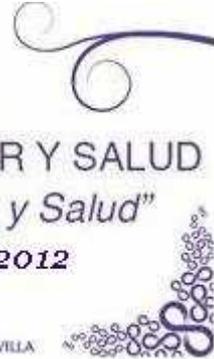




## II JORNADA MUJER Y SALUD "Estrés, Género y Salud" 29 de Mayo. 2012

NO DO  
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA



### **LOS USOS DEL TIEMPO DE MUJERES Y HOMBRES.**

Amparo Abellán Ferrándiz y Pilar Cuellar Portero. Observatorio de la Salud.  
Ayuntamiento de Sevilla.

#### **Para empezar:**

#### **Las diferencias de género en los usos del tiempo.**

Los estudios que se han realizado sobre los usos del tiempo desde la teoría social y desde el feminismo, han demostrado que hay diferencias en cómo conciben y cómo usan su tiempo los hombres y las mujeres. Este hecho ha influido en la construcción y reproducción de las desigualdades entre sexos.

Es a partir de la década de los 60 cuando se consolidan, en las sociedades desarrolladas, investigaciones que abordan esta temática.

La adecuada distribución de nuestro tiempo entre las distintas áreas que integran nuestra vida es clave para el equilibrio personal. Dedicar todo el tiempo del que disponemos a una sola área, por ejemplo sólo al trabajo o sólo a la pareja, puede esconder desequilibrios y fisuras en nuestra vida.

Históricamente las mujeres han estado siempre "cortas de tiempo" y limitadas, produciendo bienes materiales y simbólicos en beneficio de la familia y de la comunidad.

Al medir el tiempo que mujeres y hombres dedican al trabajo remunerado, no remunerado y reproductivo, al ocio y al estudio, se pueden ver las diferencias de género, tanto en el espacio privado como en el público.

M. Ángeles Durán habla del tiempo como elemento conformador de la ciudadanía, y advierte sobre la necesidad de redefinir el concepto de

democracia y ciudadanía, dado que si la mitad de la población, que somos las mujeres, nacemos con el tiempo “hipotecado”, con el imperativo cultural de “regalar tiempo” y con la dificultad para “vender tiempo” como trabajo asalariado, se están cuestionando los principios constitucionales de libertad, justicia y equidad (en IAM 2002).

Pero además el tiempo tiene una dimensión simbólica, no cuantificable, que ordena y estructura los proyectos vitales de las mujeres, caracterizados por la diversidad de roles y “presencias”; frente a proyectos masculinos más homogéneos, en que prima el trabajo remunerado y la presencia en el ámbito público. Es el tiempo que marca el “**reloj social**”, diferente para unos y otras.

En este sentido Jesusa Izquierdo (1988) caracteriza el tiempo de las mujeres como un **tiempo continuo** en que se suceden, en una secuencia repetitiva, las horas, los días, las semanas; un tiempo indiferenciado, entre días laborales y festivos, entre tiempo familiar, profesional y laboral; que se organiza en función de las necesidades de los otros.

Por contra, el tiempo de los hombres es un **tiempo discontinuo**, con tiempos de trabajo y ocio diferenciado, se vende a cambio de un salario y es de carácter autónomo.

En nuestra sociedad actual, las biografías femeninas continúan marcadas por un elemento central: el trabajo familiar y doméstico, tiempo donado para el cuidado, promoción y bienestar de los demás. Y todo ello marca el límite de su propia participación laboral, profesional y social.

Las mujeres van acumulando cansancio, insatisfacción, frustración y muchas de ellas acaban desarrollando enfermedades, dolencias crónicas, automedicación, etc. Todo ello hace que las mujeres perciban su estado de salud como peor que los hombres.

En este sentido, los roles derivados del trabajo doméstico implican la realización de tareas múltiples, repetitivas y con escaso reconocimiento social. Ello puede generar ciertos niveles de estrés, constituyéndose como un factor que repercute en la salud de las mujeres.

Según la última encuesta del INE sobre el empleo del tiempo publicada en 2010, en su conjunto, las mujeres dedican cada día dos horas y cuarto más que los hombres a las tareas del hogar. No obstante, en siete años los varones han recortado esta diferencia en 45 minutos.

El 92,2% de las mujeres realizan tareas domésticas y se ocupan del cuidado de menores, mayores y personas dependientes (durante casi cuatro horas y media), frente al 74,4% de los hombres (cuya duración promedio es de dos horas y media).

