

# LAS MUJERES, ENTRE SU CUERPO Y EL MUNDO. APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA VIVENCIA DE LA SALUD Y EL MALESTAR<sup>1</sup>

Mari Luz ESTEBAN<sup>2</sup>

Universidad de León

## ABSTRACT.

This paper, based upon an anthropological research carried out in the basque urban area, provides an analysis of women's experiences in relation to health. Within this life area several key questions of women's subjectivity have been identified, which might help us to gain a better understanding into the situation.

## PALABRAS CLAVE:

Mujeres, experiencia, salud, malestar, cuerpo, fuerza-energía, recogimiento, hábitos de salud, ritmos corporales, arraigo-desarraigo.

## 1.- INTRODUCCIÓN

¿Cuándo decimos que nos encontramos enfermas/os o sanas/os?, ¿qué parámetros utilizamos para evaluar nuestra propia salud?, ¿cómo poder predecir el momento en que una persona va a encontrarse mal y buscar ayuda para aliviar su malestar?, ¿por qué una persona experimenta malestar y otra no en las mismas circunstancias?, ¿hasta qué punto las definiciones propias de salud son debidas a la cultura en la que estamos inmersos y hasta qué punto dependen de características personales, genéricas, étnicas? ¿con qué relacionamos todo esto los hombres y las

---

<sup>1</sup> El contenido de este artículo es una versión algo modificada del capítulo IV de la Tesis Doctoral de su autora. El título de la misma es *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del Sistema Sanitario* (Esteban, 1993), siendo su directora Teresa del Valle, Catedrática de Antropología Social de la UPV-EHU. El trabajo de campo fue realizado en Bilbao-Bizkaia.

Dicho trabajo de investigación ha sido subvencionado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y el Seminario de Estudios de la Mujer-EBIM de la UPV-EHU.

<sup>2</sup> Profesora de Antropología Social de la Universidad de León.

mujeres?, ¿existen diferencias entre unas y otros?, ¿a qué tipo de ayuda accedemos más fácilmente hombres y mujeres? Estas y otras muchas cuestiones similares se le presentan a quien quiera investigar en profundidad la vivencia de la salud, más allá de las clasificaciones y categorías al uso por la práctica médica. La socióloga M. Angeles Durán opina en este sentido que "la frontera entre salud y enfermedad no es clara y el reconocimiento de haberla traspasado se produce por distintas causas y con distinta facilidad en diferentes grupos humanos" (1983:34).

Para el análisis de los fenómenos que tienen que ver con la salud, esta sociedad ha construido modelos diferentes de interpretación y medida de la misma, puestos en práctica sobre todo dentro del campo de las ciencias de la salud<sup>3</sup>, modelos que se han diferenciado entre ellos por tener más o menos en cuenta la influencia del ambiente sobre la salud y la enfermedad, y la realidad de los diferentes grupos sociales. Pero, aun sabiendo que unos y otros no han resultado igualmente equitativos en cuanto a la lectura de las necesidades, la mayoría de estos modelos se han basado en categorías de enfermedades establecidas de antemano, y no siempre han tenido en cuenta la propia perspectiva de los sujetos que, consciente o inconscientemente, viven su salud como algo intrínsecamente relacionado con sus condiciones de vida. En base a la interpretación que los expertos han ido dando del fenómeno de la salud, se han aplicado diferentes medidas y técnicas que han dado lugar al panorama de necesidades de la población, y que se han relacionado en muchos casos más con estereotipos sobre salud que con realidades sentidas por los diferentes colectivos de personas. Algunos autores han llamado la atención sobre el tipo de necesidades que generalmente son escuchadas con estas técnicas, que se reducen a las necesidades demandadas y expresadas. Sin embargo, quedaría, según ellos, un amplio abanico de necesidades, sentidas pero no expresadas, que no serían tenidas en cuenta (Durán, A., 1990). Desgranar los significados y contenidos de la realidad subjetiva y objetiva de las diferentes personas, nos permite poder ir concretando necesidades reales no identificadas o no tenidas en cuenta y actuar en consecuencia a la hora de, por ejemplo, diseñar el nivel asistencial.

---

<sup>3</sup> El término ciencias de la salud incluye un espectro amplio de disciplinas: desde la biología, fisiología, patología, anatomía, genética,... hasta la epidemiología y salud pública. Asimismo, la sociología y la antropología de la salud o antropología médica pueden considerarse ciencias de la salud.

En este trabajo, llevado a cabo mediante entrevistas en profundidad<sup>4</sup>, se ha pretendido acceder a las experiencias desde las mujeres, dejando que aflorasen sus sensaciones y sistemas de valores, para poder después abstraer los puntos comunes y dispares entre ellas. Así, se han identificado una serie de cuestiones fundamentales que actúan como coordenadas de la vivencia que las mujeres tienen de su salud y malestar. Constatar y diferenciar los elementos claves de la subjetividad femenina en este área de la vida, nos puede ayudar a ir configurando un panorama general de la situación<sup>5</sup>.

