país. Las tasas vacunales en el año 2010 en la Comunidad Valenciana eran de un 66% tanto para la población general como para los grupos de riesgo.

Habrà que conocer la incidencia de ENI en distintos grupos de edad en nuestro país y los serotipos circulantes así como el posible reemplazo de los mismos a lo largo del tiempo.

OMS y SAGE –Grupo de expertos en asesoramiento estratégico sobre inmunización– en noviembre del año 2010 detectan signos de sustitución por serotipos no vacunales en zonas donde se ha utilizado la vacuna. Los cambios dependen de la incidencia de la enfermedad antes de la introducción de la vacuna, de los métodos de vigilancia, dosis, calendarios vacunales, antibióticos utilizados, resistencias... Pero esta sustitución de serotipos también se ha observado en países donde no se han introducido las vacunas neumocócicas conjugadas.

LA MEDICALIZACION DEL SUFRIMIENTO EN LA INFANCIA

Ana González Uriarte

Psiquiatra. Huesca

INTRODUCCIÓN

Hablar de infancia y medicalización es un tema complejo, controvertido y polémico. Una de las primeras preguntas que surgen es:

¿De qué hablamos cuando hablamos de Medicalizar?

El modelo teórico del que partimos al analizar cualquier realidad nos provee de “mapas, guías y faros” que nos orientan al interpretar e intervenir en dicha realidad. El modelo médico biologicista tiende a buscar causas orgánicas y a tratar enfermedades, frecuentemente con medicamentos. Pero pensamos que la realidad del sufrimiento humano y específicamente infantil es mucho más compleja e irreductible a lo biológico.

Si “sólo” disponemos de un modelo biologicista todo lo abordaremos o trataremos como “enfermedades”. Las intervenciones que haremos estarán en función de las herramientas de las que dispongamos. Y como dicen que dijo Gordon Allport: *“si tu única herramienta es un martillo, tratarás a todo el mundo como a un clavo”*.

Así, aunque hay distintas acepciones del término **medicalizar**, aquí nos referimos al uso de un modelo médico biologicista reduccionista como única vía de abordaje de “trastornos”, dificultades y problemas de índole emocional.

¿Hablamos de trastornos o de sufrimiento?

El uso que hacemos del lenguaje no es inocuo. El lenguaje en cierto modo configura la realidad y el uso de uno u otro término va a condicionar nuestra mirada y nuestra intervención.

Hablar de “Trastornos” nos evoca disfunción, alteración, algo que está estropeado o funciona mal. Cuando hablamos de “trastornos infantiles” la imagen que se representa es la de niños que “funcionan mal”, a los que etiquetamos y a los que hay que arreglar. Sugiere causalidad tipo lineal y que la causa del trastorno es intrínseca al niño/a. Ponemos el origen en el niño/a, es el niño/a “trastornado” el que tiene los síntomas y son los síntomas los

que hay que tratar. Evoca con más facilidad “etiologías” o causas individuales, intrínsecas a la persona, biológicas o médicas y esta consideración etiológica nos conducirá más frecuentemente a etiquetajes diagnósticos y a “tratamientos” que con más probabilidad corren el riesgo de ser farmacológicos.

No es lo mismo hablar de “trastornos mentales” que hablar de “sufrimiento o malestar”. Si hablamos de “sufrimiento y malestar” evocaremos con más facilidad el niño en su contexto, con sus circunstancias personales, incluidas las biológicas, pero inmerso en su familia, en su escuela y grupo social. Por lo que el riesgo de señalar, identificar y etiquetar al niño como trastornado disminuye, al tiempo que aumentan nuestras posibilidades de comprensión e intervención.

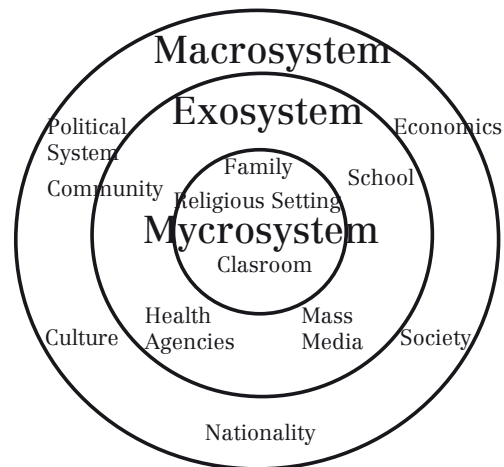
La medicalización del sufrimiento en la infancia desde una Modelo Ecosistémico