El mismo estudio pone de manifiesto que disminuye la participación en actividades de la vida social y crece el tiempo dedicado a la informática, así como el tiempo dedicado a los medios de comunicación, que alcanza ya las tres horas diarias.

Más allá de las cifras, que siempre nos quedan lejanas, hemos de tener en cuenta que la salud personal de las mujeres y de los hombres, así como de sus unidades familiares, pasa por una distribución equitativa y equilibrada de las responsabilidades compartidas. Es necesario integrar la **corresponsabilidad** no sólo en la ejecución de las tareas, sino en la planificación de las mismas. Es más cansado “pensar lo que hay que hacer” que hacerlo.

Sentirte apoyado y apoyada por las personas con las que convives, tanto en tus proyectos personales como en los familiares, es para ti fuente de salud personal.

Igualmente importante es **educar a nuestros hijos e hijas** (nietos y nietas) en esa corresponsabilidad, adecuando sus aportaciones a la edad que tienen.

El tiempo es un elemento conformador de la ciudadanía y debemos perseguir un nuevo modelo de democracia que ordene los proyectos vitales de las personas no en función del género sino en función de la salud personal y social.

## **Mujeres cuidadoras.**

Otro aspecto que condiciona nuestro tiempo son los cuidados. El envejecimiento progresivo de la población española y el fenómeno denominado como “envejecimiento del envejecimiento” esto es, el aumento del colectivo de personas mayores de ochenta años, trae consigo situaciones de dependencia.

Tradicionalmente ha sido la familia la que se ha encargado de cuidar a las personas dependientes, ya fueran mayores, menores, personas enfermas o con discapacidad. Los cambios sociales y culturales de los últimos tiempos hace más difícil a la familia mantener su función cuidadora. No obstante el 85% de las personas cuidadoras siguen perteneciendo al entorno familiar.

La *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* de 2006 es una respuesta formal del Estado a las personas necesitadas de apoyo, que supone un compromiso por parte de los poderes públicos.

No cabe duda que cuidar trae consigo una serie de consecuencias físicas y emocionales, también para la persona cuidadora.

Pese a los cambios que ha sufrido la situación de las mujeres españolas en las últimas décadas, la realidad es que más del 80% de las personas cuidadoras son mujeres, aún es muy pequeño el porcentaje de hombres cuidadores. Por lo tanto, encontramos un gran número de mujeres atrapadas

en una relación inequitativa entre *cuidar* y *desarrollarse*. Se convierten en las llamadas “superwoman” cuando, en realidad, se dejan su salud y su vida personal en el camino. Siguen teniendo su tiempo “hipotecado”

Por fortuna, también existen hombres que vindican una **nueva masculinidad**, el derecho a desarrollarse plenamente como personas en todas sus facetas. Esta nueva perspectiva incluye el derecho a cuidar de sus familiares: hijos e hijas, madres y padres, personas enfermas o con discapacidad, etc.

Hay que deconstruir la visión tradicional del cuidado a los demás para construir una nueva perspectiva que englobe, responsabilice y asegure el derecho de hombres y mujeres de atender a los suyos. El siglo XXI ha de cambiar el sentido del cuidado, alcanzar la equidad social, construyendo una sociedad democrática que incluya la *igualdad de hecho*.

## **Las emociones de género y su relación con nuestro “tempo vital”:**

Podemos decir que existen emociones de género, es decir que según se nace hombre o mujer aprendemos a expresar o a inhibir, según los mandatos sociales unas emociones u otras. En la construcción de la identidad masculina, los hombres tienen permitido expresar la cólera; dentro de una sociedad patriarcal la expresión de cólera es una forma de aprendizaje para la lucha, la competitividad, la dominación. Sin embargo, a los hombres, se les prohíbe expresar la tristeza y el miedo: “los hombres no lloran”, “los hombres no tienen miedo”, son mandatos de género.

Por el contrario, a las mujeres se nos permite expresar la tristeza y el miedo, y todo aquello que tenga que ver con la debilidad y la dependencia. Sin embargo, no se nos permite expresar la ira o la cólera, porque tenemos que ser buenas (esposas, hijas, madres...) Así, aprendemos a reprimir los enfados. Cuando una persona no puede expresar una emoción, aprende desde su infancia a expresar su malestar de otra forma que sí le esté permitida.