Sabemos que el género no es el único factor que va a influir en la vivencia de la salud; sin embargo, se ha demostrado ampliamente que las necesidades de hombres y mujeres no son siempre similares, y que la manifestación de dichas necesidades tampoco es la misma. En las conversaciones cotidianas, la salud aparece como uno de los temas más repetidos por las mujeres, junto con el de los hijos, matrimonio, lo cual es entendible puesto que todo ello constituye en la inmensa mayoría de los casos su experiencia más cercana (del Valle, 1987:159). Hombres y mujeres presentan umbrales y maneras diferentes de vivir el malestar y la búsqueda de ayuda. Algunos autores han afirmado que no sólo las necesidades de salud se sienten de otra manera, y por tanto habría que medirlas y analizarlas también de otros modos, sino que la planificación de los mismos servicios sanitarios no está hecha pensando en las mujeres. Julia Graham Lear da un ejemplo de esto en su artículo "Women's health: The side effects of sex bias"<sup>6</sup> (1978), donde se ocupa de las necesidades vividas como primarias por las mujeres, entre las cuales ocupa un lugar prioritario todo lo

---

<sup>4</sup> La entrevista en profundidad es una técnica cualitativa frecuentemente utilizada dentro de la antropología social, que consiste en la realización de una entrevista de larga duración, con características de autobiografía, en base a un guión preestablecido anteriormente, pero totalmente flexible. La utilización de técnicas cualitativas es un hecho cada vez más extendido dentro del área de las ciencias sociales, y sin embargo no ocurre lo mismo en el campo de la salud, donde no han sido consideradas y utilizadas en toda su potencialidad (Esteban, 1993:p.66).

<sup>5</sup> El trabajo de campo fue realizado en Bilbao-Bizkaia, por lo tanto las protagonistas son mujeres vascas urbanas. Es posible que algunas de los resultados estén relacionados directamente con aspectos de la cultura vasca y sean entendibles exclusivamente dentro de dicho ámbito. Sin embargo, considero que las conclusiones que aparecen en este artículo son bastante generalizables al resto de mujeres de la Península.

<sup>6</sup> "La salud de las mujeres: Los efectos secundarios a la discriminación sexual" (traducción de la autora).

relativo al campo ginecológico y reproductor. Esta autora se plantea la necesidad de remodelar, tanto los estudios de medida de las necesidades en salud, como la propia organización de los servicios sanitarios de atención primaria, ya que, según ella, no es lógico que teniendo en cuenta que, por ejemplo, las mujeres refieren como necesidades primarias las relativas a su salud reproductiva y sexual, los servicios correspondientes a ese campo estén incluidos en el nivel secundario, lo que obliga a las mujeres a pasar por el filtro y la selección del primer nivel, que no siempre está lo suficientemente capacitado para percibir y comprender estas demandas (ibidem:228).

## 2.- PRESENCIA Y AUSENCIA DE ENERGÍA

Para muchas mujeres sentirse enfermas o sufrir malestar es disponer de menos energía para llevar a cabo sus actividades cotidianas; es decir, la sensación de tener fuerza para enfrentar sus tareas o la falta de la misma sirve para que muchas mujeres se vivan en plenitud o en enfermedad.

La importancia de la fuerza física aparece analizada en el libro *Mujer vasca. Imagen y realidad* (del Valle et al., 1985:175-190). En dicho estudio y bajo la denominación de *indarra*, palabra que en euskera significa fuerza, energía, se hace un análisis de la influencia que la fuerza física tiene en la cultura vasca en la desigualdad entre hombres y mujeres. Según las autoras, el elemento fundamental a tener en cuenta no es la fuerza física en sí, sino la interiorización mayoritaria por parte de las personas de que es el hombre quien la genera<sup>7</sup>: "Mientras culturalmente la *indarra* masculina se expresa por medio de la acción, la *indarra* femenina lo hace fundamentalmente en el estar, el contener, el apoyar" (ibidem:182). Esto se puede comprobar en las formas de ritualización basadas en el uso de la fuerza. Así, es mucho más habitual encontrar rituales masculinos que femeninos, como en el caso de los "Harrijasotzaileak" o "Aizkolariak"<sup>8</sup>. Cuando estos rituales son llevados a cabo por mujeres (siempre de forma más minoritaria)<sup>9</sup>, se pueden entender más como "la proyección hacia afuera de su capacidad de

<sup>7</sup> Es el hombre el generador de la vida en cuanto poseedor del semen, y por tanto de la fuerza física (del Valle et al., 1985:178,182).

<sup>8</sup> Levantadores de piedra y cortadores de troncos, que constituyen deportes tradicionales y muy extendidos en la cultura vasca.

<sup>9</sup> Del Valle opina que algunas manifestaciones llevadas a cabo por las mujeres respecto a problemas políticos y laborales, como las realizadas en defensa de las/os presas/os, o en los juzgados en contra del tráfico de drogas, son un ejemplo de ritualizaciones femeninas de la fuerza (1987:143).

resistencia y aguante" (ibidem:143), que como una demostración de dominio, como sería el caso de los deportes practicados por hombres.

Pues bien, en el campo de la salud las mujeres expresan y simbolizan mediante la fuerza y la energía<sup>10</sup> su bienestar o su malestar. Bitori<sup>11</sup>, una de las mujeres entrevistadas, de 35 años, expresa perfectamente esta idea. Ella se considera una mujer sana y argumenta de la siguiente manera por qué lo siente así:

"Porque me parezco fuerte, resistente, creo que tengo mucha energía, mucha capacidad de trabajo; bueno energía, igual me quejo mucho, pero hago prácticamente todo lo que me propongo y el cuerpo no me supone ninguna limitación"<sup>12</sup>.

Otra mujer explica que para ella sentirse sana significa:

"No sentir ningún dolor, sentirme capaz, no estar... a veces estoy muy tirada, me siento sin ganas; yo cuando tengo energía para hacer las cosas, así me gusta"<sup>13</sup>.

Para la mujer que viene a continuación, estar sana es contar con la energía suficiente:

"Yo sobre todo lo identifico con un estado de humor, de alegría, de ganas de hacer cosas de actividad, no exagerada pero un día que te levantas con energía para hacer planes, hacer proyectos, estar relajada, pero sobre todo con un nivel de energía suficiente"<sup>14</sup>.