Aclarados o al menos señalados estos puntos propongo continuar reflexionando sobre algunos aspectos del sufrimiento infantil y de la medicalización desde una perspectiva ecosistémica siguiendo el modelo de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979). Dicho modelo aporta un marco teórico que permite integrar y visualizar la influencia y las interrelaciones entre los diversos y distintos factores implicados. El autor propone desde una visión ecológica del desarrollo humano, que el funcionamiento psicológico de las personas está en gran medida determinado por la interacción con lo que les rodea. Y no solo con el entorno más inmediato, como puede ser la familia, sino con los diferentes entornos, que van desde lo más cercano, a los contextos más amplios: factores genéticos y temperamentales individuales; vínculos afectivos y estilos educativos familiares; relaciones y apoyo de las familias de origen; red social de amigos; escuela y relaciones familia-escuela; condiciones laborales de los padres; sistema sanitario y relaciones

con el mismo; mitos, creencias y valores de una cultura determinada; ética y legislación.

Desde este modelo podemos plantearnos diversas cuestiones:

- ¿Qué factores están determinando las diferentes expresiones de sufrimiento infantil en cada caso concreto?
- ¿Qué tipo de intervenciones son más eficaces, más coherentes y más éticas?
- ¿Qué factores están condicionando el aparente aumento de los diagnósticos psiquiátricos en la infancia? ¿A qué obedece la creciente medicalización?
- ¿Qué podemos hacer las y los profesionales para prevenir, abordar y tratar el sufrimiento de la infancia?



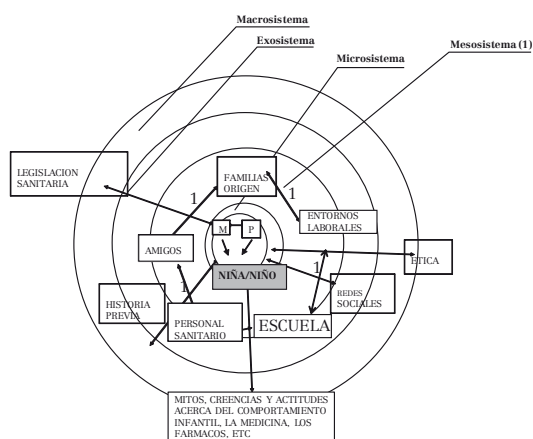
Son muchas y complejas las respuestas y desbordan las posibilidades de este artículo. Mi propuesta es más una invitación a reflexionar.

¿QUÉ FACTORES ESTÁN DETERMINANDO LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE SUFRIMIENTO INFANTIL EN CADA CASO CONCRETO?

El modelo propuesto nos facilita ante cada situación concreta visualizar que factores están contribuyendo en mayor o menor medida al malestar y sufrimiento.

Desarrollaremos someramente los distintos niveles, tomando a modo de ejemplo algunos aspectos y siendo conscientes de que hay otros muchos tan importantes o más que estaremos pasando por alto. No pretendemos abarcar todo lo posible sino señalar la diversidad de factores. Los distintos niveles:

- Ontosistema: características propias del sujeto. Rasgos biológicos, temperamentales y personalidad, por ejemplo.
- Microsistema: las relaciones familiares y otras cercanas. Los padres, hermanos, demás figuras familiares cercanas y las/los amigos íntimos.
- Mesosistema: relación existente entre dos o más sistemas que tienen estrecha influencia en la persona. La capacidad de un entorno (hogar, escuela o lugar de trabajo) para ser un contexto eficaz para el desarrollo depende de la existencia y de la naturaleza de las interconexiones sociales entre los entornos. La importancia de las relaciones familia-escuela en el caso de los niños. O la influencia de las condiciones laborales de los padres.
- Exosistema: que correspondería a la comunidad en la que estamos inmersos.
- Macrosistema: se refiere a la influencia de factores culturales y del momento histórico en particular. Creencias, mitos y valores de una cultura o determinado grupo social; las políticas sanitarias y el papel de la industria farmacéutica.



1. ONTOSISTEMA

Factores individuales tanto biológicos, como temperamentales y rasgos de personalidad ocuparían este nivel de análisis.