Por eso, sabemos que debajo de las quejas o de la depresión de muchas mujeres, lo que hay en realidad es la cólera que no pueden permitirse manifestar hacia fuera. Esto también condiciona nuestro tempo vital.

También sabemos que debajo de algunos estados de cólera de los hombres pueda haber miedo o tristeza, que no pueden reconocer ni manifestar.

Una de las formas en que las mujeres expresan sus malestares, es a través del cuerpo, somatizando emociones en forma de dolor o de queja. Este tipo de conflictos, derivados de su rol de mujer se somatizan en sensaciones de ahogo, de ansiedad, de depresión, de cefaleas...Y es que estos malestares tienen que ver con el conflicto que les produce su rol social, su relación de pareja, su función de maternaje, su doble jornada....

Cuando alguna emoción no se ha elaborado en el plano simbólico, es decir, en nuestro interior, se desencadena una tensión interna que hace que, a veces, sea difícil contenerla y se expresa del modo menos adecuado. Muchas

autoras y autores relacionan los modos de enfermar de las mujeres con el aprendizaje del rol tradicional femenino, que incluye: inhibición de la agresividad y la asertividad, carencia de autonomía, falta de poder o ausencia de control sobre la propia vida.

Por ello, hay que saber “leer” los síntomas que presentan las mujeres y el significado que tiene para ellas el hecho de ser mujer. La ansiedad y el estrés se expresan a través del cuerpo como miedos, rechazos, conflictos, demandas, rechazos... que no pueden ser expresados ni comunicados de otra manera.

En esta línea, situamos la necesidad de que las mujeres sepamos **decir “no”** ante los requerimientos ajenos y los que nos imponemos nosotras mismas, que condicionan nuestro tiempo y nuestra libertad para elegir lo que queremos hacer en cada momento. A este respecto, Clara Coria opina que para una mujer, decir “basta” es la suma de muchos “no” que no fueron dichos en su momento oportuno.

“**Aguantar**” poco tiene que ver con la naturaleza y mucho con los condicionamientos de género, que son construcciones sociales. La “naturalización del aguante” –tan frecuente en las prácticas cotidianas de las mujeres– se caracteriza por considerar que es *natural* soportar sobrecargas injustificadas. Es de vital importancia tomar conciencia de que la naturalización del aguante imposibilita el compartir un intercambio solidario entre mujeres y hombres.

Podríamos decir que la **naturalización del aguante** es la base sobre la que se va fraguando el deterioro de la salud de las mujeres, que pueden dar lugar a las enfermedades. ¿Cuánto tiempo de nuestra vida dedicamos a “aguantar” lo que no queremos por no ser capaces de poner un límite?

Postergar, sostener, ceder, perder, etcétera, fueron convertidos en “condiciones naturales femeninas”, que terminan resultando obvias para todo el mundo y, en consecuencia, invisibles.

Si hablamos a nivel de pareja, cuando un miembro de la pareja se instala como “satélite” del otro, se produce un grave desplazamiento del propio eje. Entonces estamos ante un modelo de amor que se iguala al amor maternal: incondicional, altruista y abnegado.

## **La medicalización de los tiempos de las mujeres.**

La salud emocional y la salud física van unidas, ya que la salud es un estado de bienestar: cuando hay equilibrio emocional y el organismo funciona bien, la persona se siente bien y alegre; si por el contrario, hay desajustes emocionales pueden aparecer estados de ansiedad y una autopercepción negativa de sí misma. En las mujeres, el amor, la salud y la enfermedad están relacionados entre sí.

Las mujeres, igualmente, son las que más acuden a los centros de salud y las que más fármacos consumen. Existe, en este sentido una atención a la salud muy medicalizada y un consumo excesivo de fármacos.

Hay una tendencia a considerar ciertos procesos fisiológicos de las mujeres y las sensaciones y las emociones que de ellos se vivencian como alteraciones, enfermedades o síntomas patológicos. Y por ende, a disminuirlos por medios de tratamiento farmacológicos.

“Medicalizar” es aplicar medicamentos o hacer intervenciones necesarias o excesivas. Es intervenir médica o farmacológicamente en la vida de las personas sin justificación. Por ejemplo, cuando fenómenos vitales como la menstruación, el embarazo, el parto o la menopausia dejan de verse como naturales, como etapas de la vida que el cuerpo puede afrontar con sus propios recursos, para ser vistos como problemas médicos en sí mismos, se está medicalizando.