Sería interesante comprobar hasta qué punto esta característica es particular de la cultura vasca y si se presenta o no en otras culturas. En cuanto a las mujeres entrevistadas, se observó principalmente en las mujeres con mayor número de generaciones en Euskadi. El resto, mujeres que vinieron de jovencitas o nacieron aquí pero que sus padres procedían de

---

<sup>10</sup> Algunas personas han llamado la atención a la autora de la investigación en este punto sobre la utilización misma del término "energía", un término moderno y de moda al calor de las nuevas teorías psicológicas humanistas. Sin embargo, y pese a la posible influencia de la moda, en los relatos las mujeres que hacían hincapié en esta característica, se equiparaban continuamente los conceptos de fuerza, vitalidad, resistencia y energía.

<sup>11</sup> Todos los nombres utilizados son falsos.

<sup>12</sup> Bitori: entrevista nº 25.

<sup>13</sup> Entrevista nº 24.

<sup>14</sup> Entrevista nº 13.

otros lugares, no lo manifiestan o lo expresan más como "ganas de hacer cosas" que como "fuerza y energía". En el caso de las mujeres inmigradas, una línea de investigación todavía por trabajar, podría ser enfocada a la comprobación de cómo se va interiorizando esta valoración de la fuerza con el paso de las generaciones.

### 3.- EL MALESTAR, RECOGIMIENTO Y DESCONEXIÓN

El cuerpo es un territorio totalmente acotado e inabandonable, que se diferencia perfectamente del resto de territorios vividos por las personas (Durán, M.A., 1987). Para muchas mujeres, sentirse enfermas supone volverse hacia dentro, "recogerse" hacia su interior, definiéndose un mundo complejo, con un "dentro" y un "fuera", que ellas van combinando o seleccionando según como va discurriendo su vida. De las narraciones se percibe la concepción del cuerpo como barrera que separa claramente esta doble realidad. Sentir malestar obliga a desconectarse del mundo y, por tanto, a no estar disponible para establecer la comunicación habitual con la gente de alrededor. Así describe Alicia esta sensación:

"Un descenso de la energía, de estar en la cama, de estar sola, un poco de recogerme y de descansar"<sup>15</sup>.

Este "recogimiento" puede adquirir diferentes matices y a veces es expresado con la dualidad apagarse/encenderse. Sentirse enferma, sentir menos energía vital, es, según este modelo, percibir una especie de apagamiento interior y una necesidad de concentración en una misma:

"Siempre me levanto muy activa; voy perdiendo energía a medida que pasa el día. Bastante activa y marchosa; normalmente si tengo un día muy bueno, mantengo hasta bastante tarde eso; si no, pues me voy apagando antes; normalmente me apago cuando termino de trabajar, sobre las cinco o las seis ya empiezo a caer"<sup>16</sup>.

Es muy interesante ver cómo se combinan en ella la sensación de pérdida de energía y el apagamiento, como si fuera una especie de desconexión, justo cuando termina su actividad laboral y de relación con el exterior.

Es probable que ésta capacidad de "recogerse" hacia adentro, a la que nos referíamos más arriba, sea, al margen del rol de cuidadora

<sup>15</sup> Idem nº 13.

<sup>16</sup> Entrevista nº 17.

socialmente asignado, la que permita a las mujeres una cercanía y una identificación especial con las personas que sufren o que están en circunstancias de disminución física, enfermedad o muerte, señalada por Elvira Méndez (1990:30). Se puede interpretar además, siguiendo el concepto de *indarra* que apuntábamos en el apartado anterior, que la capacidad o necesidad de recogerse es una especie de resistencia callada, de proyección hacia adentro de la fuerza, de una contraposición a la energía proyectada hacia afuera cuando se encuentra sana y vital; y en consecuencia, como una manifestación más de la característica por excelencia de la mujer en la cultura vasca, que es la ser *sendoa*<sup>17</sup>, fuerte, resistente.

Un ejemplo claro de cómo se vive el dirigirse hacia adentro y acumular energía lo expresa Mertxe cuando habla de sus partos, de los que tuvo una experiencia positiva:

"Me acuerdo que las enfermeras me decían que no sudara tanto y que gritara, pero no me salía, me parecía que tenía que acumular las fuerzas, y que si gritaba se me iban a escapar y entonces sudaba"<sup>18</sup>.

Muchas mujeres equiparan salud a ausencia de problemas afectivos, como expresa Gurutze cuando explica cómo transcurre para ella un día positivo en cuanto a salud:

"Me levanto de buen humor, me río y estoy bien con todos, con la gente de casa"<sup>19</sup>.

Para ella uno de los factores principales que influyen en su salud es "el ambiente que te rodea". En general, todas las mujeres entrevistadas consideran su salud como mejor cuando mantienen una relación positiva y fácil con las personas que les rodean. De acuerdo a la premisa de que las mujeres se definen en función de los demás, la mujer se vive como mediadora y eje central de la familia, y esta idea está presente aún en las mujeres más jóvenes, puesto que es un aprendizaje que se hace desde pequeñas. Según esto, todo lo que tiene que ver con las relaciones afectivas constituye un prisma por el que la mujer analiza e interpreta lo que le pasa. Es su mecanismo para entender la vida.

---

<sup>17</sup> *Sendotasuna* es la cualidad de *sendoa*: fuerte, resistente. Al contrario que *indarra* que significa fuerza también, pero fuerza para la acción, *sendotasuna* se refiere más bien a la fuerza para el mantenimiento y la resistencia.

<sup>18</sup> Merche, entrevista nº 1.

<sup>19</sup> Entrevista nº 2.