Es evidente que “somos biología”. Hay numerosos y complejos factores genéticos, bioquímicos, anatómicos que están en la base de todas nuestras funciones.

Pero esto no significa que cualquier cambio o alteración en las emociones o en la conducta tenga como base una disfunción biológica ni que, aun existiendo dicha disfunción esta sólo se pueda abordar biológicamente.

Kandel (Premio Nobel de Medicina 2000) señala que “*el cerebro es una estructura dinámica y plástica ..La psicoterapia es una forma de aprendizaje que modifica la expresión génica y por tanto la intensidad de las conexiones sinápticas*”.

Un ejemplo de cómo la “palabra” (la psicoterapia) modifica la biología está en un estudio finlandés (Karlsson, 2011) que sugirió que la terapia psicodinámica podía tener un impacto significativo en la transmisión serotoninérgica. Usando neuroimagen (SPECT) se comprobó que tras 1 año de psicoterapia el patrón de recaptación de serotonina previamente reducido se había normalizado; cosa que no ocurrió en el sujeto control que no recibió psicoterapia.

Este estudio sugiere que el cerebro responde a las palabras igual que lo hace a las sustancias químicas.

Numerosos estudios (Barudy, 2005) llegan a la conclusión que la ausencia de contactos físicos, ternura y cuidados parentales adecuados alteran la organización de las zonas prefrontales cerebrales. Y esta desorganización de las regiones pre-frontales altera la modulación del cerebro emocional por la corteza cerebral.

Gabbard (en Abdala, s.f.) afirma: “*la experiencia subjetiva, los procesos interpersonales y el autoconocimiento son aspectos*

del estudio psiquiátrico que no deben soslayarse ante la excitación producida por los neurotransmisores y la genética molecular. Más aún, un aspecto de la psiquiatría como especialidad es su interés en definir los rasgos singulares de la persona”.

2. MICROSISTEMA:

La familia puede adoptar formas muy diferentes para cumplir sus funciones de protección biopsicosocial de sus miembros y de transmisión de la cultura.

Una suficiente y segura vinculación o nutrición afectiva como necesidad básica es clave desde el inicio de la vida para una buena salud mental. Los seres humanos necesitamos nutrición afectiva y relacional y existe numerosa investigación que da cuenta de los “circuitos” biológicos implicados (ver Barudy, 2005).

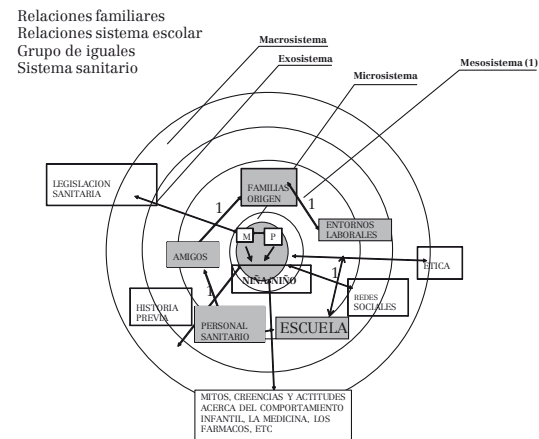
En contrapartida uno de los factores de estrés más importante es la pérdida afectiva por fallecimiento de alguno de los padres o la pérdida por separación conyugal; situaciones de aislamiento social; falta de red de apoyo, etc. El “estrés” intenso y/o mantenido en el tiempo está claramente relacionado con problemas de salud a corto, medio y largo plazo. Las personas que se sienten en peligro ponen en marcha los mecanismos fisiológicos del estrés. En las personas que se sienten seguras sus niveles de estrés son más bajos. Y en la infancia dadas sus características de inmadurez y dependencia estos efectos pueden ser aún más graves.

Pensando en la infancia y las familias podemos encontrar niños y niñas que sufren por diferentes situaciones como: pérdida de un familiar, incapacidad o incompetencia de los padres para proveer de una base afectiva segura, porque están atrapados en el conflicto conyugal de sus padres, maltratados por abuso o negligencia, sobreprotegidos y fusionados lo cual dificulta su identidad, ta-

ponados en sistemas rígidos que no toleran el cambio, etc. O padeciendo las consecuencias del estrés familiar.

El prescribir medicamentos como primera y/o única medida ante “síntomas” emocionales o comportamentales niega, ignora, tapon y cronifica posibles duelos y/o disfunciones relacionales.