Otro ejemplo de medicalización es no dar la suficiente información para que podamos tomar decisiones sobre nuestro propio cuerpo.

También es destacable el papel de la industria farmacológica que, sin tener obligación de investigar lo más necesario, cada vez dejan más de lado las enfermedades reales que afectan a un número determinado de personas, para investigar fármacos dirigidos a la población sana, que es mucho más numerosa.

Otra cuestión que ayuda a aceptar la medicalización es la sociedad de consumo. Vivimos en la idea de que hay que consumir cosas, y en la idea de que el consumo nos da la felicidad. En este contexto, es fácil esperar que cuando tenemos una enfermedad, haya “algo” externo que nos podamos tomar y que nos cure.

Una vez creada la concepción patológica de la que venimos hablando, es fácil inducir la idea de que sin intervenciones y medicamentos no es posible mantener la salud en esas etapas o situaciones.

La medicalización de la biología de la mujer está estrechamente relacionada con la percepción del cuerpo: esta percepción es fruto de la cultura y todos sus elementos. En general nos presenta el cuerpo como algo ajeno, externo, que no es para vivirse como propio. Es urgente que las mujeres aprendan a conocerse a sí mismas, para que sean ellas quienes puedan declarar si algo es normal o no en su cuerpo y volver a integrarse física, mental y emocionalmente, constituyendo seres humanos plenos e integrados, capaces de hacerse cargo de sus cuerpos.

La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral.

La forma en que se ha educado a las mujeres y la cultura patriarcal dominante hace también que las mujeres tiendan a querer ser perfectas y a seguir un modelo de ideal (superwoman) que las conduce a situaciones de alto

estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas, y deben soportar una baja valoración social y familiar de todas las tareas que realizan.

Como dice la autora Fina Sanz, a las mujeres no se les educa en el autoconocimiento de sí misma ni en potenciar los propios recursos personales, si no, por el contrario en hacer depender su bienestar en otras personas. Por ello, cuando aparece malestar, se suele recurrir a la utilización de fármacos, pero ella misma no llega a entender la naturaleza de sus conflictos.

Las mujeres nos constituimos como agentes importantes de salud, agentes cuidadoras, que, en el cuidado de otras personas se olvida de sí misma.

Históricamente, la ciencia médica ha ignorado el estudio de la menstruación y sólo a mediados del siglo XX se inició el estudio del ciclo y de las hormonas hipofisarias, precisamente con la intención de suprimirlo, y conseguir medicamentos anticonceptivos. En cambio es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuáles son las características normales del ciclo menstrual.

## **Ética del cuidado o educación para el cuidado.**

Para lograr mejorar la salud de las mujeres, la igualdad entre hombres y mujeres es un punto de partida crucial y fundamental. Habría que avanzar en un reparto equitativo de las tareas de cuidado.

Como dice Elena Simón, la **educación para el cuidado** se constituye pues, como un antídoto para el maltrato, ya que cuidar es tratar bien, empezando por cada persona. Aprender a cuidarse y a cuidar es garantía de un empleo equitativo del tiempo entre hombres y mujeres.

Es importante que aprendamos a cuidar a nuestros cuerpos con respeto y con ternura. Desde ahí, crearemos relaciones basadas en el respeto y en el placer de crecer como personas, y ello incidirá de manera directa en la salud de las mujeres.

Contactar consigo misma a través del cuerpo y de nuestras emociones, nos va a permitir entender la relación entre sensaciones, emociones, pensamientos y comportamientos.

Todas las personas tenemos derecho a gozar de la vida.

Y para concluir, algunos conceptos importantes relacionados con la salud de las mujeres:

- La **autoprotección**: Tomar conciencia de cómo cada mujer se percibe a sí misma.
- El **lenguaje emocional**: Conectar con las emociones para generar cambios corporales positivos.

- La **respiración**: Gestión de las emociones mediante la respiración, como forma de desbloquear el cuerpo.
- La **relajación**: Un cuerpo tenso genera malestar y tensiones corporales, y por tanto dolores y enfermedad.
- **Cuidados**: Saber escucharse a sí misma, conocerse, respetarse...es salud y bienestar. Y aprender a ser cuidada.