Relacionándolo de igual modo con la comunicación con las/os otras/os, el bienestar mental o la ausencia del mismo, adquiere una relevancia diferente a la de los síntomas físicos y orgánicos, e incluso distinta a la de los mismos hábitos saludables o no saludables, a los que nos referiremos en el siguiente apartado. Lo mental está también muy unido al mundo de lo relacional, y por tanto aparece en un lugar principal en la escala de valores de salud de las mujeres, aunque en muchas de ellas se observe una tendencia a la canalización somática de las angustias y preocupaciones.

#### 4.- LOS HáBITOS Y LOS SÍNTOMAS FÍSICOS

Algunos/as autores/as alertan sobre el incremento del uso de ciertos hábitos no saludables entre las mujeres, como es el caso de consumo de cigarrillos o de alcohol (Fernández Ruiz, 1990; Méndez, 1990; Valls, 1990a). Un factor muy importante para que esto ocurra es la incorporación de las mujeres a los circuitos y a las costumbres anteriormente exclusivas de los varones; por ejemplo, las mujeres que desarrollan una actividad laboral al margen del hogar, han ido haciendo uso también de hábitos anteriormente más masculinos que femeninos. El consumo de cigarrillos, por ejemplo, se ha convertido para las mujeres en un auténtico signo de modernidad (Fernández Ruiz, 1990:87). Es por eso que entender este fenómeno nos obliga a tener en cuenta que estas costumbres, al margen de otro tipo de posibles satisfacciones o beneficios, constituyen formas sociales de ritualización de la autovaloración y autoafirmación llevadas a cabo por los varones y asumidas como propias por las mujeres que acceden al mundo de lo público, independientemente de que conlleven riesgos importantes para su salud. Por tanto, resultaría superficial y equivocado, a nuestro entender, interpretarlo exclusivamente como desatención a su propia salud. Es posible que la solución de los problemas de salud derivados de ahí no venga exclusivamente como consecuencia del conocimiento e información sobre las consecuencias orgánicas del hecho en sí, sino que posiblemente va a ser necesario encontrar rituales de valoración social con el mismo peso y contenido social.

Algunas mujeres entrevistadas que reúnen estas características tienen en cuenta las consecuencias negativas que dichos hábitos conllevan para su salud, pero, sin embargo, consideraban ésta positiva o negativa al margen de los mismos. Durán afirma que "la autoevaluación del nivel de salud es relativamente independiente del número de episodios mórbidos y del consumo de servicios médicos" (Durán, M.A., 1983:35). Quizá se podría añadir a esto, que la autoevaluación de la salud es asimismo relativamente



independiente del uso de ciertos hábitos e incluso de los síntomas físicos, como puede comprobarse en el comentario de esta entrevistada:

"Soy una persona nerviosa, pero controlo bastante esos nervios y esos nervios se me manifiestan en, por ejemplo, en el estómago; me duele la cabeza, fumo muchísimo; los días que me levanto mal es sobre todo malestar físico (...) Me considero una persona sana; aparte me considero una persona activa, no he tenido grandes problemas de salud"<sup>20</sup>.

## **5.- EL CUERPO EN FERTILIDAD<sup>21</sup> COMO "ENFERMO": LA INVASIÓN Y LA SOLEDAD**

Decíamos anteriormente que las mujeres establecen en muchas ocasiones una separación entre lo de fuera, el mundo, y ellas y su cuerpo, lo de dentro, como si hubiera una barrera, una frontera donde se catalizan las experiencias. Esto es más manifiesto todavía en las situaciones en que algún proceso de su cuerpo adquiere mucha relevancia, como puede ser el caso de un embarazo, un parto, un aborto, o un proceso de infertilidad. En estas situaciones se hace patente para muchas mujeres la contradicción entre los dos mundos, el de fuera, el exterior, que se equipara también con el de la actividad pública, y el de dentro, que en muchas mujeres transcurre paralelamente al de la actividad doméstica. Muchas mujeres que están viviendo esos procesos de su cuerpo, ven la necesidad de concentrarse exclusivamente en ellos, entregándose a la vivencia exclusiva de su embarazo o de su aborto, hasta que se resuelve, mediante el parto o la realización de una interrupción, y regresan de nuevo al mundo. O bien otra reacción posible es la de vivir ese periodo con un mayor o menor nivel de conflictividad y disminución de su vitalidad, por no poder dedicarse a otras tareas que consideran importantes.

El contraste entre ambas situaciones está muy bien expresado por Merche, para la que su actividad laboral y asociativa es fundamental; ella explica lo que es estar sana haciendo referencia a sus dos embarazos:

---

<sup>20</sup> Entrevista nº 4.

<sup>21</sup> Se utiliza aquí la expresión "cuerpo en fertilidad" en relación a aquellos momentos en que la mujer vive directamente la capacidad fértil de su cuerpo, en positivo o en negativo, como es el caso de un embarazo y parto, de un aborto, o de una infertilidad.

"Tienes un concepto optimista de las cosas (...) te sientes capaz de enfrentarte a los problemas que te surjan (...) No hay nada que te distraiga la atención así particularmente, que te sientes con ganas de experimentar cosas y de meterte en el mundo (...) Yo los embarazos los he tenido bastante molestos, por decir de alguna manera, me daban vómitos, náuseas, y en cuanto paría, ¡bueno! una vitalidad, que decía yo, esto es lo que es estar sano, y lo otro es no estar para nada (...) Ahí entendía yo lo que suponía estar sana (...) Yo, al tercer día de dar a luz salí a la calle como una loca, diciendo que aquello era vida..."<sup>22</sup>.