3. MESOSISTEMA



- Las relaciones con la **familia extensa** son enriquecedoras en la etapa infantil, fuente alternativa de relaciones de apego, apoyo para la familia nuclear, colchón en situaciones de estrés. Su presencia enriquece y actúa como factor protector. Su ausencia o las relaciones familiares conflictivas actúan como posible factor desencadenante de sufrimiento.
- Las relaciones con el **sistema escolar**: Aspectos como las excesivas ratios niños/personal docente; el modelo de escuela y sus exigencias de rendimiento académico; las dificultades para “individualizar” según las necesidades infantiles; las presiones, expectativas y exigencias familiares. Es muy frecuente que al sistema sanitario acudan las familias derivadas desde el sistema escolar para tratar los “problemas de conducta” pidiendo respuestas farmacológicas.

- El **grupo de iguales** en las diferentes etapas del desarrollo es esencial para un buen funcionamiento y ajuste. El aislamiento, situaciones de abuso o acoso, el no ser aceptado en el grupo de referencia o la presión que ejerce el grupo sobre el individuo son algunos de los factores que pueden contribuir al sufrimiento en la infancia.
- **Los entornos laborales** de los padres influyen de muy diversas formas en el bienestar o malestar familiar y, por tanto en las hijas y los hijos. El estrés, la falta de tiempo por sobrecarga laboral, la ausencia de empleo, etc.
- El **sistema sanitario**: es imposible enumerar todos los factores relacionados con el sistema sanitario que están condicionando el abordaje del sufrimiento infantil. Pero señalo la existencia del documento "Manifiesto STOP DSM" donde numerosas asociaciones y profesionales abogan "*por una psicopatología clínica que no estadística y por un abordaje subjetivante del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes*". Tomo de este manifiesto las palabras de *G. Berrios (2010)* «*Nos enfrentamos a una situación paradójica en la que se les pide a los clínicos que acepten un cambio radical en la forma de desarrollar su labor, (ej. abandonar los consejos de su propia experiencia y seguir los dictados de datos estadísticos impersonales) cuando en realidad, las bases actuales de la evidencia no son otras que lo que dicen los estadísticos, los teóricos, los gestores, las empresas (como el Instituto Cochrane) y los inversores capitalistas que son precisamente aquellos que dicen donde se pone el dinero*». En consecuencia, manifestamos nuestra defensa de un modelo sanitario donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad.

4. MACROSISTEMA:



En este nivel hemos de tener en cuenta la influencia de elementos como:

- Las **políticas sanitarias**. Por poner un ejemplo nos podemos preguntar cómo influye el hecho de que en España sigue sin haber especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil. Los profesionales que se dedican a este campo se han formado por su cuenta o en otros países del entorno.
- El **poder de la industria farmacéutica** y su influencia en la organización de congresos, formación, financiación de estudios...
- **Creencias, mitos y costumbres**:
 - o Las personas y familias nos consultan cuando de forma natural no pueden resolver lo que les ocurre. Y traen consigo sus propias creencias acerca del origen de los problemas y cómo resolverlos.
 - o La cultura del zapping: existe una asociación entre la exposición temprana a la televisión antes de los 2 años de edad y la aparición de problema atencionales en los niños. Un 43% de los niños menores de 2 años ven diariamente la televisión y un 26% tienen un aparato de televisión en su habitación. (*Health,2004*)
- Situaciones sociales de pobreza, marginalidad y falta de recursos.

¿QUÉ PODEMOS HACER LAS Y LOS PROFESIONALES PARA PREVENIR, ABORDAR Y TRATAR EL SUFRIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS?

1. Individualizar

Tomarse tiempo, no correr, no prejuizar.

Cada niño o niña, cada familia, cada situación es diferente. No caer en el normativismo, hay muchas maneras de ser personas o familias. Es imprescindible individualizar, lo cual entre otras cosas requiere tomarse tiempo para una adecuada escucha y evaluación.