### **Para continuar:**

### **Tomamos conciencia de nuestro cuerpo: relajar el cuerpo para concentrar la mente.**

El **dolor** es la primera causa de consulta en atención primaria en la vida de las mujeres. A cualquier edad el primer motivo de consulta en atención primaria es el dolor en el sistema músculo-esquelético (dolor en columna cervical, dorsal y lumbar, en articulaciones, en manos y pies). El dolor se ha introducido hasta la capa más profundas de los huesos a través de unas condiciones de vida duras, y a través de una represión emocional que contrae la musculatura, y a través de la falta de escucha, y del error de diagnóstico y tratamiento que acaba silenciando con psicofármacos la queja, el malestar, el dolor que se encarna, capa tras capa, en lo más profundo de los músculos y de los huesos de las mujeres.

Y es que, a nivel social, el dolor forma parte de nuestra tradición cultural: “sufro porque te quiero”.

Como dice la psicoanalista Regina Bayo llega un momento en que la mujer ya no tiene palabras para expresar su profundo malestar, que ella misma no acierta a entender, y entonces, es el cuerpo el que habla.

### **La respiración y la relajación:**

La respiración puede llegar a ser un potente recurso de autoayuda, ya que está íntimamente relacionada con los procesos emocionales.

El estrés, las tensiones, el dolor, los miedos...hacen que el cuerpo se bloquee y que, por tanto, la respiración se vaya haciendo más superficial e incompleta.

Por ello, una respiración completa y profunda favorece la integración de diferentes sensaciones, la conexión con lo emocional, y por tanto, el cuerpo está más abierto y receptivo, generando sensaciones de bienestar y de disfrute.

La relajación igualmente implica una aceptación para sentir el cuerpo. Un cuerpo tenso y bloqueado, duele más y está más cerrado para las sensaciones de bienestar.

### **Para finalizar:**

#### **Buenas prácticas.**

- o **Educación Emocional:** Aprender a identificar nuestras propias emociones y las de las personas que están a nuestro alrededor, para manejarlas correctamente.
- o **Autoconocimiento y autocuidado,** para querernos más y mejor.
- o **Los grupos de mujeres como herramienta de empoderamiento: Sororidad.** Se comparten las experiencias y saberes, se despierta la curiosidad, se aparca la enfermedad, se potencia la salud, se comparte la vida y la risa.
- o **Atención en salud:** Incorporar el enfoque de género en la atención en el ámbito de la salud; formación de profesionales bajo un enfoque bio-psico-social y sensible al género; derecho de las mujeres a participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud física y emocional.
- o **Educar en la corresponsabilidad:** en la vida personal, laboral y familiar. Entre mujeres y hombres, con los hijos e hijas...
- o **Lenguajes para la Igualdad:** Procurando transformar las formas de comunicación y de expresión hacia la inclusión: “lo que se nombra EXISTE”
- o **Practicar la risa,** disminuye las enfermedades y potencia la salud. A reír se aprende.

### **Bibliografía:**

- ALTABLE VICARIO, CHARO (2000): *Educación sentimental y erótica para adolescentes*. Editorial Miño y Dávila, Madrid.
- BURÍN, MABEL (1990): *El malestar de las mujeres .La tranquilidad recetada*. Editorial Paidós.

- GARCÍA DE VINUESA GARIJO, L. (2006): *“Violencia Contra las Mujeres. Una mirada desde la salud”*. Córdoba, Foro Sobre Violencia contra las mujeres.
- HUÉ GARCÍA, C. (2004): *“Inteligencia emocional y prevención del maltrato de género”*. Universidad de Zaragoza, 2ª Jornadas sobre violencia familiar.
- LÓPEZ CARRILLO. M. *“La medicalización de la vida y de la salud de las mujeres”*. Revista Mujeres y Salud.
- SANZ RAMÓN, FINA (1997): *Psicoerotismo femenino y masculino*. Editorial Cairós
- SANZ RAMÓN, FINA (1995): *Los vínculos amorosos*. Editorial Cairós.
- SIMÓN RODRÍGUEZ, MARÍA ELENA (2007): *“Coeducar para el buen trato y el cuidado”*. Emakunde, Seminario de formación con el profesorado. Programa coeducativo para la prevención de la violencia contra las mujeres.
- SIMÓN RODRÍGUEZ, MARÍA ELENA (2010): *La igualdad también se aprende. Cuestión de coeducación*. Editorial Nancea.