El mundo, algo que tiene mucha importancia para ella, lo define como lo que está después de su cuerpo, y aquellos procesos que le obligan a concentrarse más en sus sensaciones y cambios corporales, como es el caso de un embarazo, le separa de ese mundo. Los embarazos pueden suponer por tanto, momentos vividos negativamente, no tanto por los síntomas en sí, sino por el obstáculo que suponen para desarrollar una actividad hacia afuera y la concentración hacia adentro que requieren, independientemente de que fueran deseados o no, en su concepción y continuación.

Pero el momento cumbre en cuanto a visión negativa del propio cuerpo fértil es el parto, que es asumido, desde la fantasía o desde la realidad pasada, como una experiencia muy dolorosa<sup>23</sup>, pero, por otra parte, inevitable para la mayoría de las mujeres, que no entienden su vida sin tener algún hijo, y que dan por hecho que deberán pasar por dicha experiencia<sup>24</sup>. Dolor, miedo, pánico, sufrimiento, soledad, violencia, descontrol, rechazo, repelús ante la sangre, asco, pudor, son algunos de los sentimientos negativos que les sugieren. Incluso estas ideas pueden influir en la decisión misma de tener o no tener un/a hijo/a:

---

<sup>22</sup> Entrevista nº 1.

<sup>23</sup> No quiero decir con esto que todas las mujeres vivan estas experiencias de forma negativa, ni mucho menos, sino que en bastantes casos se presentan vivencias o momentos negativos que generalmente son silenciados o mantenidos en entornos muy próximos y que, por supuesto, no son tenidos en cuenta por los responsables de salud.

<sup>24</sup> No hablamos en este artículo de una experiencia que suele vivirse especialmente negativa, como es la infertilidad. En el caso de la muestra utilizada, no hay ninguna mujer que, habiéndolo deseado, haya tenido problemas para quedarse embarazada.

"Sí, me parece terrible, duro <el parto>. Eso me ha frenado siempre muchísimo"<sup>25</sup>.

Esos momentos, donde la relación con el mundo adquiere otra dimensión, suelen suponer para las mujeres el enfrentamiento con la soledad, como una sensación de estar ellas frente al mundo y fuera de él. Ser fértil y vivirlo en sus amplias circunstancias puede significar que la mujer se encuentre sola, porque realmente no tenga a nadie con quien contar o porque, aunque esté rodeada y apoyada por sus seres queridos, la misma experiencia suponga una desconexión y una ruptura en la dinámica habitual de las relaciones:

"Estaba bastante sola a pesar de estar con gente"<sup>26</sup>,

comenta Consuelo, refiriéndose al periodo previo a un aborto provocado.

Otra manera de vivir la sensación de falta de salud, es sentir una especie de invasión, una usurpación del cuerpo, tanto en el embarazo, como en el aborto. Consuelo es muy rotunda cuando habla de ello:

"Sabía perfectamente que aquello no era una gripe (...) que estaba embarazada aunque no llevara mucho sin la regla, el sentirme muy mal, muy mal, como un Alien, era eso literal, me sentía como que tenía algo dentro que no era mío y que no tenía porqué tenerlo, me lo quería quitar de encima cuanto antes"<sup>27</sup>.

El primer dato que llama la atención es esa percepción de su embarazo desde los primeros días de la concepción. Esa especie de intuición reveladora, que en realidad se deriva de la capacidad que las mujeres adquieren desde pequeñas para escuchar, tiene mucha importancia en el saber de las mujeres sobre su cuerpo, sobre sí mismas, y sobre los demás. Por otra parte, esta mujer equipara claramente su embarazo no deseado a una enfermedad, aunque lo distinga de un proceso gripal. Y por último, la utilización del símil del Alien, un monstruo de la ciencia ficción, para explicar la sensación de invasión traumática del propio cuerpo, no nos deja ninguna duda sobre sus sentimientos.

---

<sup>25</sup> Entrevista n° 25.

<sup>26</sup> Consuelo, entrevista n° 6.

<sup>27</sup> Idem n° 6.

## 6.- RITMOS TEMPORALES, RITMOS CORPORALES

Se parte de la premisa de que el género se manifiesta también en las formas de conceptualización, asignación y experimentación del tiempo por parte de las mujeres (del Valle, 1990a). En esta idea, casi todas las mujeres relacionan sus experiencias vitales con sus ciclos corporales, siendo clave para entender la experiencia de las mujeres esta asociación aprendida por ellas desde pequeñas. La mayoría de los cambios percibidos en cuanto a las funciones orgánicas y el estado de ánimo se refieren al ciclo fértil, de tal manera que, en general tienen interiorizada una adecuación perfecta de sus síntomas y de sus procesos al paso de las reglas. Esta vivencia suele estar favorecida por los mismos profesionales que, por ejemplo, muchas veces derivan a las mujeres a los servicios de ginecología cuando no saben a qué adjudicar sus síntomas. Algunos autores se han dedicado al estudio de los síntomas y sensaciones referidos al ciclo menstrual, intentando diferenciar los debidos al ritmo hormonal de aquellos vividos subjetivamente por las mujeres como relacionados con su ciclo (Bäckström, 1991).

Aunque en estudios minuciosos, se han destacado tanto síntomas positivos como negativos, la mayoría de las mujeres entrevistadas eran más conscientes de los negativos, concentrados sobre todo en la época anterior a la regla (ibidem:15). De todas formas, es destacable que, mientras todas las mujeres relacionan las fases del ciclo con la presencia de síntomas, más o menos agudos, bastantes mujeres no perciben cambios en su líbido a lo largo del ciclo, como está asumido socialmente y entre los especialistas (Bäckström, 1991:15). Merche, por ejemplo, es tajante en no relacionar ciclo con líbido, cuando expresa:

"¡Eso <las ganas de tener relaciones> tiene relación con tantas cosas que no lo sabría relacionar ni separar! Tengo que tener el coco en condiciones; creo que depende más de otras cosas, por lo menos en mí"<sup>28</sup>.