Tener en mente un modelo sistémico, integrador que ayude a ver qué factores contribuyen a cada situación en particular

2. Tener en cuenta **lo específico de las niñas y niños** como sujetos de atención en salud mental infantojuvenil:

- a. La dependencia: por su naturaleza inmadura, los niños y adolescentes son dependientes de sus familias.
- b. La demanda de atención no suele partir de ellos. Son los padres, la escuela, los servicios sociales, el juzgado...quien hace demanda de atención. Y, a menudo, lo supuestamente patológico puede ser el mejor nivel de adaptación que un niño puede tener ante una situación complicada. O sus síntomas ser la única forma de denuncia que tienen de una situación abusiva o maltratante. Y, siendo víctima corremos el riesgo de transformarlo en una etiqueta diagnóstica.
- c. Los niños y niñas son personas en desarrollo, y por tanto evolutivos, cambiantes y polimorfos. La forma de expresar el sufrimiento y las dificultades es enormemente variada; y tanto puede ocurrir que “los síntomas “expresados” sean llamativos y no se correlacionen con “gravedad” como lo contrario, niños y adolescentes “sobreadaptados” que acarrear importantes dificultades.

3. **Valoración** de cualquier niño mediante la realización de al menos tres pasos:

- a. Entrevista familiar amplia
- b. Entrevistas y sesiones de juego con el niño
- c. Visita y entrevista en la escuela

En su atención es imprescindible la coordinación, el trabajo en equipo y en red (familia, escuela, servicios sociales).

4. En la **intervención**:

- a. Ampliar el foco, es decir no quedarse en el síntoma sino a analizar las relaciones,
- b. Redefinir en términos menos patologizantes
- c. Cuidar el vínculo, la alianza terapéutica con todos los miembros de la familia
- d. Cuidar el vínculo con el sistema escolar
- e. Reforzar los recursos naturales de niñas y niños y sus familias: Se pueden describir algunos aspectos relacionales y sociales en las familias que actuarían como factores protectores para disminuir el riesgo de síntomas emocionales y para promover bienestar y un desarrollo adecuado de los niños:
 - Estilo de apego seguro en la madre y el padre como factor protector para el desarrollo.
 - Clima marital cálido. Buena relación de la pareja de padres (aún en el caso de separaciones).
 - Límites claros y flexibles respecto a las familias de origen, que permitan diferenciación y autonomía al mismo tiempo que sentimientos de pertenencia y apoyo mutuo.
 - Flexibilidad que permita adaptarse al cambio.
 - Pertenencia a red social de apoyo.

5. Las y los profesionales tenemos un papel decisivo a la hora de promover cuidados y salud en la infancia lo cual puede hacer desde posturas colaborativas, igualitarias y equitativas.

BIBLIOGRAFIA

Abdala, R. (s.f.) Neurociencia y psicoanálisis en <http://es.scribd.com/PabloCba/d/2531343>
Barudy, J y Dantagnan, M (2005). Los buenos tratos a la infancia. Gedisa.

Bronfenbrenner, U (1979). La ecología del desarrollo humano. Paidós

Health JM. (2004). *Exposición temprana a la televisión y problemas posteriores de atención en los niños. Pediatrics (Ed sp) 2004;57(4) 193-4.*

Karlsson, H. (2011). How Psychotherapy Changes the Brain. *Understanding the Mechanisms*. <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1926705>

Manifiesto STOP DSM. En <http://stopdsm.blogspot.com.es/2011/04/manifiesto-favor-de-una-psicopatologia.html>

LA IMPORTANCIA PSICOLÓGICA DE DEJAR QUE LAS NIÑAS SEAN NIÑAS

Gemma Cánovas Sau

Psicóloga Clínica-Psicoterapeuta
www.gemmacanovassau.com
nova@gemmacanovassau.com

Es sabido en Psicología que existen una serie de etapas evolutivas por las que atraviesan niñas y niños a lo largo de su infancia. En cada una de ellas se logran adquisiciones de carácter cognitivo, motriz, y también en el plano emocional. Así, igual que se comprende que las típicas rabietas y oposicionismo de los dos a tres años son normales e incluso saludables, que el pensamiento abstracto se desarrolla hacia los siete años, etc. se constata desde el trabajo clínico atendiendo menores, que cada una de estas fases da lugar a la posterior y que utilizando el simbolismo de una escalera, los “peldaños” en este caso hay que subirlos de uno en uno, ya que si por ir deprisa se salta alguno, ese “peldaño” no queda absorbido por el salto al siguiente, al modo de la recuperación de asignaturas, sino que en el plano afectivo queda impreso el salto en vacío también en el inconsciente, no sin consecuencias para el aparato psíquico. Existen tres grandes etapas psicoevolutivas:

La primera que se extiende de los 0 a los 3/5 años Etapa Oral, Anal, Pre Edípica, Edípica.

La segunda que va de los 5/6 a los 11/12 Fase de Latencia

La tercera que se inicia a los 11/12 hasta los 15 aprox Pubertad

Una primera ley aplicable a todas las fases mencionadas: **No se puede acceder a la autonomía sino se transita primero por la dependencia.**

La primera etapa es en la que se asientan las bases del Yo, antes de llegar al Yo el niño/a ha de atravesar una serie de subfases para encontrarse como alguien diferente a través del espejo, el espejo materno. En la niña este proceso es mas complejo ya que tal como se refiere Lemoine, “ la niña entra en el espejo y no sale nunca de él, porque el ideal que ve su madre es ella misma”. Es un proceso de identificación mas a la de la diferenciación.

La denominada madurez precoz es mas frecuente en niñas que en niños, debido a factores culturales, estereotipos de género. Creencias y Frases populares tales como “las niñas maduran antes”, pueden hacer un flaco favor sino se matizan, a la posibilidad de que tanto niñas como niños vivan plenamente su infancia, una infancia no recortada.

Los estereotipos de género no son ajenos a la configuración de ideales respecto a la femineidad y masculinidad ya desde la infancia y pre-pubertad.

“Las niñas maduran antes” deviene pues en estereotipo que se asocia a factores tales como: tendencia adaptarse a situaciones, obedecer y complacer al otro, reprimir agresividad, posponer deseos propios en aras de cuidar, hacer de “pequeñas mamás” de los que lo necesitan, incorporar un lenguaje adulto como propio, etc. todos ellos factores valorados socialmente, escolarmente, en el plano familiar...

Cuántas pacientes habré atendido que han narrado en sus sesiones las consecuencias nefastas de haber tenido que ejercer unas

responsabilidades que las desbordaban por circunstancias sociales o familiares en épocas de su infancia en que deberían haber estado jugando y en la escuela.

Nos encontramos de hace unos años aquí con una tendencia acuciante en línea a tres factores relacionados entre sí:

1. La disminución de las etapas de juego creativo que en sí mismo es terapéutico de forma espontánea (Winnicott) sustituidas por uso de tecnología (ordenador, móvil...) afecta a ambos sexos. A partir de 7 /8 años ya casi no piden juguetes, no juegan desde el punto de vista creativo, simbólico.
2. La implantación de usos, costumbres, modas, imágenes... propiciadas por medios de comunicación, artículos de consumo, mas propias de etapas posteriores, como por ejemplo: tacones y maquillaje en las niñas a los 8 años, o ropa que deja de ser infantil muy pronto y pasa a ser de adulta en miniatura, apenas salen de la etapa bebés, promovida desde internet por hijas de artistas, en que las pequeñas a modo de siniestras Miss Sunshine* van a clase, por la calle, a hoteles con sus padres, etc. es decir, se traslada al ámbito de lo público.
3. Efecto contaminante por medio de hiper – excitación sexual genital en la fase de latencia– (e incluso antes) mediante la impregnación del visionado de determinadas series, películas, programas, que da paso a un uso de lenguaje sexual imitativo de corte patriarcal desvinculado además por completo de la afectividad. Se confunde así la información sexual adecuada a cada etapa que debe ir acompañada de trabajo afectivo con la implicación de las madres, con la propagación de ciertos modelos de comportamiento inadecuados tanto en la forma, el planteamiento, como en relación a la fase evolutiva que no se corresponde, empujándolas a un **pase al acto**, como forma de preguntarse respecto a sí mismas y a su destino como futuras mujeres. (véanse porcentajes embarazos que

prosiguen e interrumpidos, en casi niñas y consumo de píldora del día después como anticonceptivo)

Una mamá en un taller que conduzco, me comenta que en la escuela de su hijo: un niño de 8 años lleva un preservativo a la escuela, los compañeros lo admiran por ello y hacen un corro a su alrededor, un niño y una niña se declaran novios con cinco años y se besan en la boca diciendo ellos mismos que se dan “un pico”(“un pico y una pala” habría que darles a los creadores de anuncios televisivos en que aparecen niñas con pose seductora de adultas) con el beneplácito de mamás y papás que los observan y frente al *laissez faire* de educadoras que ya se sienten impotentes frente a tanta presión social que año tras año constatan que avanza en dirección contraria a lo que dicta no sólo la etapa de cada niña sino al básico sentido común.