Otras mujeres señalan que las molestias de la regla, o simplemente el hecho de la sangre y la utilización de tampones o compresas, les inhiben para tener relaciones; pero, parece que en este segundo caso, sería más bien una cuestión de pudor y/o higiene, que de falta de líbido<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Entrevista n° 1.

<sup>29</sup> En los últimos años, a raíz de la epidemia del sida, se aprecia que muchas personas evitan o modifican las relaciones sexuales con la regla, o por lo menos tienen muy presente el riesgo de contagio mediante la sangre menstrual.

Por otra parte, las mujeres tienen una concepción de los procesos relacionados con la fertilidad como si éstos les llegaran sin esperarlos, al margen de su voluntad y planificación, incluso en mujeres que tienen un control considerable de sus cuerpos. La menstruación llega un día e, incluso algunas mujeres que ya sabían anteriormente de su existencia, dicen no esperarla y responden como si no fuera con ellas. Del mismo modo, los embarazos no deseados sorprenden y ocupan toda la vida de las mujeres durante un tiempo, hasta que se decide abortar o continuar con ellos. En este mismo hilo argumental, aunque los nacimientos cada vez se programan más, se siguen presentando muchos embarazos no deseados, a destiempo, y muchas mujeres los insertan en sus vidas aun sin tenerlo muy claro. También ocurre esto en el campo de la sexualidad; las mujeres transmiten la sensación de que, muchas veces, las relaciones sexuales no han sido buscadas, sino que "han llegado" sin avisar, sin que en ello mediara su voluntad o su decisión. Merche mantiene una relación estable hace mucho tiempo y de vez en cuando mantiene relaciones con otras personas, y comenta sobre esto:

"Y nunca se sabe cuándo, ni de qué manera, surge alguna"<sup>30</sup>.

Es como si por definición interiorizada, en todos estos procesos hubiera un nivel muy alto de imprevisibilidad que perdura con el paso de los tiempos, incluso en mujeres con un buen grado de recursos personales y sociales.

Algunas autoras destacan la importancia de los ciclos fértiles (Martin, 1987) y también de la actividad sexual en cuanto a la medición de los tiempos y las edades (del Valle, 1991). M. Michèle Fellous apunta un ejemplo muy demostrativo de cómo se diferencian hasta el extremo las diferentes edades y estadios de la mujer, cuando llama la atención sobre la diferenciación que se hace en un hospital entre una mujer que va a parir y aquella que ya ha parido, ocupando espacios absolutamente separados y aparentemente incompatibles, mientras que el contacto de todas ellas podría resultar muy beneficioso para vivir mejor los momentos del parto, incluidos el pre y el postparto (1988:19).

Una gran parte de las mujeres entrevistadas para este estudio relaciona menarquia con paso al estadio de mujer adulta y menopausia con vejez, independientemente de que sean o no conscientes de que la edad media del fin de las reglas es muy inferior a la consideración social de una persona como vieja. Los folletos informativos sobre la menopausia suelen

---

<sup>30</sup> Entrevista nº 1.

incluir también en sus textos la consideración de la menopausia como una etapa de la vida, como un tiempo crucial para las mujeres, se viva como se viva. Por otra parte, no sólo los procesos reproductivos, sino también las experiencias afectivo-sexuales marcan ritmos propios en las mujeres. La mayoría de las mujeres que son madres señalan el nacimiento de sus hijas/os como el comienzo de tiempos diferentes y completamente diferenciados de los anteriores. Rita, que considera que su hija es lo más importante en su vida, opina que la maternidad ha cambiado por completo su vida:

"A nivel práctico, una falta de tiempo absoluta para todo, y a nivel mental también, todo ha cambiado <de forma> radical"<sup>31</sup>.

De la misma manera, mujeres que se han separado y comenzado una etapa diferente, o mujeres que han cambiado radicalmente en su actividad sexual, manifiestan estas épocas como transiciones fundamentales en sus experiencias. Esta idea de los tiempos propios, basados en la experiencia vital, aparece destacado en textos de T. del Valle relativos a la edad de la mujer, como un factor intrínsecamente unido con la salud y el bienestar. Según ella, pueden diferenciarse en las mujeres la edad real, la edad sentida y la edad atribuida; mientras la medicina se basa en la primera, para establecer los síntomas y los procesos, relacionándolos sobre todo con el ciclo fértil, parece que las mujeres se encuentran también afectadas por las dos últimas, sobre todo por la ideología dominante respecto al culto a la apariencia en la mujer (1991:57).

Sin embargo, las mujeres, a medida que se han ido incorporando al mundo público laboral, han comenzado a sentirse determinadas por los ritmos existentes en dicha actividad (del Valle, 1991:59). Por ejemplo, las mujeres entrevistadas que realizaban un trabajo estructurado en base al curso escolar, como es el caso de las enseñantas, expresaban una evolución de su salud, paralela a la dinámica y al ritmo de trabajo, como un cúmulo de energía que van perdiendo a medida que pasa el curso escolar. Tenchu, enseñante desde hace muchos años, relaciona un bajón anual del ánimo con el cansancio del final del curso:

"Cuando llega la primavera empiezas a echar en falta todo lo que no tienes, hasta la naturaleza, te entra mucha ansiedad: que no tiene valor lo que hago, necesidad de cambiar, de salir más. Rechazo más la vida mía; la primavera la suelo pasar fatal, muy depresiva,

<sup>31</sup> Rita, entrevista nº 19.

hecha polvo. Luego en verano me pongo exultante, al revés"<sup>32</sup>.

Asimismo, mujeres, como Agurtzane<sup>33</sup>, para las que su propia consideración como trabajadoras es muy importante y que se han visto en el desempleo, marcan también el antes y el después de estas épocas.

## **7.- SALUD, ARRAIGO Y DESARRAIGO**

La mayoría de las mujeres entrevistadas, incluso las emigradas, llevan muchos años viviendo en Euskadi y, en concreto, en Bilbao. Una de ellas, procedente de La Rioja y que llegó a Euskadi cuando era joven, expresa claramente la influencia que estar en un sitio u otro tiene sobre su salud: ella se siente muy vinculada a su pueblo, de donde son sus familiares y amigos más queridos y donde se reúne con ellos durante las vacaciones y fines de semana.

"Aquí<sup>34</sup> estoy mucho mejor. Yo es que cuando voy a Bilbao me deprimó enseguida (...) Además es que a los dos días de estar en Bilbao es lo que noto, las comidas me sientan peor (...) Aquí me paso más, en Bilbao como mejor, aquí me paso más porque si haces una merienda, que haces esto o lo otro y me paso, y sin embargo en Bilbao no me suelo pasar en las comidas y me siento peor. Yo creo que es de los nervios"<sup>35</sup>.

En el resto de las entrevistadas no aparecían tan claramente este tipo de sentimientos, puesto que además en algún caso, se había dado una ruptura total con el sitio de donde provenía la mujer.

Aunque es evidente que este fenómeno no afecta exclusivamente a las mujeres, sería interesante investigar cómo viven las mujeres la conexión con su tierra de origen y las posibles contradicciones debidas a la movilidad geográfica y física, cultural y/o vertical, en el sentido de que muchas personas cambian no sólo de lugar físico, sino de pautas culturales e incluso de status socio-económico (Tizón & Atxotegi & Pellegrero & S. José & Sainz & Salamero, 1986:149). Algunos autores han enfocado su estudio a las consecuencias en la salud mental de los emigrantes, en su expresión psicológica y social-asistencial: forma en la que se dan las descompensa-

<sup>32</sup> Tenchu, entrevista nº 26.

<sup>33</sup> Agurtzane, entrevista nº 15.

<sup>34</sup> La primera parte de la entrevista fue realizada en su pueblo, fuera de Euskadi.

<sup>35</sup> Oliva, entrevista nº 11.

ciones psicológicas; utilización mayor de la red asistencial médica que la psiquiátrica y psicológica; mayor número de episodios mórbidos; una mayor tendencia a considerar a las personas como "funcionales", siendo la ginecología una de las especialidades donde esto queda más manifiesto; discriminaciones laborales; conflictos entre autóctonos y emigrantes (ibidem:150-152). Es de suponer por tanto que, de acuerdo a las diferencias anteriores entre hombres y mujeres, las mujeres emigrantes van a sufrir de un modo especial todas estas circunstancias. Por ejemplo, en la relación con los profesionales de la red asistencial, Fellous encontró que las mujeres que eran atendidas en el hospital donde ella realizó su investigación, que procedían de culturas muy diferenciadas, se enfrentaban con sistemas sanitarios donde no se tiene en cuenta para nada su forma de ser y de ver la vida, donde no se entienden sus esquemas y sus códigos culturales, y donde se les aplican unos modos de interpretación de sus problemas de salud que no se adaptan bien a sus necesidades (1988).

Pero, las personas emigrantes suelen volver por lo general a sus lugares de origen, aunque en general por periodos cortos, vacaciones, enfermedades de familiares, celebraciones. Esta vuelta puede producir beneficios importantes para su salud, puesto que así se compensan los esfuerzos y contratiempos de su vida cotidiana, como en el caso del relato de Oliva; pero en otros casos también conflictos, por la desconexión y la asimilación de nuevos hábitos. Es de destacar también que las actividades que suelen realizar las mujeres en uno y otro lugar suelen ser similares a las habituales: realización de tareas domésticas, para ellas y sus familiares, en algunos casos con menos recursos y comodidades. Y sin embargo, son vividos y relatados por ellas como momentos muy importantes de bienestar y de salud, por todas las connotaciones de arraigo y afecto que tienen. Es probable que este fenómeno se de manera muy distinta en los hombres, puesto que, en general, ellos sí se dedican a tareas distintas, y generalmente a más actividades de ocio en la época de vacaciones.

Los mismos autores citados anteriormente señalan algunas circunstancias protectoras de la salud en los casos de emigración: "El deseo de integración en el nuevo país, el encontrarse con un medio de acogida coherente e integrado, así como el hecho de que el grupo de emigrantes tenga un funcionamiento integrado, solidario, y de que existan servicios psicosociales de acogida o, al menos, unos buenos dispositivos de atención primaria a nivel sanitario, psicológico y social" (Tizón y otros, 1986:155).



## 8.- A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo del artículo han quedado definidos una serie de elementos que adquieren especial relevancia en la configuración de la vivencia que las mujeres tienen respecto a su salud.

En primer lugar, la fuerza física y la sensación de poseer o no energía aparece como fundamental para enfrentar las tareas cotidianas. Pero, en el caso de las mujeres, esta sensación de fuerza tiene que ver con una vivencia de la misma en el sentido de *sendotşuna*, de fuerza para la resistencia callada. Es más bien una proyección de la energía hacia dentro, una demostración del "saber estar".