A los doce o trece años, llegan las niñas a competir a ver cual ha tenido mas experiencias sexuales y con quien, usando sujetadores que “suben el pecho”, o utilizando las frases típicas masculinas “a ver quien te tiras o te follas este finde” por poner un ejemplo, pero las grietas de su inconsistencia interna se traslucen paralelamente a este despliegue de aparente fortaleza, fortaleza vacía, a través de grandes inseguridades respecto su cuerpo (manías por adelgazamiento que pueden conducir a cuadros de anorexia, dependencias obsesivas respecto a tener siempre un niño-puber varón que las seduzca o ellas seducirlo o que diga que quiere salir con ellas, de lo contrario se sienten huérfanas emocionales, etc. etc.

Las consecuencias del **freno** al recorrido por las etapas psicoevolutivas no son sin consecuencias: Ejemplos de posibles efectos:

- Creación de falso “self”, ya que se trata de un self prestado. Perdidas de si mismas. Fragilidad yoica.
- Baja autoestima
- Freno a la creatividad personal por asimilación a supuesto estereotipo de femineidad standard.

- Desorientación- confusión interna
- Desinterés por su vida académica.
- Baja tolerancia a la frustración
- Disminución de recursos internos para enfrentar circunstancias vitales en el presente y en el futuro.
- Falsa capacidad de autonomía ya que no se ha transitado debidamente por la dependencia natural debido a la ausencia de límites y de contención.
- Asimilación-Introyección de perfiles de femineidad que se presentan tras la fachada de **pseudoactivaseductora** pero en el fondo sumisa, que las incapacitan para el encuentro con su autenticidad interior y ello frena el desarrollo de su potencial y problematiza las relaciones con su mismo sexo y también con el otro sexo, aumentando riesgo de recibir malos tratos ya que buscan ser completadas a toda costa.
- Riesgo de aparición de depresión en la vida adulta.

En definitiva, se promueven –es un problema general de todas las clases sociales y tipos de centros educativos– futuras mujeres que no se hallen en condiciones de tomar las riendas de su propia vida.

Prevención

- Proteger a la Infancia, pre-adolescencia y adolescencia de la aniquilación masiva al derecho a una existencia con condiciones propias y adecuadas (Derechos del Niño y de la Niña, firmados en la Unesco en el año).
- Velar porque las niñas –especialmente– ya que sobre ellas recaen estereotipos de género camuflados, mas todo un sistema ideológico y económico que persigue la consecución de la eliminación del disfrute lúdico de la infancia, reconvertida en objeto de consumo y de alienación al servicio de otros intereses que no son evidentemente el respeto a un desarrollo armónico y progre-

sivo de acuerdo con lo que señala el saber científico de la Psicología Evolutiva.

Las niñas han de ser ayudadas a poder-em-poderarse en el sentido **creativo** del término:

- Atravesar peldaño a peldaño las etapas evolutivas que les corresponden.
- Expresar su derecho a sentir rabia, a defenderse y luego aprender a canalizarla mediante la palabra.
- Jugar, jugar mucho y a todo, hasta que de forma natural y no forzada les reclamen otras inquietudes internas que no externas.
- Utilizar el lenguaje para comunicarse que les salga del alma, eliminando el mimetismo con el lenguaje prestado, el pseudo adulto que *queda bien* socialmente, pero no es auténtico.
- Potenciar su saber, sus intuiciones, no denigrar su sensibilidad ni su empatía.
- Desde la infancia transmitirles que pueden ser libres, su destino no es tener un novio ni casarse, ni estar al servicio de los demás por ser niñas, en todo caso un elección.
- Lo mismo para la maternidad
- Poner límites a las corrientes del exterior sin temor: no al maquillaje o modas prematuras con la excusa de que las demás niñas lo hacen o sus madres se lo compran. Maquillarse en fiestas y carnavales, no para ir a la escuela a estudiar o ir de compras con mamá. Pactar cuando sea necesario sin omitir la verdad sobre las trampas y señalar el camino: todo a su debido tiempo.
- Transmitirles que no siempre lo que hace la mayoría es lo mejor o mas saludable.
- Que su sexualidad es suya y es diferente a la de los varones.
- Formar a las madres para que abandonen la inercia y se indignen, puedan ir contra corriente, es el futuro de sus hijas lo que está en juego.
- Formar a los educadores al respeto. Para que mediante los observatorios se penalice a las empresas que se benefician de este estado de cosas y a la vez lo promueven, así

como forzarlas a que reciclen sus objetivos empresariales en otra dirección.(penalizar la propagación de concursos de menores que imitan adultos, mises infantiles, promoción de venta de maquillajes, ropa o calzado inadecuado para menores de edad)

- Fomentar el diálogo profundo madres-hijas. Formar a las madres para que potencien su creatividad y la transmitan a sus hijas.

“Mujeres, es obvio que el orden de nuestro mundo actual es otro. Dependerá de nosotras recordar, reconectar y regresar a la Fuente. Juntas” Zulma Reyó

BIBLIOGRAFÍA:

- Alborch, C., Solas, Madrid, Temas de Hoy, 1999.
- Benedek, A., Parentalidad, Buenos Aires, Amorrortu, 1983.
- Berbal, S., Pi-Sunyer, M.^a T., El cuerpo silenciado, Barcelona, Editorial Viena, 2001.
- Bowlby, J., Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, Madrid, Morata, 2003.
- Burin, M., El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Cánovas, S. G., El Larousse de la mujer, Barcelona, Spes, 2002 [capítulos sobre psicología].
- Niños difíciles, Padres separados, Relaciones familiares y otros, Barcelona, RBA- Planeta, Col. «Tu hijo», 1995.
- Col. «Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida», Barcelona, Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 2005.
- Adopción y acogimiento: presente y perspectivas, Barcelona, Universitat de Barcelona (Dep. Estudis d'Antropologia Social y Cultural), 2004.
- «Post-adopción: reflexiones del trabajo con grupos de padres», Intercambios, n^o 11, 2003.
- «Maternidad, deseo sexual y doble jornada», MyS, n. 15, 2006.
- «La maternidad como mandato», MyS, n. 9, 2002.
- «La mujer actual y la madre ideal», 2006, Barcelona, en V Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis: Luces y sombras del Superyó, Gradiva, Grafein.
- «Niñas con la infancia robada», MyS, n. 15, 2006,
- «La diversidad familiar», RE, monográfico: Adopciones 21, Patología de los sentimientos, Fundación M^a Corral, Barcelona.
- «La salud y la calidad de vida en las mujeres», Boletín COPC, n. 161, 2003.
- «La violencia de género: discurso social y subjetividad», Boletín COPC, n. 180, 2005.
- «La violencia hacia las mujeres: separación y subjetividad», Intercambios.
- «La conciliación de la maternidad y el espacio propio», Portal de Inteligencia Emocional, julio 2009, <<http://www.inteligenciaemocionalportal.org/ARTICULOS/GEMMA%20CANOVAS.pdf>>
- «Madres solas», MyS 26, 2009.
- «Antes muerta que sencilla: niñas con la infancia robada», Mujer y Salud, n. 15, CAPS.
- «La maternidad como mandato», Mujer y Salud, n. 9, CAPS.
- «Cansadas, no anorgásmicas: Maternidad, deseo sexual y doble jornada», Mujer y Salud, n. 19, CAPS.
- «La erotización forzada de las niñas», Mujer y Salud, n. 24, CAPS.
- Cyrulnik, B., Los patitos feos. Una infancia infeliz no determina la vida, Barcelona, Gedisa, 2002.
- Zulma, Reyó “La Mujer interior”, Ed. Luciérnaga.
- Michelena, M., Un año para toda la vida, Madrid, Temas de Hoy, 2002.
- Perle Mckenna, E., No solo de trabajo vive la mujer, Barcelona, Biblioteca
- Millenium, Col. «Plural», 2001.
- Purves, L., Cómo no ser una madre perfecta, Barcelona, Paidós, 1986.
- Rodulfo, R., El niño y el significante, Buenos Aires, Paidós, 1989.
- Sau, V., El vacío de la maternidad, Barcelona, Icaria, 1995.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL
PARA LA IGUALDAD
DE OPORTUNIDADES

INSTITUTO DE LA MUJER



UNIÓN EUROPEA
FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE Invierte en tu futuro