Para las mujeres, el cuerpo, el espacio más propio, más privado e inabandonable de cuantos puedan acotarse (Durán, M.A., 1987:31), y todo lo que se relaciona con él, es un elemento clave en la vida, tanto en cuanto a la proyección de una misma hacia los demás, como hacia su propio interior. Asimismo, la mujer se define en función de la relación con los demás, y este hecho constituye, de acuerdo, por ejemplo, a los resultados de estudios anteriores realizados en el mismo marco geográfico-histórico, una de las premisas de valor fundamentales de las mujeres en la sociedad occidental (del Valle et al., 1985:193). Como sería de esperar, las actitudes y percepciones de la propia salud quedan también mediatizados por esta premisa, y esto también ha podido ser comprobado en la experiencia de las mujeres entrevistadas. De esta manera, se va definiendo un mundo complejo, las mujeres "salen del mundo" para volver a entrar en él, según cómo va discurrendo su vida. Sentir malestar obliga a recogerse y a desconectarse del mundo, de forma que el cuerpo se vive como una frontera, como una barrera desde donde se establece la comunicación con los de alrededor. Un caso especial donde la separación entre lo de fuera, el mundo, y ellas y su cuerpo, lo de dentro, es más manifiesto es el de la experiencia del "cuerpo en fertilidad", donde, en algunas mujeres se observa un predominio de una sensación de invasión y de soledad muy fuertes.

Por otra parte, las mujeres conocen los riesgos de ciertos hábitos considerados perniciosos para la salud por la sociedad (tabaco, alcohol), y tienen en cuenta las consecuencias negativas de los mismos. Sin embargo, consideran su salud positiva o negativa al margen de los mismos, e incluso al margen de síntomas físicos negativos. El consumo de tabaco y el alcohol puede funcionar, también en el caso de las mujeres, como formas sociales de ritualización de la autovaloración y autoafirmación dentro del mundo público. Por ello, no se puede deducir sin más que las mujeres descuiden su salud, sino que hay que tener en cuenta la "utilidad social e individual" de dichos hábitos.

En cuanto al análisis de los ritmos corporales, se ha apuntado la importancia del ciclo fértil, pero se han anotado también otros factores que determinan una vivencia específica o no del tiempo en las mujeres: la paridad, la edad real, sentida y atribuida, los ciclos laborales, la imprevisibilidad ligada a acontecimientos importantes de la vida, y la emigración.

Por último, se ha destacado la trascendencia de la emigración y los cambios geográficos y culturales en los episodios relacionados con la salud y el malestar.

## BIBLIOGRAFÍA

BACKSTROM, Tobjörn. "Relaciones entre cambios hormonales y cambios en el sistema nervioso central durante el ciclo menstrual", en Valls, C. & E. Méndez (ed.) *Mujer y calidad de vida*. Barcelona: Centre d'Anàlisis i Programes sanitaris (C.A.P.S.), 1991, pp. 13-21.

del VALLE, Teresa

1987 "La mujer en la sociedad y cultura vasca: temas, problemas a explorar e hipótesis esbozadas", en Valle, T. del & C. Larrañaga & C. Pérez & B. Arregi & L. Méndez. *La mujer y la Palabra*. Donostia: Ed. La Primitiva Casa Baroja, pp. 131-173.

1990 "El espacio y el tiempo en las relaciones de género", *Actas del V Congreso de Antropología*. Granada, 1990.

1991 "Género y Sexualidad. Aproximación antropológica", en T. del Valle y C. Sanz Rueda. *Género y Sexualidad*. Madrid: Universidad a Distancia-Fundación Universidad Empresa, pp. 13-111.

del VALLE, Teresa ET AL. *Mujer Vasca. Imagen y realidad*. Barcelona: Ed. Anthropos, 1985.

DURAN, Antonio. "Cambios sociodemográficos y de nivel de salud". *La Reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1990, pp. 143-151.

DURAN, M. Angeles

1983 *Desigualdad social y enfermedad*. Barcelona: Ed. Tecnos.

1987 *De puertas adentro*. Madrid: Ed. Instituto de la Mujer-Mº Asuntos Sociales. Serie Estudios, Nº 12.

ESTEBAN, M. Luz. *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del Sistema Sanitario*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, 1993. (Inédita).

FELLOUS, Michèle. *De l'état de fille à l'état de mère. Journal de travail*. Paris. Méridiens, Klincksieck, 1988.

FERNANDEZ RUIZ, Isabel. *Entre el dolor de espalda y la tristeza. La salud de las amas de casa de un barrio de Granada*. Granada: Universidad de Granada-Seminario de Estudios de la Mujer, 1990.

GRAHAM LEAR, Julia. "Women's health: The side effects of sex bias", en Roberts Chapman, J. & M. Gates. *The victimization of women*. Sage Yearbooks in Women's Policy Studies, vol 3. Beverly Hills/London: Sage Publication, 1978.

MARTIN, Emily. *The woman in the body*. Boston: Beacon Press, 1987.

MENDEZ, Elvira. "Mujer y relaciones interpersonales". *Informe de situación*. Symposium Internacional "Mujer y Calidad de vida". Barcelona, 25-26 de Octubre, 1990.

TIZON, J. & J. ATXOTEGI & N. PELLEGERO & J. SAN JOSE & F. SAINZ & M. SALAMERO. "La migración como factor de riesgo para la salud (I)". *Gasetta sanitària*, N° 28, Julio-Agosto 1986, pp. 149-186.

VALLS, Carme. "Aspectos de morbilidad femenina diferencial". *Informe de Situación*. Symposium Internacional "Mujer y Calidad de vida". Barcelona, 25-26 Octubre, 1990